

Université A. MIRA – BEJAIA
Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Options Psychologie Clinique

Thème

**LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX A L'ORIGINE DES
MANIFESTATIONS DEPRESSIVES AU COURS DE LA GROSSESSE**

Étude clinique de huit (08) cas réalisés à l'EPH de Sidi Aich

Réalisé par :

- OUSSADI Sandra
- SADAOUI Lisa

Encadré par :

- Dr. FERGANI Louhab

Année universitaire : 2022/2023

Tables des matières

Introduction -----	1
---------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : les principaux facteurs psychosociaux

Préambule -----	4
------------------------	----------

1. Les facteurs psychosociaux et leurs impacts sur la santé mentale-----	4
--	---

1.1. Définition des facteurs psychosociaux-----	4
---	---

2. les divers facteurs psychosociaux-----	4
---	---

2.1. La relation conjugale-----	4
---------------------------------	---

2.2. Le soutien familial-----	5
-------------------------------	---

2.3. Le stress financier durant la grossesse-----	7
---	---

2.4. Les événements de la vie dit stressant-----	7
--	---

2.5. Facteurs de vulnérabilité communautaire-----	8
---	---

2.6. La préférence pour le sexe masculin-----	9
---	---

2.7. Le décès périnatal et le deuil durant la grossesse-----	9
--	---

2.8. Les jeunes non mariés et les grossesses non désirées-----	11
--	----

2.9. Dénier de grossesse-----	11
-------------------------------	----

2.10. Les maladies graves au cours de la grossesse-----	12
---	----

Synthèse -----	12
-----------------------	-----------

Chapitre II : grossesse et dépression prénatale

Préambule -----	13
------------------------	-----------

La grossesse

1. Définition de la grossesse-----	13
------------------------------------	----

2. Les différentes formes de grossesse-----	13
---	----

2.1. La grossesse intra-utérine-----	13
--------------------------------------	----

2.2. La grossesse extra-utérine-----	14
--------------------------------------	----

2.3. La grossesse multiple ou gémellaire-----	14
---	----

2.4. La grossesse nerveuse-----	14
---------------------------------	----

3. Les signes corporels chez les femmes durant la grossesse -----	14
4. Les signes psychologiques chez les femmes la période de grossesse -----	15
5. Le diagnostic de la grossesse -----	15
5.1. Les premiers signes de la grossesse -----	15
5.2. Le test de grossesse -----	15
5.3. Durée de grossesse -----	16

Dépression prénatale

1. Aperçu historique -----	16
2. Définition de la dépression -----	18
3. Les critères diagnostique selon le DSM-V -----	18
4. Critères définissant une épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère ----	20
5. Les formes particulières de dépression -----	21
5.1. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out -----	21
5.2. La dépression de la personne âgée -----	21
5.3. La dépression post partum -----	22
5.4. La dépression saisonnière (dépression hivernale) -----	22
5.5. Dépression prénatale -----	22
6. La période prénatale -----	22
7. Epidémiologie -----	23
8. La symptomatologie de la dépression prénatale -----	23
9. Facteurs de risque -----	24
10. Les approches explicatives -----	25
10.1. L'approche psychanalytique -----	25
10.2. L'approche cognitivo-comportementale -----	25
10.3. L'approche phénoménologique -----	27
11. La prise en charge de la dépression -----	28
11.1. La prise en charge médicamenteuse -----	28
11.2. Prise en charge psychothérapeutique -----	30

<i>Synthèse</i>	32
Problématique et hypothèse	33

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

<i>Préambule</i>	40
1. La méthode de recherche.....	40
1.1. Méthode clinique	40
1.2. Etude de cas	41
2. Le lieu de recherche.....	42
3. Le groupe de recherche.....	43
3.1. Sélection de notre population d'étude	43
4. Les outils de recherche	44
4.1. L'entretien clinique de recherche	44
4.2. L'entretien semi-directif	45
4.3. Un guide d'entretien	46
4.4. L'inventaire abrégé de Beck.....	46
4.5. Le questionnaire ALPHA	47
5. Le déroulement de recherche	47
5.1. La pré-enquête	47
5.2. L'enquête	48
<i>Synthèse</i>	49

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussions des hypothèses

<i>Préambule</i>	50
1. Le cas de Mme Alma	50
2. Le cas de Mme Sarah	57
3. Le cas de Mme Rania.....	63
4. Le cas de Mme Katia	69
5. Le cas de Mme Lyla	77

6. Le cas de Mme Célia	83
7. Le cas de Mme Noria	89
8. Le cas de Mme Nesrine.....	95
Discussion générale des hypothèses	103
<i>Conclusion</i>	<i>107</i>
<i>Liste des références</i>	
<i>Annexes</i>	
<i>Résumés</i>	

Remerciements

Louanges à Dieu le tout puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui nous a guidé et éclairé notre chemin pour la réalisation de notre travail

Au terme de l'élaboration de ce modeste travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude et nos vifs remerciements à :

Mr Fergani, de nous avoir encadré ainsi que pour les orientations et le temps qu'il nous a consacré à la réalisation de ce travail.

A Mme Benamsili, de nous avoir aidée, conseillée et encouragée pour la réalisation de ce travail.

A tous les personnels de l'hôpital de sidi aich surtout la psychologue de l'établissement Mme Debbou M

Aux femmes qui fournis une grande responsabilité pour notre étude de recherche.

Enfin, nos remerciements vont également à tous ceux qui ont contribués de loin ou de près a la réalisation de ce travail.

Merci à tous

Dédicaces

Je tiens tout d'abord à remercier le bon dieu
le tout puissant de nous avoir donné la force
nécessaire et la patience qui nous a permet de
mener à bien ce modeste travail

Que je dédie ;

A mes chers parents en témoignages de ma
reconnaissance pour leur patience, leurs
sacrifices et leurs soutiens tout au long de
mes études. Que dieu leurs prête santé.

A mes chers grands parents

A mes très chères sœurs : Ryma et Djedjiga

A mon très cher frère : Fares

A mes chères amies de cœur : Lisa, Nacira,
Lydia, Katia, Sabrina.

A notre encadreur Mr FERGANI

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin

Sandra

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes parents pour leur soutien indéfectible
et leur encouragement durant la réalisation
de mon étude

A mes chers frères : Aris et Mohand

A mes chères soeurs : Syndia, Sandra, Malia

A mes chères amies de cœur : Sandra,
Wissam, Sabrina, Thiziri.

A ma chère personne Manis

A notre encadreur Mr FERGANI

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de
loin.

Lisa

Introduction

On ne naît pas mère, on le devient. Il s'agit d'un processus de transition qui commence dès la grossesse est qui donne lieu à d'importants remaniements physiques et psychiques. Durant cette période, les futures mères peuvent se sentir psychologiquement vulnérables, en raison s'accompagnant souvent d'anxiété, de tristesse, d'une perte de confiance en soi et d'un sentiment de découragement, aboutissant dans les cas extrêmes à une dépression.

La dépression prénatale est moins étudiée que la dépression post-partum bien qu'ayant une prévalence plus élevée, à savoir 12 à 25 % des femmes enceintes (Carraz. 2014). La clinique de la dépression chez la femme enceinte est peu spécifique, associant une humeur triste, une perte du plaisir, une vision pessimiste de l'avenir, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, une irritabilité et des signes somatiques (réduction de l'appétit, troubles du sommeil, baisse de libido, ralentissement psychomoteur) qui sont difficiles à différencier des symptômes de grossesse, notamment au premier et troisième trimestre. Dans certains cas, la tristesse se situe au second plan et la femme présente des décharges agressives inhabituelles et imprévisibles repérées par l'entourage.

Parmi les prédicteurs les plus importants de la dépression post-partum se trouve la présence de symptômes dépressifs pendant la grossesse. En effet, près de la moitié des femmes qui ont souffert d'une dépression prénatale sont toujours déprimées au post-partum. En raison de plusieurs problématiques à savoir l'aspect biologique, psychologique et sociale dont la grossesse évolue.

La grossesse est un moment de fragilité émotionnelle. C'est pourquoi il est très important de reconnaître les émotions et les sensations des femmes, et les besoins de soutien qui en découlent. Il faut aussi connaître les facteurs qui vont influencer la très grande variété de réponses émotionnelle.

Nombreux sont les facteurs susceptibles d'influencer la réponse émotionnelle personnelle d'une femme et qu'il faut apprendre à reconnaître. Les soucis de la maison ou une insécurité financière, les évènements de la vie stressants, absence de soutien familiale par exemple, peuvent déclencher et renforcer les manifestations dépressives, tandis que les évènements favorables de la vie, une présence du soutien familiale, l'entretien de bonnes relations, un bien être financier favorise la santé mentale de la femme enceinte qui est à son tour permet le bon déroulement de la grossesse.

Chaque étape de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum provoque des changements du vécu émotionnel qui sont particuliers à chaque femme, la culture influe aussi sur la façon dont les femmes et les couples vont traverser la période prénatale.

En plus des ressentis émotionnels habituels vécus par presque toutes les femmes, certaines ont des besoins émotionnels habituels vécus par presque toutes les femmes, certaines ont des besoins particuliers, du fait des événements de leur vie ou de leurs expériences précédentes. Dans notre travail de recherche nous nous sommes intéressées aux facteurs psychosociaux de manifestations dépressives chez les femmes en période de grossesse.

De ce fait, nous avons choisi de nous intéresser aux principaux facteurs psychosociaux susceptibles de déclencher une dépression chez les femmes enceintes car durant notre stage effectué en 3^{ème} année licence à l'établissement public hospitalier de Sidi Aich, nous avons remarqué plusieurs cas similaires à notre travail de recherche en particulier une femme qui était effondrée à cause de ses beaux-parents qui lui ont demandé de quitter le foyer commun en raison de la grossesse qu'ils ont jugée de trop. C'est à partir de cela qu'est née cette volonté et motivation de savoir l'impact des facteurs psychosociaux associés à la genèse de la dépression prénatale.

Pour cerner de près notre thème de recherche et pour effectuer les analyses adéquates qui répondront à nos questionnements, nous avons fait un stage au sein de l'établissement public hospitalier de Sidi Aich.

Notre recherche a eu lieu avec un groupe composé de huit cas de femmes enceintes hospitalisées dans le service de gynécologie et maternité, à travers lesquelles nous avons pu obtenir des informations touchant plusieurs aspects de leurs vies.

Notre étude est structurée en deux parties fondamentales, dont la première est la partie théorique et la deuxième est la partie pratique. D'abord nous avons commencé notre travail par une introduction, ensuite nous avons enchaîné avec la partie théorique qui est subdivisée en deux chapitres, le premier est centré sur les principaux facteurs psychosociaux qui influencent la santé mentale des personnes exposées.

Le second chapitre s'intitule « la dépression prénatale ». nous l'avons divisé en deux sections, la première section est consacrée aux généralités sur la grossesse, définition médicale et psychologique de la grossesse, les différentes formes de grossesses, les signes corporels chez les femmes durant la période de la grossesse, les signes psychologiques chez les femmes durant la période de la grossesse et le diagnostic de la grossesse, et la seconde section nous nous sommes intéressés à la dépression prénatale, ou nous avons présenté des généralités sur la dépression aperçue historiquement, définition de la dépression, critère diagnostique, différentes formes de dépression. Puis nous avons présenté la dépression prénatale, sa définition, son épidémiologie, sa symptomatologie, ses facteurs de risques ainsi que les approches explicatives et les diverses formes de prise en charge, enfin nous avons conclu ce chapitre avec une synthèse.

Quant à la partie pratique, nous avons présenté en premier lieu, notre démarche méthodologique, le lieu de recherche, le groupe de recherche, les outils utilisés et le déroulement de la recherche. Puis en deuxième lieu, nous avons élaboré deux parties dans ce chapitre la première est consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, la deuxième porte sur la discussion des hypothèses. Vers la fin, nous avons présenté la conclusion, la liste des références et les annexes.

Partie Théorique

Chapitre I :

Les facteurs psychosociaux

Préambule

Les facteurs psychologiques et sociaux ont toujours été considérés comme ayant un rôle dans la santé et la maladie ; ils influencent la santé de chacun et peuvent constituer des facteurs de risque dans certains cas. Les femmes, à tout âge, souffrent de façon plus fréquente de certains troubles mentaux tel que là l'anxiété et la dépression. Notamment durant la grossesse, leur santé mentale dépend de facteurs individuels, génétiques et hormonaux, mais aussi psychologique, relationnels, communautaires et sociétaux. Ceci a également un impact sur leur santé physique et l'équilibre familial et social

Dans ce premier chapitre, nous avons donc présenté d'abord le concept des facteurs psychosociaux et leurs définitions, ensuite nous avons cités les principaux facteurs psychosociaux susceptible d'être à l'origine des troubles mentaux tel que la dépression. Enfin nous allons conclure ce chapitre avec une synthèse.

1. Les facteurs psychosociaux et leurs impacts sur la santé mentale des femmes au cours de la grossesse :**1.1. Définition des facteurs psychosociaux :**

Le terme psychosocial est relatif à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux. Ces facteurs correspondent aux caractéristiques psychologiques et sociale qui peuvent influencer tantôt positifs ou tantôt négatif sur le comportement et la santé mentale des individus, tels les styles d'adaptation, la perception de soi, les croyances, les liens familiaux et sociaux...Ets.

Les caractéristiques psychosociales sont façonnées par la biologie d'une personne et par son environnement. Ces facteurs permettent de mieux comprendre en quoi ces caractéristiques individuelles, ainsi que les environnements sociaux, peuvent affecter la santé mentale des femmes durant leur grossesse.

2. les divers facteurs psychosociaux :**2.1. La relation conjugale :**

Une relation conjugale relève l'union entre le mari et la femme.

Le terme conjugal englobe bien davantage que les relations sexuelles. Il indique l'existence d'un degré d'attachement important entre deux partenaires mais aussi qui suppose une certaine permanence, une interdépendance financière, sociale, émotive et physique, un partage des responsabilités ménagères et connexes, ainsi qu'un engagement mutuel sérieux.

Plusieurs études indiquent un lien entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique. Les recherches indiquent notamment que les personnes présentant de la détresse psychologique sont plus à risque de développer des problèmes dépressifs ou anxieux, que le traitement conjugal améliore souvent aussi le fonctionnement psychologique et que souvent les gens rapportent que la détresse conjugale a précédé la détresse psychologique. (Trudel.2011)

Le soutien inconditionnel du conjoint lorsque sa femme est enceinte favorise le bon vécu physique et psychologique de la grossesse, car les changements hormonaux que les femmes subissent pendant la grossesse peuvent les rendre anxieuses et irritables dans n'importe quelle situation. C'est donc à ce moment-là que le couple doit être plus proche. (Briffault.2010)

Le fait de vivre en couple, voire d'être marié, est globalement associé à une prévalence plus faible des épisodes dépressifs. Par ailleurs pourtant, on observe que les dysfonctionnements dans le couple sont fréquemment associés à des états de souffrance psychologique, voire à des états dépressifs chez l'un des conjoints ou les deux, un phénomène connu depuis toujours, et formellement étudié depuis longtemps. (Briffault.2010)

Une étude américaine récente, portant sur plus de 2 000 personnes en population générale, les résultats montrent que la détresse conjugale est associée à un risque accru de présenter un trouble, en particulier un trouble de l'humeur, ce même en contrôlant l'effet des variables sociodémographiques. Cependant, au sein des troubles de l'humeur, ce n'est pas avec le trouble unipolaire que la détresse conjugale était la plus fortement associée mais avec le trouble bipolaire. L'association avec les troubles d'usage de l'alcool était également très forte. (Briffault.2010)

Weismann (1987) compare des sujets satisfaits de leur vie de couple avec des sujets ayant des difficultés conjugales. Ces derniers seraient 25 fois plus susceptibles de présenter une dépression majeure que les sujets satisfaits de leur vie de couple. De son côté, Rounsaville *et al.* (1979) trouvent que 50% des sujets traités pour une dépression majeure présentent des difficultés de couple (Trudel. 2011)

2.2. Le soutien familial :

Peu de gens comprennent l'importance du soutien familial pendant la grossesse, le soutien apporté à la mère à mieux gérer les sauts d'humeur, le stress et toutes les expériences qui impliquent l'attente d'un bébé.

Pour commencer, le soutien est un facteur essentiel des relations humaines dans la vie habituelle. En situation de maladie, il revêt une importance et un relief particuliers.

Les études en psychologie de la santé dégagent, à partir de nombreux travaux, la conclusion que le soutien social joue un rôle primordial qui a des effets bénéfiques sur la santé. Il a été abordé dans deux orientations distinctes qui ont dégagé l'importance des contacts sociaux à partir de l'idée de réseau social, d'un côté, et l'impact de l'isolement ou de l'intégration sur la santé, de l'autre.

Le soutien définit « un ensemble de ressources fournies par les autres ». De façon plus précise, le soutien social désigne une ressource psychologique liée à l'évaluation réalisée par un individu de la qualité de ses relations. Il existe deux composantes dans le soutien : l'aide objective apportée à quelqu'un, appelée soutien social reçu, et la qualité de réconfort qu'elle représente pour lui, appelée soutien social perçu. Ces éléments ont permis de dégager quatre formes de soutien.

- Le soutien émotionnel qui est l'expression de son affection pour quelqu'un : elle constitue une aide dans des situations éprouvantes à travers le réconfort et la consolation qu'on lui apporte ;
- Le soutien d'estime qui consiste à donner ou à redonner confiance à quelqu'un en sa propre valeur et en ses capacités ;
- Le soutien informatif qui fournit un ensemble de suggestions et de conseils pour permettre de faire face à une situation ;
- Le soutien matériel qui s'exprime par des aides concrètes et pratiques.

Parmi ces différents types de soutien, c'est le soutien émotionnel qui est perçu comme le plus important et le plus efficace. Néanmoins, suivant les situations, il peut être lui-même modulé par d'autres facteurs comme la valeur accordée à l'autorité et la crédibilité de la source d'information. Ainsi pour les personnes malades, le soutien émotionnel est d'autant plus important qu'il provient de quelqu'un de proche et d'intime, alors que le soutien informatif est d'autant plus fort qu'il provient du médecin ou d'un personnel soignant. (fischer et al.2020)

Souvent les membres de la famille, et même le partenaire de la future mère, ne sont pas conscients de l'importance du soutien familial pendant la grossesse et ne connaissent donc pas la façon la plus appropriée de faire face aux changements hormonaux de la femme enceinte. L'arrivée d'un nouveau membre dans la famille implique la création de nouveaux liens. Dans cette perspective, la famille s'agrandit et chaque membre doit ouvrir un espace émotionnel pour le futur membre. Ce qui rend nécessaire le soutien de tout l'entourage.

De ce fait, le soutien familial pendant la grossesse est vraiment essentiel pour l'humeur de la mère et la santé du futur bébé, la fera se sentir bien et protégée, soutenue et entourée.

2.3. Le stress financier durant la grossesse :

Les soucis financiers viennent souvent en tête de liste de nos préoccupations, plus encore que la santé. Ces faits ne sont peut-être pas surprenants étant donné le monde dans lequel nous vivons. L'incertitude économique, le coût de la vie, les faibles augmentations des salaires et la précarité croissante du travail créent un sentiment de vulnérabilité et de malaise. (Susan. 2019)

En effet, la crainte de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de leur bébé stressait d'ailleurs les femmes enceintes par des difficultés financières auraient plus de risques de donner naissance à un bébé de faible poids et à l'état de santé plus fragile. Les niveaux élevés de stress peuvent augmenter les risques de complications durant la grossesse. Le stress dus aux soucis financiers affecte évidemment la santé d'un enfant, l'impact de l'arrivée du bébé sur leur vie sociale, leur retour au travail et le paiement des soins médicaux. (Kabbaj.2017)

2.4. Les événements de la vie dit stressant :

La relation conjugale, le soutien familial, sont des situations généralement plus ou moins pérennes, qui entretiennent durant la grossesse des relations complexes avec la santé mentale, positives parfois, négatives dans d'autres cas. Qu'en est-il des événements plus ponctuels, que l'on appelle souvent dans la littérature des « événements de vie », et tout particulièrement des événements de vie « stressants », qui peuvent être un facteur déclenchant de la dépression durant cette période de vulnérabilité.

Un article de 2008 fait le point sur la question. Il s'appuie sur la comparaison de trois groupes de 50 personnes présentant des troubles différents. Un groupe de patients présentant un trouble dépressif majeur avec des caractéristiques mélancoliques au sens du DSM-IV ; un groupe contrôle de patients présentant un trouble limite de la personnalité soignés dans la même clinique que les patients du premier groupe ; un deuxième groupe contrôle constituer d'amis des patients du premier groupe appariés pour l'âge, le sexe, et le statut sociodémographique, et ne présentant aucun trouble psychiatrique.

Trois grands types de relations entre événements de vie et santé mentale sont postulés. Un modèle quantitatif cumulatif, selon lequel c'est la quantité et l'intensité des événements stressants, et non leur qualité ou leur signification qui sont en relation avec

les problèmes de santé mentale. Un modèle qualitatif général, selon lequel ce ne sont pas les événements en tant que tels, mais leur caractère indésirable ou effrayant qui sont en relation avec la santé mentale. Un modèle qualitatif spécifique, qui suggère que des événements spécifiques sont liés avec des pathologies spécifiques – par exemple, les pertes, séparations, ou les tresseurs incontrôlables pourraient être associés plus spécifiquement aux troubles de l'humeur, tandis que les accidents ou agressions pourraient être associés plus spécifiquement aux états de stress post-traumatique.

S'agissant des événements de l'enfance, le nombre total d'événements de vie stressants, positifs comme négatifs, était moindre dans le groupe « dépressifs », mais la proportion d'événements liés à des pertes (décès, séparations) était plus élevée. S'agissant des événements de l'année précédant le premier épisode dépressif, le nombre total d'événements de vie stressants était moindre dans le groupe « dépressifs ». C'était également vrai des événements stressants négatifs, mais pas des événements stressants positifs. Cependant, rapportée au nombre total d'événements, la proportion spécifique d'événements stressants était plus élevée dans le groupe « dépressifs », et en particulier la proportion d'événements de vie stressants négatifs. La proportion d'événements relatifs à des pertes et à des séparations était également plus élevée dans le groupe « dépressifs ».

Par ailleurs, les scores relatifs aux événements de vie stressants étaient plus faibles dans le groupe « dépressifs » sur la période allant de 18 ans à l'interview, ce résultat étant également vrai des événements de vie stressants négatifs. Sur la période allant de 18 ans au premier épisode dépressif, les scores d'événements de vie stressants ne différaient pas entre les groupes, tandis qu'ils étaient plus bas pour le groupe « dépressifs ». Mais les événements stressants « incontrôlables » survenaient plus fréquemment dans le groupe « dépressifs », et ces patients rapportaient d'ailleurs davantage que les autres que les événements les plus critiques de leur vie adulte ne dépendaient pas de leur contrôle. (Briffault.2010. P80)

2.5. Facteurs de vulnérabilité communautaires :

Les facteurs culturels ont un impact sur la santé mentale dans le sens où la détresse psychologique ne s'exprime pas universellement sous forme de « dépression » ou « d'angoisse », mais par des idiomes de détresse spécifiques propres à chaque culture. Un exemple est la crise de transe et de possession en Afrique de l'Ouest. De plus, les événements pré migratoires, le processus migratoire et le stress de l'exil et de l'insertion dans le nouveau pays fragilisent la santé mentale des migrantes.

Il existe indéniablement une forte relation entre le statut socio-économique et la santé mentale des individus, l'exemple le plus classique étant celui de l'impact

des conditions de travail. Elles sont aussi plus touchées par le burn-out tant au niveau professionnel que parental (les deux étant parfois liés).

La vision traditionnelle de la répartition des responsabilités homme/femme constitue en soi un facteur de vulnérabilité, en soulignant la passivité, la soumission et la dépendance des femmes et en leur imposant le devoir de prendre soin des autres, sans pour autant mettre de côté les travaux non rémunérés (domestique, agricole). (Borcan. 2015)

2.6. la préférence pour le sexe masculin :

On a constaté, depuis longtemps, qu'il naît biologiquement, partout dans le monde, 105 ou 104 garçons pour 100 filles.

Les démographes appellent cette constante "le rapport de masculinité". On s'inquiète de plus en plus, aujourd'hui, des effets que pourraient avoir sur la procréation humaine l'émergence des nouvelles techniques en matière de procréation médicalement assistée qui rendent possible la détermination du sexe juste au moment de fécondation, et la sélection génétique. Ces avancées biotechnologiques posent, pour certains, de graves questions concernant le risque d'éventuels déséquilibres de la répartition par sexe des populations.

Ainsi, on a observé depuis les années 1980 une nette augmentation du rapport de masculinité à la naissance dans certaines populations asiatiques (Chine, Inde, Pakistan, Vietnam) et même Européennes (Albanie, et quelques pays de l'ex URSS). Depuis lors de nombreuses études démographiques ont été menées pour identifier les principales raisons menant les couples à préférer le sexe de leur futur enfant, en particulier les garçons.

Certains appellent ce phénomène de préférence pour les garçons la malédiction de naître fille.

Dans les sociétés arabo musulmanes, la préférence pour un fils est profondément ancrée dans la cellule familiale. Les études ont montré que cette préférence pour un fils tient son origine à des raisons culturelles, économiques et sociales. Le sociologue algérien Boutefnouchent. M, explique cette préférence excessive pour les garçons par le fait que la famille se perpétue de père en fils et non de mère en fils. Par ailleurs des études occidentales réalisées en extrême orient ont montré que les garçons étaient plus souvent désirés en raison de leur utilité économique et du fait qu'ils contribuaient à perpétuer le nom de la famille du père (Lakrouf. 2017)

2.7. Le décès périnatal et le deuil durant la grossesse :

Le décès périnatal et le deuil subséquent ont des effets délétères sur la santé mentale des femmes. Influe sur les trajectoires de vie des femmes et des hommes, comme couple, comme parent, comme travailleur, et au plan social.

La grande majorité des grossesses se déroulent sans problème et se terminent par la naissance d'un bébé vivant. Toutefois, le décès d'un bébé est un phénomène qui peut parfois survenir en cours de grossesse ou peu après sa naissance.

Selon une croyance populaire, lorsqu'un bébé meurt durant la grossesse ou peu après sa naissance, les parents s'en remettent plus vite que s'ils avaient connu l'enfant. Or, les recherches indiquent que les parents peuvent vivre une lourde perte à n'importe quel moment de la grossesse, même s'ils n'ont pas connu leur bébé, et que leur chagrin peut être aussi intense que pour la mort d'un être ayant vécu. Le deuil périnatal diffère toutefois de celui d'une personne ayant vécu et constitue une épreuve particulièrement difficile à vivre pour les parents pour les raisons suivantes :

- L'imprévisibilité du décès : Aucun parent n'est préparé à perdre un enfant avant ou après sa naissance. Ce type de décès peut donc comporter une dimension traumatique.
- Le lien affectif avec le bébé : La formation du lien affectif avec l'enfant à naître s'amorce à différents moments pour chaque parent. Pour la plupart des parents, ce lien s'établit bien avant la naissance du bébé, particulièrement à partir des premiers mouvements fœtaux et parfois même dès la planification de la grossesse. L'utilisation de l'échographie permet aux parents d'entendre le cœur du bébé ou de le voir sur une image, ce qui les amène souvent à intégrer rapidement le bébé dans la famille.
- Les pertes multiples : Le décès d'un bébé occasionne des pertes simultanées qui peuvent toucher l'identité ou l'estime de soi du parent, par exemple, la perte du statut lié à la maternité ou au rôle parental, la perte des projets et d'un avenir.
- L'absence de souvenirs concrets : Peu de souvenirs tangibles sont rattachés au bébé. Cette perte peut alors sembler irréelle et être donc plus difficile à surmonter pour les parents.
- Le manque de reconnaissance sociale. Bien que la grossesse ait été réelle pour les parents par exemple, ceux-ci ont visualisé le bébé, lui ont donné un prénom, ces derniers reçoivent peu de reconnaissance sociale après le décès du bébé. Il n'y a pas nécessairement de funérailles ni d'acte de naissance ou du décès pour souligner l'existence d'un bébé mort trop prématurément. Les parents peuvent ainsi avoir l'impression qu'il n'y a aucune trace de leur bébé. Enfin, puisque les gens de l'entourage n'ont pas connu le bébé, ils ignorent souvent la profondeur

du lien affectif du parent avec celui-ci, et beaucoup se sentent mal à l'aise de parler de cette perte avec les parents. (Casson. 2011)

2.8. Les jeunes non mariés et les grossesses non désirées :

Pour une jeune femme non mariée, une grossesse non désirée est un rôle significatif dans leur vie affective et sociale, sont plus sujettes à l'anxiété et à l'inquiétude, et plus vulnérables émotionnellement que dans les autres périodes de leur vie. De fait, elle est la conséquence d'une série de facteurs psychosociaux.

Les jeunes femme enceinte peuvent se voir contraintes d'interrompre leurs études, ce qui affecte psychologiquement et limite leurs éducation et leurs perspectives d'emploi. Elles peuvent également être exposées a de grave risque physique.

Dans la plupart des cultures, les jeunes mères non mariées font l'objet d'une stigmatisation qui peut avoir des incidences psychologiques et sociales négative. La grossesse marque généralement la fin de leurs études formelles. La maternité dans leur jeune âge infléchit le cours de l'existence de la jeune femme et la prive souvent de choix fondamentaux : emploi, capacité de gagner sa vie, possibilités et mariage futur. Elever un enfant constitue un fardeau économique majeur qui réduit encore les chances des femmes pauvres de jamais échapper à la pauvreté. Les grossesses précoces ont des incidences bien plus graves pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes, mais certains de ceux-ci peuvent également en subir certaines conséquences sociale et psychologiques, en particulier s'ils interrompent leurs études pour pouvoir subvenir aux besoins de leur enfant.

Les grossesses non désirées présentent de graves dangers pour la santé des jeunes femmes. Par comparaison aux femmes de 20 à 24 ans, les femmes de 15 à 18 ans risquent deux fois plus de mourir en couches et les adolescentes de moins de 15 ans cinq fois plus. Le risque d'hypertension artérielle durant la grossesse est plus élevé chez les jeunes femmes, ce qui peut mener à des attaques cérébrales pouvant être causes de décès. À l'accouchement, les jeunes mères sont également à risque de travail prolongé ou bloqué, ce qui mène souvent à de graves hémorragies, à des infections et à d'autres complications telles que la fistule.

2.9. Dénî de grossesse :

Il se définit comme le refus inconscient de reconnaître l'Etat de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement. Il se différencie du phénomène conscient de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesses chez une adolescente ou au sein d'un environnement hostile. Il est à l'origine d'une « complaisance somatique », c'est-à-dire de peude modifications corporelles au cours de

l'évolution de la grossesse. La découverte de la grossesse se fait fréquemment de façon fortuite ; elle est brutale et déroutante pour la femme, qui réagit de façon souvent bruyante (angoisse, dépression, délire, fuite).

L'état psychique maternel, l'absence de précautions et de suivi médical de la grossesse favorisent les complications : retard de croissance intra-utérine, mort fœtale in utero, malformations, accouchement dans des conditions d'urgence, infanticide et interactions précoces perturbées. (Elise.2015)

2.10. Les maladies graves au cours de la grossesse :

Certaines femmes souffrent de maladie au cours de leurs grossesse, qui sont des atteintes au niveau organique mais qui ont une très grande influence sur l'aspect psychologique, à savoir des inquiétudes, l'angoisse, anxiété et la dépression

Le diabète est plus susceptible de provoquer des problèmes lorsqu'il est mal contrôlé, il augmente le risque des malformations congénitales majeures chez le bébé et d'avortements spontanés. De plus, elles peuvent souffrir d'hypertension artérielle, qui doit absolument être traitée car elle est responsable d'accidents maternels et fœtaux gravissimes

Les troubles thyroïdiens, le déséquilibre thyroïdien maternel est lui-même dangereux pour la thyroïde du fœtus. Les doses des médicaments seront adaptées tout au long de la grossesse.

La rubéole, cette maladie infantile due à un virus qui circule dans l'air peut se transmettre au fœtus quand elle est contractée pendant la grossesse. Le fœtus contaminé est alors exposé à un retard de croissance, des atteintes oculaires, une surdité, une paralysie des membres, des malformations cardiaques, des troubles du développement du cerveau.

La varicelle pendant la grossesse, le virus de la varicelle peut par contre avoir des conséquences redoutables pour le fœtus : malformations, lésions neurologiques

Les infections urinaires. La grossesse est une période à risque pour le système urinaire car elle provoque une baisse générale des défenses immunitaires ainsi qu'une dilatation de l'urètre.

Synthèse :

Il existe plusieurs facteurs psychosociaux susceptible d'influencer la santé mentale et de développer une dépression, notamment chez les femmes en particulier en période de grossesse.

Chapitre II :

La dépression prénatale

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons aborder la dépression au cours de la grossesse, nous allons commencer par des généralités sur la grossesse, sa définition, ses différentes formes, les signes corporels et psychologiques puis viendra le diagnostic de la grossesse. Ensuite nous allons passer à la dépression prénatale, nous allons présenter un aperçu historique de la dépression, sa définition, ses critères diagnostiques, ses formes particulières, puis expliquer qu'est-ce que c'est une période de périnatalité, directement nous allons définir la dépression prénatale, ainsi son épidémiologie, sa symptomatologie, les facteurs de risque, les approches explicatives et enfin sa prise en charge.

I. La grossesse**1. Définition de la grossesse :**

La grossesse est un état physiologique résultant de la fécondation puis de la nidation de l'ovule fécondé dans la cavité utérine et du développement de fœtus dans l'organisme maternel.

Selon l'OMS, la grossesse est la période qui s'écoule depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé. Elle dure environ 9 mois, au cours desquels la femme ressent différents symptômes qui évoluent à mesure que le fœtus se développe.

La durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est de 283 jours soit 40 semaines ou bien 9 mois. Cependant, cette valeur n'est qu'une moyenne et les écarts vont de 266 à 293 jours.

Bien que la grossesse soit un processus continu, elle est subdivisée en trois périodes de 3 mois appelées trimestres :

- Premier trimestre de 0 à 12 semaines.
- Deuxième trimestre de 13 à 24 semaines.
- Troisième trimestre de 25 semaines jusqu'à l'accouchement.

Avant 37 semaines, c'est un accouchement prématuré et au-delà de 42 semaine on parle de terme dépassé.

2. les différentes formes de grossesse :

La grossesse intra-utérine : est une grossesse dite normal, qui se développe au sein de la cavité utérine qui possède des parois élastiques et des conditions optimales pour recevoir un embryon.

La grossesse extra-utérine : correspond à l'implantation d'un ovule fécondé en dehors de l'utérus soit :

- Au sein même de l'ovaire.
- Ou dans les trompes de Fallope.
- Ou bien dans le col de l'utérus.

La grossesse multiple ou gémellaire : Dès lors que deux embryons se développent au sein de la cavité utérine, il s'agit d'une grossesse gémellaire. En cas de plus de deux embryons on parle de grossesse multiple. Ses grossesses sont considérées à risques puisque la pression artérielle est augmentée, tout comme le poids.

La grossesse nerveuse : dite fausse grossesse, ou encore grossesse virtuelle, c'est un phénomène psychique où une femme est convaincue d'être enceinte en plus d'en présenter les symptômes les principaux symptômes et ceci malgré l'absence d'embryon ou de fœtus.

3. Les signes corporels chez les femmes durant la période de la grossesse :

La grossesse est une période de changements rapides pour le corps. Elle entraîne de nombreux changements dans l'organisme d'une femme, dont la plupart disparaissent après l'accouchement. Ces changements provoquent certaines maladies qui sont normaux, telles que le diabète gestationnel, peuvent se développer durant la grossesse, et certains symptômes peuvent indiquer leur présence comme :

- Céphalées persistantes ou inhabituelles.
- Nausées et vomissements, jusqu'à 80 % des femmes enceintes présentent des nausées et des vomissements dans une certaine mesure. Les nausées et les vomissements sont plus fréquents et plus sévères au cours du 1er trimestre. Bien qu'on parle généralement de nausées matinales, ces symptômes peuvent survenir à n'importe quel moment du jour.
- Douleurs pelviennes au début de la grossesse, de nombreuses femmes souffrent de douleurs pelviennes. Ces douleurs surviennent plus haut dans le torse, dans la zone de l'estomac et des intestins. Cependant, les femmes éprouvent parfois des difficultés à discerner si les douleurs se situent principalement dans l'abdomen ou le pelvis.
- Gonflement des mains ou des pieds, à mesure que la grossesse évolue, du liquide peut s'accumuler en générale dans les pieds, les chevilles et les jambes, les faisant gonfler et paraître bouffis. Cette affection est appelée œdème. Occasionnellement, le visage et les mains gonflent aussi. L'accumulation de liquide pendant la grossesse est normale dans une certaine mesure.
- La fatigue est fréquente, en particulier dans les 12 premières semaines et en fin de grossesse.

- Les seins ont tendance à grossir, car les hormones (essentiellement les œstrogènes) les préparent à la production de lait. Le nombre de glandes qui produisent le lait augmente progressivement, et elles deviennent capables de produire du lait.
- Des souffles cardiaques et des irrégularités du rythme cardiaque peuvent apparaître, car le cœur travaille davantage. Une femme enceinte peut parfois ressentir ces irrégularités ; de tels changements sont normaux pendant la grossesse. Cependant, d'autres anomalies du rythme cardiaque (par exemple, les souffles diastoliques et un pouls irrégulier et rapide), qui surviennent plus fréquemment chez la femme enceinte.
- La tension artérielle diminue généralement au cours du 2^e trimestre, mais peut retourner à des valeurs normales au cours du 3^e trimestre.
 - Chez certaines femmes enceintes, une pigmentation par plaques brunâtres (mélasma, ou masque de grossesse) apparaît sur le front et les joues. (Heine, Bunce.2021)

4. Les signes psychologiques chez les femmes durant la période de la grossesse :

La grossesse et le fait de devenir mère amènent beaucoup de changements sur les plan hormonal, physique, psychologique et émotif. Ces changements peuvent augmenter :

- Des troubles du caractère avec irritabilité, labilité émotionnelle.
- Des manifestations mineures d'angoisse (angoisse d'enfant malformé, angoisse d'enfant mort-né, angoisse du déroulement de l'accouchement.
- Les syndromes dépressifs sont assez fréquents (10% des grossesses) ils surviennent préférentiellement au premier trimestre de la grossesse et sont plus fréquent en cas de grossesse non désirée ou en cas de désaccord conjugal.
- Une anxiété concernant l'état de l'enfant, l'accouchement.
- Une insomnie.

5. Le diagnostic de la grossesse :

5.1. Les premiers signes de la grossesse :

Le retard des règles est le signe majeur. Parmi les autres signes, on peut citer : nausées, envies fréquentes d'uriner, fatigue, tentions douloureuse des seins qui peut durer jusqu'au 2^{ème} à 3^{ème} mois de la grossesse.

5.2. Le test de grossesse :

Le test de grossesse se révèle positif, dans (80%) des cas, (2) semaines après le retard des règles, soit (4) semaines après la fécondation. Il devient positif, dans (95%) des cas après (1) mois de retard de règles.

La positivité d'un test est liée à la présence dans l'urine ou dans le sang de la femme enceinte, d'une substance hormonal appelée gonadotrophine chronique, qui est produite lorsqu'un fœtus est en cours de développement.

5.3. Durée de la grossesse :

Chez la femme bien réglée, dont le cycle est de (28) jours. L'ovulation se produit au (14) jour. Le terme sera fixé 39 semaines après l'ovulation, soit (14) semaines après les dernières règles. En effet, la durée de la grossesse est de (285) jours.

II. La dépression prénatale

1. Aperçu historique :

C'est à l'époque de l'Antiquité, qu'Hippocrate énonce sa théorie des humeurs, dans laquelle il fait apparaître le terme de mélancolie (du grec signifiant « bile noire »), état de tristesse résultant d'après lui d'un mauvais fonctionnement des « humeurs ». C'est également le premier à introduire la notion de folie.

Au Ier siècle, Arrêtée de Cappadoce, fit le premier le lien entre la manie et la mélancolie, en les concevant comme deux images différentes d'une même maladie.

Deux auteurs, Falret et Baillargé, en 1854, confirment cette conception en réunissant la mélancolie et la manie, considérées comme les deux phases de l'évolution cyclique d'une même maladie. Ils parlent alors de « folie circulaire » ou « folie à double forme ».

En 1899, Kraepelin pose les bases de la nosographie psychiatrique actuelle, notamment en ce qui concerne la maladie maniaco-dépressive. Les critères qu'il propose pour établir le diagnostic de la maladie sont avant tout basés sur l'évolution des symptômes au cours du temps chez un même patient. En 1900, il abandonne le mot « humeur » pour le remplacer par celui de dépression. Il se place dans une conception étiologique et distingue la dépression « endogène » ou « psychotique » (dysfonctionnement biologique, facteurs génétiques) de la dépression « psychogène » ou « névrotique » (dépression réactionnelle, stress psychosociaux). La dépression endogène était décrite comme une expression de la psychose maniaco-dépressive.

Carl Wernicke, en opposition avec Kraepelin, affirme que la présence d'épisodes uniquement maniaques ou mélancoliques, les dépressions récurrentes ou les manies récurrentes sans changement d'humeur de l'un vers l'autre appartiennent à une catégorie nosographique différente de la maladie maniaco-dépressive. L'opinion de Wernicke a servi de base pour les travaux ultérieurs de ses semblables, tels que Kleist, Neele et Leonhard. (Marine.2013. PP 3-4)

C'est aux alentours des années 1960 que Neele, Leonhard, Angst, Perris et, Winokur proposent une nouvelle dichotomie des troubles de l'humeur, séparant ainsi la forme bipolaire de la forme unipolaire dépressive. Et c'est ainsi qu'elles apparaissent dans la classification internationale des maladies (CIM-10) et dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-4)

La publication de 1968 d'Angst et Perris, est le support de la différenciation nosographique entre les troubles unipolaires et bipolaires de l'humeur. Cette étude regroupe 326 patients hospitalisés à Zurich entre 1959 et 1963 (Jules Angst) et 280 patients hospitalisés en Suède entre 1963 et 1966 (Carlo Perris). Elle montre que :

- Les facteurs génétiques et environnementaux ont une action synergique dans l'étiologie de la dépression endogène,
- Le genre a un rôle étiologique important dans la dépression endogène (relation entre la dépression endogène et le sexe féminin) alors que le sexe ratio est équilibré chez les patients qui souffrent de troubles bipolaires,
- Les troubles de l'humeur ne sont pas homogènes, les troubles unipolaires et bipolaires diffèrent par le genre, la génétique, l'évolution, les personnalités pré morbides,
- La dépression tardive est plus proche des troubles unipolaires que bipolaires,
- La manie unipolaire est génétiquement reliée aux troubles bipolaires.

Les frontières entre unipolaires et bipolaires ont par la suite été contestées en raison de travaux justifiant le rattachement au « spectre » de la maladie bipolaire, d'un certain nombre de troubles de l'humeur, notamment classés auparavant dans les unipolaires.

Une étude de 2006, réalisée par Akiskal et Benazzi, incluant des sujets présentant un épisode dépressif majeur, a montré que sur les 650 patients inclus, 261 (40%) souffraient de trouble dépressif majeur et 389 (60%), celui de trouble bipolaire de type 2.

A partir d'un point de vue nosologique, ces données vont à l'encontre d'une distinction catégorique entre les troubles unipolaires et bipolaires et sont en lien avec le concept unitaire de Kraepelin des troubles affectifs, et cohérentes avec le concept de spectre bipolaire.

Ce continuum s'appuierait sur une symptomatologie élémentaire commune : les récurrences dépressives. Un nombre d'épisodes dépressifs (supérieur à 5) correspondrait à un « seuil validé » d'augmentation de la probabilité, mais pas de certitude, de trouble bipolaire. (Marine.2013. PP 3-4)

2. Définition de la dépression :

L'organisation mondiale de la santé définit la dépression comme étant un trouble mental courant qui se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables. Elle peut également se traduire par un manque de sommeil et d'appétit. La fatigue et les difficultés de concentration sont fréquentes. La dépression est l'une des principales causes de handicap dans le monde et contribue grandement à la charge mondiale de morbidité. Les effets de la dépression peuvent être durables ou récurrents et peuvent affecter considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à vivre une vie enrichissante. (Organisation mondiale de la santé)

L'individu est dans une sorte d'autodépréciation, attribuée aux situations ou personnes de son entourage une taille normale, mais aussi il se voit lui-même insuffisant à assurer l'harmonisation avec ce milieu extérieur. (Devraux. 2012)

Cette affection diffère des sautes d'humeur habituelles et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien. Lorsqu'elle est récurrente et d'intensité modérée ou sévère, la dépression peut devenir une maladie grave. Elle peut entraîner une grande souffrance et altérer la vie professionnelle, scolaire et familiale de la personne touchée. Dans le pire des cas, la dépression peut conduire au suicide.

La dépression résulte d'une interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Les personnes qui ont vécu des événements difficiles dans leur vie (chômage, deuil, traumatismes) sont davantage susceptibles de développer une dépression. La dépression peut, à son tour, entraîner davantage de stress et de dysfonctionnements, et aggraver la situation de la personne touchée et la dépression elle-même.

3. les critères diagnostiques selon le DSM-V :

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B : Les critères **A-C** définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique.

4. Critères définissant une épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère :

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	Cim -10	DSM-5	
Léger	2symptômes Dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes Supplémentaires par rapport au nombre Nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les Activités ordinaires et les activités Sociales, mais celles-ci peuvent être Réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les Activités se situe entre ceux précisés Pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement Les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés Considérables voire

			une incapacité à Mener le travail, les activités familiales Et sociales
--	--	--	--

5. Les formes particulières de dépression :

Certains symptômes très marqués permettent d'identifier des formes particulières de dépression :

5.1. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out décrit une dépression due à l'épuisement. Les femmes se voient souvent confrontées à des contraintes supplémentaires telle que les tâches ménagères et familiales. Ces tâches peuvent, à elles seules, représenter l'équivalent d'une activité professionnelle. Le burn-out se caractérise par un manque d'énergie, des performances réduites, de l'indifférence et du cynisme ainsi que par un désinvestissement marqué consécutif à des surperformances et un engagement très intensif, souvent pendant des années. Un événement relativement mineur (changement de poste par exemple) suffit alors à déclencher la maladie. Le syndrome d'épanouissement professionnel peut évoluer jusqu'au stade de dépression grave, des attentes plus élevées vis-à-vis des collaborateurs, une pression sans cesse croissante au travail et le manque chronique de reconnaissance ont conduit à une augmentation du nombre de cas de burn-out.

5.2. La dépression de la personne âgée :

On parle de « dépression de la personne âgée » au-delà de 65ans. D'une manière générale, les maladies dépressives ne sont pas plus fréquentes chez les sujets âgés. L'Age ne justifie en aucun cas l'apparition d'une dépression. De plus, le risque que la maladie devienne chronique et que la personne nécessite des soins est élevé. Les patients âgés ont tendance à passer les symptômes dépressifs sous silence et à se plaindre plutôt de problèmes physiques. Des douleurs diffuses chez les personnes âgées peuvent ainsi traduire une dépression. D'une manière générale, la dépression double la probabilité d'être atteinte de maladie d'Alzheimer.

5.3. La dépression post-partum :

Les semaines qui suivent l'accouchement (période post partum) constituent pour une femme la période la plus favorable au développement d'une maladie psychique. Les épisodes dépressifs après l'accouchement surviennent chez 10 à 15 % des femmes. Ils commencent généralement au cours de la première ou de la deuxième semaine, puis évoluent insidieusement au fil des semaines et des mois. La phase post natale est cependant caractérisées par des modifications hormonales importantes et brutales : les taux hormonaux de progestérones, d'œstrogène, de cortisol et de thyroxine s'effondrent au cours des 48 premières heures suivant l'accouchement.

5.4. La dépression saisonnière (dépression hivernale) :

Les journées d'hiver sombre et brumeuses affectent l'humeur. Dans certains cas, pour ceux qui souffrent d'une dépression dite saisonnière ou hivernale, cette situation peut conduire à une maladie grave, parfois même fatale. Cette forme de dépression est due à la baisse de lumière qui accompagne la saison. En effet, l'œil perçoit moins de lumière et le manque de stimulation électrique qui en résulte peut induire, chez les personnes sensibles à ce phénomène, un trouble du métabolisme cérébral menant à l'apparition d'une dépression.

5.5. Dépression prénatale :

Est un trouble de l'humeur survenant durant la grossesse (dépressions prénatale). Elles semblent ne pas pouvoir s'épanouir de la venue de l'enfant et parfois cela vient des circonstances de vie difficiles (problèmes familiaux, de couple, migration, condition matérielles...). (Martine. 2017)

6. La période prénatale : Définition de la dépression prénatale

La vie prénatale est la période qui précède la naissance qui commence lorsqu'un ovule et un spermatozoïde fusionnent, ce processus se compose de deux phases ; la première est l'embryon qui se développent jusqu'à ce que 10 semaines de grossesse soient complétées, et la seconde, l'embryon devient fœtus et se développent à partir de 10 semaines de grossesse jusqu'à la naissance.

Cette période se caractérise par sa vulnérabilité ainsi elle peut être un facteur de risque ou la femme peut développer une dépression qui est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme et qui peut être due à une multitude de facteurs à la fois biologique, psychologique et sociale.

La dépression prénatale se distingue de la dépression post-partum, elle se manifeste durant la période de grossesse avant la naissance de bébé. Cependant, il faut

distinguer les signes d'une dépression prénatal et les premiers signes d'une grossesse. (Martine. 2017.P28)

7. Épidémiologie :

Selon l'organisation mondiale de la santé :

La dépression est une maladie courante dans le monde. On estime que 3,8 % de la population est touchée, dont 5,0 % d'adultes et 5,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. À l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression

- La dépression est l'une des principales causes d'incapacité dans le monde et elle contribue largement à la charge mondiale de morbidité.
- La dépression peut conduire au suicide.
- Plus de 700 000 personnes meurent par suicide chaque année. Le suicide est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans.
- La dépression touche davantage les femmes que les hommes.

Selon l'organisation mondiale de la santé, la dépression prénatale toucherait 20% de femmes enceintes durant leur grossesse. De plus, les résultats d'une méta-analyse semblent indiquer que jusqu'à 19,2 % des femmes pourraient souffrir de dépression majeure ou mineure après l'accouchement et que 7,1 % des nouvelles mères présentent les symptômes clairement définis de la dépression majeure. Les taux de dépression prénatale et postnatale sont semblables et ne diffèrent pas beaucoup de ceux enregistrés chez les femmes qui ne sont pas enceintes ou ne viennent pas d'accoucher. Enfin, la dépression prénatale est l'un des facteurs prédictifs les plus fiables de la dépression postnatale. (Organisation mondiale de la santé)

8. La symptomatologies de la dépression prénatale :

Les symptômes de la dépression durant la période prénatale sont semblables à ceux d'épisodes dépressifs survenant durant d'autres périodes de la vie mais ils peuvent être plus difficiles à distinguer des manifestations physiques associées à la grossesse (variation de poids, manque de sommeil, absence d'énergie), ce qui explique pourquoi la dépression prénatale n'est souvent ni diagnostiquée ni traitée. L'anxiété, souvent repérée, apparaît comme étant normale et compréhensible, tant dans l'évolution de la grossesse que lors de l'accouchement.

Les symptômes de la dépression et de la grossesse se ressemblent beaucoup pendant le premier et le troisième trimestre de la grossesse. C'est le moment où les femmes ressentent les symptômes physiques les plus désagréables, elles se sentent fatiguées, ont des difficultés à s'alimenter et à dormir et éprouvent un important

inconfort physique. C'est également à ce moment qu'apparaissent les changements hormonaux les plus importants, pouvant induire des états d'irritabilité, d'anxiété ou d'agitation pouvant aller jusqu'à une diminution de la joie de vivre, des pensées suicidaires et violentes. Au cours du deuxième trimestre, les femmes se sentent généralement mieux, les bouleversements hormonaux sont mieux vécus et c'est là qu'apparaissent les premiers mouvements du bébé. Le diagnostic est donc plus facile chez les femmes qui parlent de leur symptôme d'inconfort physique et émotif pendant cette période.

La détection et la prise en charge de la dépression anténatale, notamment après le premier trimestre, phase de l'organogenèse, permettraient d'éviter l'apparition des dépressions post-natales. (Marine.2013. PP.29-30)

9. Facteurs de risque

La dépression peut être associée à différents états physiologiques, notamment la grossesse. La dépression lors de la grossesse n'a pas de caractéristiques sémiologiques spécifiques. Elle semble favorisée par certains facteurs de fragilisation tels que les carences affectives précoces (mauvaise relation avec la mère), des actes de violence pendant l'enfance, l'isolement affectif et social, les antécédents obstétricaux défavorables.

Les facteurs de risque sont semblables à ceux de la dépression post-natale, ce sont essentiellement des facteurs psychiatriques (antécédents dépressifs, anxiété de la grossesse ; antécédents de troubles dysphoriques prémenstruels) et des facteurs relationnels (soutien social, conjugalité, difficultés professionnelles). Concernant la dépression anténatale, des corrélations plus spécifiques ont été retrouvées avec des facteurs comme la primiparité, les grossesses non prévues, le jeune âge des mères, les antécédents d'accidents obstétricaux ou d'avortement, les antécédents personnels de dépression et les sentiments négatifs ou l'ambivalence par rapport à la grossesse, les menaces portant sur la grossesse actuelle. Les comportements maternels à risque font également parti des facteurs de risque, on retrouve la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, un moindre suivi médical pendant la grossesse. Dans les cas les plus graves, il y a un risque d'automutilation ou même de suicide.

Ces facteurs sont liés à des complications obstétricales dont l'accouchement prématuré. L'appréhension d'un risque réel pour l'enfant (dépistage de la trisomie, anomalie durant le suivi, antécédents défavorables) peut aussi conduire à une altération de l'humeur ou à des manifestations anxieuses. (Marine.2013. PP.29)

10. les approches explicatives :

10.1. L'approche psychanalytique :

Selon la théorie freudienne, la dépression est assimilable à une perte d'objet : il est vrai que rien ne ressemble plus à une dépression qu'un état de deuil. Le déprimé éprouve outre la tristesse un sentiment de culpabilité qui exprimerait la tyrannie du Surmoi (instance morale) consécutivement à l'interjection destructive de l'objet d'amour. Ainsi pourraient s'expliquer l'auto-agressivité et le risque suicidaire.

La dépression se caractérise essentiellement par une perte du sens de la vie qui va de pair avec un manque de plaisir à vivre (elle entraîne diverses manifestations secondaires telles qu'immense fatigue, manque d'appétit et d'appétence, troubles fonctionnels variés, etc.). Elle peut aller jusqu'à la mélancolie et au suicide.

La psychanalyse l'aborde de deux manières : elle permet d'en faire une évaluation diagnostique qui repose sur l'ensemble du fonctionnement psychique de la personne déprimée, non les signes les plus conscients ou manifestes qu'elle montre et exprime et qui sont sujets à variations. Comme telle celle-ci se révèle profondément fiable, en particulier dans la différenciation indispensable entre idées suicidaires et risques de passage à l'acte suicidaire, différenciation fondamentale quant au choix thérapeutique à court, moyen et long terme. Elle permet par exemple de discriminer clairement ce qui est tristesse, c'est-à-dire ce qui constitue un affect normal qui est inhérent à la capacité de sentir de tout être humain doté d'un psychisme bien constitué, affect qu'il peut éprouver à différents instants et événements de sa vie, de ce qui est vécu dépressif, c'est-à-dire posant réellement problème. Elle peut préciser l'ampleur et la profondeur de ce vécu dépressif et le différencier aussi d'une dépression vraiment établie, voire chronique.

10.2. L'approche cognitivo--comportementale :

Pour traiter de la question des facteurs et mécanismes causaux, déclenchants, ainsi que de l'existence d'un ou plusieurs types de fonctionnement psychique propres aux sujets enclins à la dépression, nous nous sommes essentiellement intéressés aux travaux expérimentaux, en particulier à des recherches traitant des caractéristiques cognitives des déprimés.

Cette théorie met en avant le fait que des **idées négatives** (sur soi, sur l'environnement) peuvent avoir valeur de facteurs dépressogènes. Ainsi existerait-il des sujets ayant des schémas de pensées trop systématiquement pessimistes qu'il convient de rééduquer : en les repérant et en apprenant à les corriger. Cette théorie est

surtout validée par l'efficacité des **thérapies** cognitives dans les formes dépressives d'intensité modérée.

Théorie de Beck

Beck (1967) est un des premiers auteurs à avoir organisé la compréhension de la dépression en termes de phénomènes cognitifs. Ses observations sont issues de l'analyse du discours de patients déprimés au cours de leur séance de psychothérapie. Il décrit un style cognitif qui impliquerait que l'individu soit davantage enclin à réagir à son environnement par des affects et des comportements dépressifs. Ce style cognitif se caractérise par différents contenus de la pensée, la cognition étant définie comme toute activité mentale ayant un contenu verbal.

Ces contenus sont de trois ordres :

1. Contenus relatifs à l'attitude du sujet envers lui-même : le sujet se juge négativement, se considère comme moins compétent que les autres, a tendance à se faire des reproches injustifiés, à se considérer comme obligé d'accomplir des tâches en réalité irréalisables.

2. Contenus relatifs à l'attitude du sujet envers son environnement : il se sent indigne d'être aimé, apprécié, pense être indésirable ; il a également tendance à considérer des difficultés mineures comme insurmontables.

3. Contenus relatifs à l'attitude du sujet envers son propre avenir : sentiment d'être dans une impasse, dans une situation sans issue, sans espoir ; ce type de contenu rend compte des désirs suicidaires.

Beck insiste sur le fait que ces contenus reposent sur des erreurs logiques, sur une distorsion de la réalité. Ainsi, le déprimé pensera être indésirable malgré de nombreuses manifestations d'affection de la part de son entourage ou se posera des questions sur son intelligence en dépit d'une carrière brillante. Ceci mène l'auteur à définir des types de distorsions cognitives propres aux déprimés, rendant compte des particularités rencontrées au niveau du contenu de la pensée.

- Inférences arbitraires, le sujet déduisant une conclusion injustifiée d'une situation.
- Abstraction sélective, le sujet se braquant sur un détail pris hors contexte, ignorant les principaux éléments de la situation.
- Sur généralisation à partir d'un élément insignifiant.
- Minimisation des ressources personnelles.
- Exagération des problèmes, des difficultés.
- Utilisation de qualificatifs inexacts, les événements étant décrits de façon plus dramatique et traumatisante qu'ils ne l'ont été.

Si ces aspects cognitifs sont présentés comme caractéristiques des patients déprimés, Beck les considère comme permanents chez l'individu enclin à la dépression et rendant même compte de sa prédisposition aux phases dépressive: le trouble cognitif serait à l'origine des comportements dépressifs, les autres symptômes tel que le sentiment de désespoir, perte de motivation, symptômes physiques, étant considérés comme des conséquences: c'est parce que le sujet se pense incapable qu'il se sent humilié, impuissant; ce type de sentiments engendre une absence d'intérêt qui elle-même déclenche des symptômes physiques tels la lenteur, une diminution de la libido.

Pour expliquer l'origine des distorsions cognitives, Beck se situe dans une perspective comportementale. Schématiquement, il considère que les concepts d'un individu sont issus de son expérience ainsi que des attitudes et des concepts que les autres lui communiquent. Voici un exemple : un enfant, suite à un échec ou à une remarque de la part d'autrui en extrait un concept d'incapacité ; par la suite, il risque d'interpréter les expériences ultérieures en fonction de cette notion ; le nombre d'échecs ou le type de remarques récoltées renforceront ou non cette première notion et feront que l'enfant aura tendance ou non à interpréter les expériences de cette même manière. Il peut ainsi se produire un cercle vicieux : une répétition d'expériences négatives renforce une image négative de soi, qui elle-même facilite l'interprétation des expériences ultérieures sur un mode négatif, ce qui consolide l'image de soi, etc. Beck nomme traumatisme la situation initiale étant à la base d'un concept négatif.

Le sujet enclin à la dépression a donc construit une série de concepts négatifs à l'égard de lui-même, du monde environnant et de son avenir. Il s'agit d'une constellation qui peut rester sous-jacente et latente ou qui peut devenir manifeste sous certaines conditions. Ainsi pour qu'une crise dépressive éclate, les concepts négatifs doivent être activés ; ils peuvent l'être par des situations ravivant le traumatisme initial, par des situations d'un autre ordre mais difficiles à surmonter (décès, accident, perte d'un travail) ou par une succession de plusieurs stress. (Ariane.1988)

10.3. L'approche phénoménologique :

L'approche phénoménologique de la dépression part des énoncés du malade, dégage un mode d'être au monde, sans préjuger des causes ou des mécanismes de la dépression. Elle vise à dépasser les symptômes en comprenant la manière dont ils s'articulent entre eux.

E. Minkowski décèle chez le mélancolique une peur de l'action qui a pour effet une suspension de celle-ci. H. Ey repère une désorganisation temporelle éthique de la conscience : le malade a l'impression de marcher négativement par rapport au temps ; il n'a plus la conscience de marcher vers l'avenir, il se sent fuir vers le passé ; de là le pessimisme, la culpabilité, l'angoisse, le figement de l'action.

Dans son système organon-dynamique, il pose comme principe qu'une altération des fonctions cérébrales entraîne un déficit des fonctions psychologiques et libère d'autres modalités de conduite, témoignant d'une régression à des formes plus élémentaires de comportement. Tellenbach accorde un rôle décisif à la personnalité du déprimé, et parvient à la conclusion que les traits de personnalité qui se trouvent chez les sujets reflètent un attachement à l'ordre, une grande sensibilité aux exigences morales.

Ces sujets vont rencontrer deux types d'épreuves : l'impossibilité de répondre aux exigences de l'action que leur commande la situation, la crainte de rester en deçà de ces exigences ; la crise entraîne une dépression par l'intervention d'un facteur endogène : l'endon : région de l'être qui règle les conduites de l'intérieur. Or dans cette région les rythmes biologiques jouent un rôle important. L'analyse phénoménologique articule l'organique avec la psychogénèse.

11. La prise en charge de la dépression :

11.1. La prise en charge médicamenteuse :

Les premiers « antidépresseurs » voient le jour dans les années 50. La découverte de cette nouvelle classe pharmacologique doit beaucoup au hasard. L'iproniazide, un inhibiteur de la monoamine-oxydase, est d'abord testé comme un traitement antituberculeux ; on s'aperçoit qu'il améliore l'humeur des patients auxquels il est prescrit. L'imipramine, un antidépresseur tricyclique est d'abord testé dans la schizophrénie. Le constat d'un effet antidépresseur, associé au constat de l'effet dépresseur de la réserpine, un alcaloïde diminuant la libération de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine, a donné lieu aux premières hypothèses sur les mécanismes biologiques de la dépression. Il est donc essentiel de noter que la conception des antidépresseurs ne dérive pas vraiment d'une théorie préalable de la dépression, mais qu'au contraire l'une des principales théories de la dépression dérive du constat des effets de molécules pharmacologiques. Quantité de travaux seront d'ailleurs consacrés à tenter de comprendre comment agissent vraiment ces molécules, et à les modifier à la marge pour tenter d'en améliorer les effets.

Si un traitement est nécessaire en cours de grossesse, les antidépresseurs suivants peuvent être utilisés, quel que soit le terme de la grossesse.

➤ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les ISRS sont les plus connus et les plus prescrits des antidépresseurs. Six principales molécules appartiennent à cette classe : fluoxétine, sertraline, paroxétine, fluvoxamine, citalopram, escitalopram. Lorsqu'un ISRS est absorbé, il vient bloquer la

recapture de la sérotonine par le neurone présynaptique en inhibant la pompe qui lui permet cette recapture.

Ceci augmente la quantité disponible de 5HT dans la fente synaptique, mais d'abord à l'endroit où elle est produite, en particulier dans les noyaux du raphé, avant de l'augmenter à l'autre bout du neurone, à la terminaison axonale. Cette augmentation de la sérotonine circulant dans l'environnement du neurone vient stimuler les autorécepteurs 5HT_{1A}, qui amènent le neurone à réguler à la baisse sa libération de sérotonine. À plus long terme (plusieurs semaines), l'excès chronique de sérotonine amène les récepteurs à se désensibiliser et à réguler leur nombre à la baisse, ce qui diminue d'autant leurs capacités inhibitrices. Le neurone sérotoninergique est donc désinhibé et la libération de sérotonine augmente à l'extrémité axonale, ce qui correspond à une augmentation de l'activité du neurone.

Cette latence dans la mise en place des mécanismes de régulation contribue à expliquer la longueur des délais d'action thérapeutique des antidépresseurs (typiquement trois à quatre semaines), contrairement à leurs effets indésirables qui sont immédiats.

Les ISRS, qui agissent sur ce neuromédiateur, seraient plus particulièrement indiqués pour les patients qui présentent plutôt ces affects négatifs (culpabilité, dégoût, peur, anxiété, hostilité, irritabilité, sentiment d'isolement...) que pour les patients qui présentent une « réduction des affects positifs » (joie, intérêt, plaisir, énergie, enthousiasme, vigilance, confiance...). (Briffault.2010)

➤ **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA)**

Dans la mesure où la seule action sur la sérotonine s'est avérée insuffisante, l'idée a émergé de tenter d'agir simultanément sur plusieurs neuromédiateurs. C'est ce que font par exemple les ISRSNA, tels que la venlafaxine, la desvenlafaxine, la duloxétine, le milnaciprane en bloquant la recapture de la noradrénaline en plus de celle de la sérotonine. Dans la mesure où le transporteur de la noradrénaline a également une affinité pour la dopamine, ils ont également un effet dopaminergique dans le cortex préfrontal.

La « déficience » de noradrénaline et de dopamine est plutôt liée à la partie « diminution des affects positifs » des symptômes dépressifs. Pour autant, les ISRSNA ne réussissent pas toujours mieux que les ISRS à rehausser les affects positifs, pour lesquels l'utilisation de dopaminergiques plus spécifiques est préconisée. Leur double mécanisme d'action génère par contre les effets indésirables liés à l'augmentation des deux neuromédiateurs : la stimulation des récepteurs bêta 1 et bêta 2 du cervelet et du système sympathique périphérique peut générer de l'agitation motrice et des

tremblements musculaires ; celle de l'amygdale et du système limbique de l'agitation ; celle des centres cardiovasculaires du tronc cérébral influer sur la tension artérielle ; celle des récepteurs bêta 1 du cœur peut modifier la fréquence cardiaque. La sur activation du système sympathique va engendrer une dystonie temporaire du système neurovégétatif en raison de la sous-activation relative du tonus parasympathique, ce qui peut donner des symptômes « pseudo-anticholinergiques », c'est-à-dire la bouche sèche, de la constipation, une rétention urinaire... (Briffault. 2010)

➤ **Les « tricycliques »**

D'autres ancêtres, les antidépresseurs tricycliques poursuivent également leur carrière thérapeutique. Les tricycliques ont des propriétés d'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, certains ayant plus d'appétence pour la sérotonine tel que clomipramine, d'autres pour la noradrénaline tel que desipramine, maprotiline, nortriptyline, protriptyline. (Briffault.2010)

Pour les antidépresseurs qui n'apparaissent pas dans la liste précédente, les données sont beaucoup moins nombreuses et la décision de les utiliser en cours de grossesse sera prise au cas par cas.

11.2. La prise en charge psychothérapeutique :

➤ **Les thérapies comportementales et cognitives**

Les thérapies comportementales et cognitives de la dépression sont considérées comme un moyen efficace de traitement de la dépression, aux côtés des traitements antidépresseurs. Dès que la dépression est d'intensité modérée ou plus intense, la thérapie cognitive s'envisage en traitement combiné avec les antidépresseurs.

Caractéristiques des thérapies comportementales et cognitives de la dépression

- Ce sont des thérapies brèves et structurées.
- Elles réduisent les comportements d'inhibition de la dépression.
- Elles apprennent de nouvelles habiletés comportementales et cognitives.
- Elles utilisent des stratégies apprises dans des contextes variés (après la thérapie).
- Elles sont entreprises en phase d'état de la dépression en association avec une autre thérapie, médicamenteuse ou psychologique.
- Elles sont pratiquées chez un grand nombre de patients déprimés, y compris les adolescents et les sujets âgés.

La thérapie cognitive est une thérapie verbale, brève dans son déroulement (une vingtaine de séances) et centrée sur des objectifs personnels du patient. Elle est une des seules aides psychologiques qui s'utilisent en phase aiguë de la dépression.

Le patient apprend une démarche psychologique qui l'amène à mettre à distance ses pensées négatives dépressives, à obtenir un soulagement émotionnel et à récupérer une liberté d'action.

Une deuxième partie de la thérapie se consacre à l'identification des vulnérabilités cognitives du sujet qui au côté des vulnérabilités biologiques, génétiques ou environnementales participent au processus de récurrence dépressive.

En pratique la thérapie apprend au patient déprimé à analyser chacune de ses situations de vie difficile, afin de ne pas tomber dans le piège de son négativisme excessif et de ne pas prendre de décision hâtive alors qu'il est en proie au pessimisme, mais seulement après un décryptage rationnel de quelques secondes de la situation. (podesky, greenberger.2021)

➤ **La thérapie socio-comportementale de la dépression :**

L'approche socio-comportementale de la dépression porte l'accent plutôt sur l'interaction du sujet avec son milieu social. Si la TCC insiste avant tout sur le dysfonctionnement des processus cognitifs internes, elle s'appuie également sur des techniques socio-comportementales impliquant une intervention directe sur l'interaction du patient déprimé avec son environnement.

Lewisohn avance l'hypothèse qu'un trop grand nombre d'événements négatifs et une quantité faible d'expériences plaisantes dans l'environnement du patient font que celui-ci se déprime. Il s'agit alors de lui proposer un programme d'apprentissage social, au caractère didactique, qui cherche à modifier le comportement social de l'individu en diminuant le taux d'événements aversifs et en augmentant le taux d'événements positifs. Ce type de travail se déroule en groupe, à raison de douze séances de 2 heures. Les patients disposent d'un manuel qui explique étape par étape la thérapie et les aide à comprendre leurs difficultés et à appliquer les principes de cette approche.

La thérapie socio-comportementale a donné naissance à d'autres méthodes voisines se fondant sur le modèle de la compétence sociale et du développement de la communication. La restructuration cognitive occupe une place très limitée. La méthode socio-comportementale propre aux patients des techniques fondées sur le renforcement positif et l'autoévaluation de la dynamique de leur comportement social, que ceux-ci assimilent grâce aux jeux de rôle, à la mise en situation réelle et au programme d'activité à accomplir. (Peretti.2013)

➤ La psychothérapie cognitive

La théorie cognitive de la dépression du psychiatre et psychologue américain Aaron T. Beck propose que les personnes susceptibles de souffrir de dépression développent des croyances fondamentales inexactes ou peu aidantes sur elles-mêmes, les autres et le monde à la suite de leur parcours d'apprentissage. Ces croyances peuvent être en dormance (inactivées) pendant de longues périodes et sont activées par des événements de la vie qui ont une signification spécifique pour la personne. Les croyances fondamentales qui rendent une personne vulnérable à la dépression sont généralement catégorisées en croyances d'être peu aimable, sans valeur, impuissant et incompetent. La théorie cognitive se concentre également sur les déficits de traitement de l'information, l'attention sélective et les biais de mémoire vers le négatif.

La thérapie cognitive classique consiste à enseigner des compétences cognitives et comportementales afin qu'ils puissent développer des croyances plus exactes et utiles et éventuellement devenir leurs propres thérapeutes.

La thérapie cognitive pour la dépression est généralement dispensée sur 8 à 16 séances. Il existe une interaction significative entre la sévérité des symptômes initiaux et la durée de la thérapie. Les clients souffrant de dépression légère ou modérée s'en sortent bien avec 8 ou 16 séances. Alors que ceux souffrant de dépression sévère présentent un taux de réponse significativement plus élevé avec 16 séances qu'avec 8 séances. Il est recommandé de prévoir des séances de rappel après la fin du traitement pour une meilleure prévention des rechutes 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement. (Briffault.2010)

Synthèse :

La dépression prénatale est un trouble de l'humeur qui survient durant la grossesse (dépressions prénatale). Elles semblent ne pas pouvoir s'épanouir de la venue de l'enfant et parfois cela vient des circonstances de vie difficiles (problèmes familiaux, de couple, migration, condition matérielles...).

Problématique et hypothèses

La santé mentale ne se résume pas à la simple absence de troubles psychiques, selon l'OMS elle correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.

La notion de santé mentale désigne l'état global d'équilibre psychique d'une personne dont le fonctionnement biologique, psychologique et sociale constituent un tout et sont interdépendants dans les effets de bien-être ou de la détresse psychologique qu'ils provoquent.

En outre, la santé mentale est fluide, ce qui signifie qu'elle se modifie tout au long de la vie et au gré des circonstances changeantes. Divers facteurs l'influencent, dont nos expériences de vie ainsi que les conditions sociale et économiques qui façonnent notre vie. (Brocan et al. 2015)

Cependant, Si les facteurs psychologiques et sociaux ont toujours été considérés comme ayant un rôle dans la santé mentale et la pathologie mentale, leur prise en compte dans des études et des recherches systématiques est plus récente. (Brocan. Et al. 2015)

D'autant plus, les facteurs psychologiques et sociaux ont toujours été considérés comme ayant un rôle dans la santé et la maladie ; ils influencent la santé de chacun et peuvent constituer des facteurs de risque dans certains cas.

Ainsi, Nombreux facteurs psychologiques et sociaux rentre en jeu dans le maintien de la santé mentale ou l'apparition d'une détresse psychologique, parmi eux en trouve, le deuil, les conflits, les séparation, les violences sexuelles et conjugales, la précarité financière, les maladies, les événements dits stressants, ainsi que la manière dont les individus les ressentent qui sont aujourd'hui considérés comme ayant des effets négatifs sur la santé mentale, voir elle peut allez jusqu'à développer une pathologie mentale. (Brocan et al. 2015)

Par ailleurs, Il faut mentionner l'importance du réseau social qui constituent un support de protection contre une réponse dépressive. Famille, amis, loisirs, sont autant d'éléments qui offrent au sujet un soutien face au risque dépressif. Cependant, un environnement social toxique est un facteur de vulnérabilité qui peut favoriser ou déclenché une pathologie mentale.

Le concept de la pathologie mentale est défini comme étant « une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer souffrance... (GillesDes lauriers)

Les troubles mentaux sont pour l'heure difficilement caractérisables comme une entité clinique parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie, ce qui dénote un grand intérêt de la communauté scientifique en santé mentale de pouvoir identifier les facteurs de risques ou de vulnérabilité associés à l'émergence de ces troubles. Ainsi, des variables telles que : le faible niveau socio-économique, la consommation des drogues et l'exposition à des facteurs de stress sont étudiés.

Plusieurs études évoquent une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pour le déclenchement des troubles mentaux. Certains travaux rapportent que la susceptibilité génétique associée à un environnement social et économique particulier sont favorables à l'éclosion des troubles mentaux chez un patient.

De ce fait, l'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une priorité en termes de santé publique dans le monde entier. Commenant par l'Algérie, selon le journal « le soir d'Algérie » le sous-directeur du ministre de la santé, a déclaré que le nombre de consultations enregistrés en 2017, pour motif de trouble mentaux a dépassé les 900.000 consultations. (Akkouche. 2018).

Les taux d'épisodes de dépression majeure, tels qu'ils sont définis dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (le DSM-V), varient entre 10 et 17 %. De plus, les résultats d'une méta-analyse semblent indiquer que jusqu'à 19,2 % des femmes pourraient souffrir de dépression majeure ou mineure après l'accouchement et que 7,1 % des nouvelles mères présentent les symptômes clairement définis de la dépression majeure. (DSM-V).

Selon l'OMS, une personne sur huit dans le monde, présente un trouble mental. Les femmes sont plus exposées que les hommes au risque de développer certaines pathologies mentales, elles sont les principales victimes des pathologies les plus fréquentes comme les troubles anxieux et dépressifs. (Doukidedieu. 2011)

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. Elle est une pathologie fréquente chez la femme, notamment pendant la grossesse, en cause de la vulnérabilité psychologique qu'elles vivent durant cette période mais pas que, d'autres aspects peuvent entrer en jeu tel les aspects psychologiques et les aspects sociaux. (Briffault. 2010)

Les femmes vivraient une fréquence plus élevée d'événements critiques dans leur vie. De plus, elles traitent et interprètent le stress et les émotions différemment des hommes : elles présentent plus de ruminations, d'émotions intenses, de symptômes psychosomatiques, de besoin d'un support social. De plus, le faible revenu, la

pauvreté ont un rôle marqué sur la détresse psychique et la maladie mentale chez les femmes. (Brocan et al. 2015)

La perte de l'identité du rôle sexuel (problème d'infertilité, ménopause), mais aussi les expériences de grossesse, d'avortement, d'accouchement et de parentalité ont plus d'impacts sur la santé mentale des femmes que des hommes. Plus que les variations hormonales, il semblerait que la santé mentale des femmes soit surtout associée positivement avec l'état général de santé, et les variables psychosociales. (Brocan et al. 2015)

Cependant, notre travail de recherche est centré sur les facteurs psychosociaux à l'origine de la dépression qui touchent les femmes durant leur période de grossesse, appeler la dépression prénatale.

La grossesse est un moment qui prend une importance particulière dans la vie de chaque couple, avoir un enfant n'est plus une fatalité. On décide, on prévoit, on anticipe ce moment.

La grossesse est une période sensible dans la vie d'une femme, ou nombreux bouleversements hormonaux peuvent avoir une influence importante sur ses émotions, ses sauts d'humeur et des craintes importantes. En général, le temps de la grossesse prépare la femme à des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie, allant de l'image de soi de son corps à sa relation de couple à sa vie sociale ainsi que professionnelle et familiale. (Wendland. 2007. P10)

D'une part, la grossesse est une étape particulière sur le plan psychologique avec de profonds remaniements, qui peut entraîner une apparition ou une exacerbation psychologique ou psychiatrique qui provient des préoccupations directement liées à la grossesse tel que la peur de l'accouchement, peur de la mort du fœtus ou de faire une fausse couche, ou de ne pas trouver son corps d'avant ou bien une grossesse non désirée. D'autre part on trouve les préoccupations liées au côté sociale de la femme tels que les problèmes familiaux, conflits conjugaux, absences de soutien familiale, l'accumulation au travail pour celles qui travaillent...Etc. (Brochier. 2018)

Un apport environnemental favorable peut favoriser le bon déroulement de la grossesse, contrairement à un environnement et un entourage toxique qui peuvent en être parmi les facteurs déclenchants d'une ou plusieurs maladies mentales. De plus, elle sera plus au moins bien vécue selon les ressources physiques et psychologiques de la femme, ainsi que les caractéristiques du contexte familiale et social dans le quel intervient la grossesse. (Bocquet. 2014)

Une femme enceinte risque davantage de faire une dépression durant sa grossesse, si elle a déjà souffert de dépression dans le passé, si elle vit beaucoup d'anxiété ou de

stress au cours de sa grossesse, si elle se sent peu entourée ou si elle rapporte des difficultés dans sa relation conjugale, si la grossesse est non désirée, ou le décès d'un de ses enfants, les événements de vie stressants et la précarité socio-économique.

Les problèmes rencontrés en période postnatale débutent souvent durant la grossesse (Austin,2004), d'ailleurs la dépression prénatale affiche une inquiétante prévalence d'environ 20% ce qui justifie largement que l'on s'interroge davantage sur ses facteurs de vulnérabilité et de protection. (Noose. 2012)

La dépression prénatale est l'un des facteurs prédictifs les plus fiables de la dépression postnatale. Par conséquent il est primordial de pouvoir différencier les premiers signes d'une pathologie psychiatrique, comme la dépression, des réactions physiologiques adaptées à la grossesse. (Bocquet. 2014)

La plupart des recherches mettent en avant une prévalence de 10 à 20%, ce taux se trouvant être plus élevé que celui de la dépression postnatale. Les études rétrospectives notent que chez 10 à 20% des femmes qui souffrent de dépression du post partum, 40% souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse. (Carraz.2014)

En 2016, une étude a été menée en Algérie par Mokhtari et Al montre que la prévalence des réactions dépressives chez les femmes algériennes après l'accouchement était de 31,3%. Cette étude a été réalisée auprès de 300 femmes ayant accouché pour la première fois dans trois hôpitaux de la ville de Constantine. De plus, une autre étude menée par Dahou et alen 2018 auprès de 208 femmes ayant accouché pour la première fois dans un hôpital de la ville de Bejaia, montre une prévalence élevée des réactions dépressives chez les femmes algériennes après l'accouchement, avec un taux de 36,5%.

Au Maroc, une étude a été également réaliser par Mourabbih et al durant le mois d'avril de 2016 au niveau de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Toutes les femmes admises au service durant cette période ont été invitées à participer à l'étude. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence de la dépression et l'anxiété en fin de grossesse chez une population de parturientes marocaines.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme administré par le médecin, utilisée pour définir la présence de la dépression et de l'anxiété.

La prévalence a été estimée par un pourcentage et son intervalle de confiance à 95 %. Les scores ont été décrits par leur moyenne et écart-type. La comparaison des scores d'anxiété et de dépression selon les caractéristiques des parturientes et leurs antécédents a été faite par l'ANOVA.

Un total de 150 femmes a participé à l'étude, la moyenne d'âge était de 29 ans avec un écart-type de 5-7 ans. La prévalence de la dépression prénatale était de 20% et celle de l'anxiété était de 44%. Les femmes célibataires, celles ayant un antécédent

psychiatrique et celles non désireuses de leurs grossesses avaient des prévalences de dépression prénatale plus élevées.

De plus, une autre étude a été réalisé auprès de 126 femmes enceintes recrutées dans deux maternités situées dans le nord de la France ; la première est Maternité Jeanne-de-Flandre, centre hospitalier régional universitaire de Lille où ils ont recruté 26 femmes et la deuxième est la maternité du centre hospitalier d'Armentières où ils ont recruté 97 femmes. Cette étude vise à évaluer l'existence de symptômes dépressifs et de troubles psychosociaux associés. (Gaugue-finot.J.2010)

La dépression, l'anxiété, la détresse psychologique et le soutien social ont été évalués chez les 126 femmes enceintes par le biais de plusieurs outils d'autoévaluation :

-Un questionnaire sociodémographique : conçu pour connaître l'Age, l'origine culturelle, la situation maritale, le niveau d'étude et d'emploi occupé par la femme, le terme de la grossesse, le nombre de grossesses précédentes, ainsi que le niveau d'étude et l'emploi du futur père.

-L'Edinburgh postnatal depression scale : cet outil est utilisé afin de repérer les symptômes dépressifs en période prénatale.

-Le général health questionnaire : un questionnaire qui permet une autoévaluation rapide de la détresse psychologique.

-La STAI-Y : le State Trait Anxiety Inventory est un outil utilisé pour mesurer l'anxiété maternelle.

-Le SSQ6 : le Social Support Questionnaire, est un questionnaire afin d'évaluer deux critères du soutien social ; la disponibilité et la satisfaction.

Le résultat de cette étude montre que le taux de dépression prénatale observé dans cet échantillon correspond à une prévalence élevée (19,8 %). Les femmes jeunes, célibataires et avec le niveau d'étude le plus faible semblent être les plus vulnérables à la dépression prénatale. L'anxiété, la détresse psychologique et le faible support social perçu sont liés à des symptômes dépressifs plus marqués. (Gaugue-finot.J.2010)

De ce fait, nous avons choisi de nous intéresser aux principaux facteurs psychosociaux susceptibles de déclencher une dépression chez les femmes enceintes car durant notre stage effectué en 3^{ème} année licence à l'établissement public hospitalier de Sidi aich, nous avons remarqué plusieurs cas similaires à notre travail de recherche en particulier une femme qui était effondrée à cause de ses beaux-parents qui lui ont demandé de quitter le foyer commun en raison de la grossesse qu'ils ont jugée de trop. C'est à partir de cela qu'est née cette volonté et motivation de savoir l'impact des facteurs psychosociaux associés à la genèse de la dépression prénatale.

Afin de comprendre l'influence des facteurs psychosociaux sur le développement des manifestations dépressives en période de périnatalité, ainsi que pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien avec ses femmes pour récolter des données, qui est rédigé d'une manière semi-directif, qui nous a permis le recueil d'une masse d'informations concernant notre thématique de recherche, et nous avons choisi de faire passer l'inventaire de Beck pour évaluer l'aspect psychologique de ses femmes et le questionnaire ALPHA pour évaluer l'influence des facteurs psychosociaux en période de pré natalité.

Dans la présente étude, nous allons aborder l'influence des facteurs psychosociaux dans la genèse des manifestations dépressives au cours de la grossesse, ce qui nous a conduit de poser la question suivante :

Question :

- Quels sont les principaux facteurs psychosociaux qui pourraient contribuer a la genèse de la dépression prénatal ?
- Existe-t-il des facteurs prédominant plus que les autres dans notre groupe de recherche ?

Hypothèse :

- Les principaux facteurs psychosociaux qui contribueraient à la genèse de la dépression prénatale sont : une grossesse non désirée, la préférence pour le sexe masculin, la perte d'une personne chère, les évènements de vie stressant, absence du soutien familiale, relation conjugale toxique, la précarité socio-économique, l'accumulation au travail.
- Oui, les facteurs prédominant dans notre groupe de recherche sont les conflits conjugaux, familiaux et la préférence pour le sexe masculin.

L'opérationnalisation des concepts :

La grossesse : Ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

La grossesse constitue une période sensible dans la vie d'une femme, une traversée marquée par un intense vécu corporel et psychique. Moment de fragilité et maturation, la grossesse implique toujours d'importants réaménagements psychiques bien connus des psychothérapeutes de la périnatalité. Le temps de la grossesse prépare la femme a des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie. Allant de l'image de soi et de son corps à sa relation de couple et à sa vie sociale, professionnelle et familiale.

La période prénatale : la vie prénatale se déroule au cours de deux périodes bien distinctes : la période embryonnaire : de la conception à 80 jours, on parle alors de l'embryon, et la période fœtale : de 80 jours jusqu'à sa naissance (à environ 280 jours, entre 40 et 41 semaines), on parle alors de fœtus.

La dépression prénatale : Il s'agit d'une dépression qui apparaît durant la grossesse ou la première année postpartum. Elle est parfois déclenchée par une raison particulière, mais le plus souvent ce n'est pas le cas. La personne se sent souvent coupable de ne pas se sentir heureuse alors que l'entourage et la société tendent à idéaliser cette étape de vie.

Le facteur psychologique : sont une composante qui influe sur le comportement de l'individu.

Le facteur social : la manière dont les gens interagissent les uns avec les autres dans la société.

La partie pratique

Chapitre III :
Méthodologie de la recherche

Préambule

Après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste en la méthodologie de recherche. La recherche scientifique est perçue comme un ensemble d'activité et d'expériences qui se déroulent dans un cadre scientifique. Cette recherche suit une démarche particulière et une méthode précise, en utilisant des outils et des instruments divers tout au long du processus de recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de la recherche, d'orienter et d'organiser le travail et le rendre objectif, ainsi que de vérifier les hypothèses de la problématique de recherche.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthodologie adoptée. Dans un premier temps, nous allons évoquer la méthode utilisée. Ensuite présenter le lieu et la population d'étude ainsi nous allons parler sur les outils de recherche que nous avons employés pour cerner la dimension psychosociale des manifestations dépressives en période prénatale. Enfin nous allons évoquer le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête et nous concluons avec une synthèse du chapitre.

1. La méthode de recherche :

La méthode est l'ensemble des processus, des démarches précises adoptées pour arriver à un résultat. La méthode est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminant les résultats, qui est donc un ensemble des étapes à suivre de façon systématique. (M. Angers, (1997))

La méthodologie de la recherche : « est un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guident la démarche scientifique ». (M. Angers, (1994))

Dans le but de vérifier notre hypothèse de recherche, nous nous sommes basées sur la méthode clinique, car elle semble être la plus adéquate à notre sujet de recherche intitulé « les facteurs psychosociaux des manifestations dépressives durant la période de grossesse » et la raison est que cette méthode peut permettre une étude approfondie auprès des individus. Elle nous a permis de comprendre, d'appréhender la conduite de nos sujets qui font l'objet de cette recherche.

1.1. La méthode clinique :

La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie. Une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseils permettant une aide, une modification positive de l'individu, la spécificité de cette

méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. (Fernandez&Pedenielli, 2006)

- La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires :

- Le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens), le recueil des informations (en les isolent les moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) ;
- Le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive le cas de la déférence entre le premier et le second ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats, elle vise à comprendre un sujet, ce qui n'impliquent pas toutes les situations cliniques.

En somme, la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants, et elle doit se centrer sur le cas, elle s'appuie sur des techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la recherche. Dans notre travail de recherche, elle nous a permis de recueillir des informations approfondies et exhaustives de cas singuliers, aussi elle nous a offert la possibilité d'observer et d'être en contact avec la patiente tout en tenant compte de subjectivité, sa totalité et son sens. Elle est destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants ou elle doit se centrer sur le cas (l'individualité).

1.2. L'étude de cas :

L'étude de cas est une méthodologie de recherche très prise en sciences sociales, utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur les phénomènes déjà investigués. Elle permet ainsi une analyse détaillée et en profondeur sur un nombre limité de sujet. (Pierre-jean. B,2018)

L'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. Autrement dit il s'agit par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder.

(Manuella,2020, p37)

Par Ailleurs, grâce à cette étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenus actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, etc.). (Albarello, 2011)

De plus, les données concernant un sujet que l'étude de cas permet de recueillir doivent être riches, diversifiées, subjectives et étendues. Il en résulte la production d'une représentation or donnée, explicative, qui rend compte des éléments

déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Fernandez, Pedinielli, 2006).

Selon Pedinielli (2006), l'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape et l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à des principes fondamentaux.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que la méthode clinique et celle qui s'appuie sur la singularité de la personne et prend chaque cas comme un cas différent aux autres concernant ses pensées, sa personnalité, sa réaction face aux multiples situations et son histoire dont la manière où le sujet les aborde et les montre est très importante pour pouvoir les comprendre connaître la diversité des facteurs psychosociaux et comprendre leurs impacts sur les femmes dans cette période de vulnérabilité.

2. le lieu de recherche :

Notre travail de recherche a été effectué au sein de l'établissement public hospitalier (EPH) Rachid Belhocine, située à Sidi Aïcha la wilaya de Bejaïa, au service de gynécologie et maternité. C'est un établissement public de santé instruit en 1986. Et pour une meilleure couverture sanitaire, l'EPH se compose des services et unités suivantes: Pédiatrie, Maternité (Gynéco-Obstétrique) Médecine Interne, Chirurgie Générale, Orthopédie, Ophtalmologie, laboratoire, Médecine interne, Néphrologie, hémodialyse, ORL, Pharmacie, UMC. Et vu la crise mondiale sanitaire, ils ont ajouté un service d'isolement pour prendre en charge les cas de COVID-19.

Les différentes missions de l'EPH de SIDI AICH sont :

- La prévention et soins de base.
- Le diagnostic.
- Les soins de proximité.
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base.
- Les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale.
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également de :

- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- De contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des sciences de santé.

- EPSP servie de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalier sur la base des subventions signes avec les établissements de formation.

Nous avons eu un stage pratique de 5 semaine du 12 mars 2023 jusqu'au 16 avril 2023, nous nous sommes rendues jusqu'à 4 fois par semaines à l'hôpital de 8:00h du matin jusqu'à 16:00h.

3. Le groupe de la recherche :

La population d'étude est définie comme étant un ensemble d'individus qui sont la cible intérêt de l'étude. Notre choix de la population d'étude se dirige vers les patientes du service de gynécologie et maternité à l'hôpital de **Rachid Belhocine Sidi Aich**.

3.1. Sélection de notre population d'étude :

Notre population d'étude est composée de huit femmes enceintes entre 5 mois à 7 mois. Que nous présentant dans le tableau suivant :

Cas	Age	Niveau Scolaire	Profession	Age de la grossesse
Alma	28	Terminal	Sans emploi	G03 07mois
Sarah	25	Universitaire	Sagefemme	G01 06 mois
Rania	24	Universitaire	Sans emploi	G01 05mois
Katia	30	Universitaire	Banquière	G02 05mois
Lyla	38	Universitaire	Enseignante	G03 07mois
Célia	26	Universitaire	Sans emploi	G02

				07mois
Noria	41	4 ^{ème} année moyenne	Sans emploi	G04 06mois
Nesrine	29	Universitaire	Enseignante	G2 07mois

➤ **Les critères d'homogénéités retenus :**

- L'âge de la grossesse : cinquième mois à septième mois.
- La langue des patients : le français, le kabyle.

➤ **Les critères d'hétérogénéités retenus :**

- La tranche d'âge.
- Niveau d'instruction.
- La profession.

4. Les outils de recherche :

Il existe plusieurs outils de recherche sur lesquelles on a effectué notre recherche, parmi ces outils on a choisi l'entretien clinique semi directif, l'inventaire abrégée de Beck de dépression et l'échelle ALPHA des facteurs psychosociaux.

Le but de notre recherche est de connaître les différents facteurs psycho sociaux et leurs poids sur l'apparition ou l'évolution de la dépression prénatale.

4.1. L'entretien clinique de recherche :

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leur représentation personnelle sur tel ou tel problème. (Chahraoui. 1999)

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. (Fernandez & Pedinielli. 2006)

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme « clinique » qui renvoie à un champ de pratique spécifique qui intéressent le domaine de soin en

générale, spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes. Il peut avoir des objectifs différents : une visée diagnostique, une visée de recherche et/ou une visée thérapeutique. (Chahraoui.k, (1999))

Selon les objectifs, la manière d'aborder l'entretien peut varier mais, quelles que soient ses modalités, un certain nombre de règles techniques restent stables, par exemple le style de conduite de l'entretien (non-directivité et semi directivité) et l'attitude du clinicien (attitude clinique : respect, neutralité et empathie). (Chahraoui. 1999)

Un entretien signifie un échange de parole, dans le sens de questions et de réponses entre une ou plusieurs personnes. Le mot « clinique » indique un terme médical qui revoit à une conversation entre un médecin ou un psychologue et son patient. (Chahraoui. 1999)

Un entretien clinique est un acte de communication entre le médecin ou un psychologue avec son patient dans le but d'avoir des réponses précises liées au questionnement. (Chahraoui, 1999)

Dans notre travail, l'entretien clinique nous a beaucoup aidé à échanger avec plusieurs patientes, il a été un outil très important qui nous a permis d'accéder aux informations subjectives (le vécu du patient, sa grossesse, sa qualité de vie, ses relations ...).

4.2. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelque question qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique. De même, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet.

Ce type d'entretien n'est pas seulement dirigé par nos questionnements, mais aussi par les verbalisations produites par le sujet. L'espace est moins strict et plus ouvert aux divagations, qui permettent aux sujets de sortir un peu du cadre des questions posées pour aborder des éléments qui lui semblent importants. D'ailleurs c'est grâce à cela que nous avons amélioré notre guide d'entretien.

De nos impressions personnelles, les patients se sentent moins gênés et stressés et beaucoup plus à l'aise de leur donner cette liberté d'expression, bien sûr dirigé avec un guide d'entretien.

4.3. Un guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé d'un guide d'entretien plus au moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Ce guide d'entretien nous a aidés à organiser notre travail d'avoir un accès facilement sur les informations du patient. C'est un ensemble de question préparés à l'avance bien structuré.

4.4. L'inventaire abrégé de Beck-13 :

L'inventaire de dépression de Beck est le questionnaire de dépression le plus utilisé parmi la population adulte, Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui comporte 21 items de symptômes et d'attitudes qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme.

Il existe une version abrégée de l'inventaire de dépression de Beck destinée aux généralistes et aux chercheurs en leurs permettant d'effectuer une évaluation rapide de la dépression.

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

L'inventaire de dépression de Beck se cote très facilement et aucun énoncé n'est inversé. Les points doivent être de la manière suivante :

A= 0 point.

B= 1 point.

C= 2 points.

D = 3 points.

Il suffit enfin d'additionner les scores obtenus pour chacun des 13 items. Le résultat total peut donc varier de 0 à 39.

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- 0-4 : Pas de dépression.
- 4-7 : Dépression légère.
- 8-15 : Dépression modérée.
- 16 et plus : Dépression sévère.

4.5. Le questionnaire ALPHA :

Le questionnaire ALPHA est un outil de dépistage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes qui examine la présence de facteurs de risque psychosociaux anténataux chez ces femmes.

L'ALPHA est composé de 45 items regroupés en 4 catégories de facteurs de risque psychosociaux. La majorité des questions (42) se présente sous forme fermée. Vingt-sept d'entre elles donnent lieu à des réponses sur une échelle de type Likert en 5 points (une cote de 1 correspondant à l'échelon le plus faible d'un facteur de risque et une cote de 5 au plus élevé) et 15 à des réponses de type oui / non. Les trois autres sont des questions ouvertes sollicitant des réponses qualitatives. La version originale de ce questionnaire est en anglais et il a été traduit en langue française. Il existe deux versions de l'instrument soit la version originale, administrée par un professionnel de la santé lors d'une entrevue avec la patiente, et la forme auto administrée développée par la suite et privilégiée ici pour sa facilité d'utilisation. Des études comparatives démontrent que les deux versions sont jugées équivalentes

Les résultats sont donc présentés sous forme de présence ou d'absence de facteurs de risque chez les femmes de l'échantillon. Dans certains cas, une analyse descriptive permet de rapporter, lorsqu'elle est pertinente, la fréquence des variables mesurées à partir de réponses à des items gradués (un score de 1 correspondant à l'absence du facteur mesuré, 2 à une présence légère / rare, 3 = modérée, 4 = élevée / fréquente et 5 = très élevée / très fréquente).

Il est recommandé de faire passer ce questionnaire a des femmes entre 20 à 30 semaines de grossesse (5mois à 7 mois). (Robert.2006)

5. Le déroulement de recherche :

5.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape et une phase primordiale est très essentielle dans la recherche en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (Grawitz,2001)

Nous avons réalisé notre pré-enquête au sein de l'établissement hospitalier Rachid Belhocine de sidi aich, durant la fin du mois de février. Nous nous y sommes présentés

au bureau de la psychologue qui été très chaleureuse, nous avons d'abord discuter sur notre thématique de recherche et exposé notre demande et souhait d'effectuer une pré-enquête de deux semaines et une enquête de 45 jours, la psychologue à accepter avec bienveillance.

Le premier jour de notre pré-enquête, nous nous sommes présentées à l'hôpital de sidi aich dans le service de gynécologie et maternité, la psychologue nous a présenté dans un premier temps à la chef de service et tout le personnel, puis le lieu qui est un service devisé en deux partie une pour la gynécologie et l'autre pour la maternité, après cela elle nous a accompagné vers les chambres des malades ou on a pu appliquer notre guide d'entretien ainsi que l'inventaire de Beck et le questionnaire ALPHA sur notre population d'étude, auprès des femmes enceintes hospitalisés pour diverses raisons, nous avons retenue deux cas semblables à notre thématique ; le cas de Mme Samia et Mme Fatima.

Durant cette pré-enquête, nous avons pu améliorer et enrichir notre guide d'entretien, en ajoutant de nouveaux axes et pleins de questions au axes déjà existant. Elle nous a permis ainsi d'organiser notre stratégie de recherche afin de recueillir le maximum d'information sur notre thème de recherche.

5.2. L'enquête :

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé. Elle consiste à poser un nombre de questions à un vaste échantillon de personnes sur leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews. (Chahraoui, Bénony, 2003)

Notre enquête s'est déroulée du 12 mars 2023 jusqu'au 16 avril 2023 au sein de l'établissement public hospitalier Rachid Belhocine de Sidi Aich dans le service de gynécologie et maternité. Nous nous y rendions deux fois par semaine de 8h00 à 16h00, afin de récolter un maximum d'informations sur nos sujets.

Depuis le début de notre enquête jusqu'à la fin de celle-ci, tous les sujets se sont montrés honnêtes et coopératives jusqu'au bout, nous avons respecté la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche. Nous avons expliqué notre travail avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer. Elles nous ont affirmé leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées. Nous avons tout de même veillé à respecter la volonté de ces patientes en nous assurant de leurs consentements éclairés. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes : qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique.

Nous avons constitué un groupe de recherche de huit (08) cas de femmes enceintes entre cinq (05) à sept (07) mois de grossesses. Afin de recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par passer l'entretien semi-directif aux patientes avec pour consigne : « Nous allons vous poser quelques questions concernant plusieurs aspects de votre vie et votre entourage ainsi concernât votre grossesse. »

La durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre avec une moyenne de quinze minutes environ. La langue employée dans notre guide d'entretien est différente car là plus part d'entre elles comprennent moyennement voire peu la langue française. Donc nous avons dû traduire les questions à la langue Kabyle à l'aide d'une amie qui est une master ante en langue Amazighe ainsi leurs réponses ont été un mélange entre le Français et la langue Kabyle.

Les deux autres outils que nous avons utilisés lors de notre travail de recherche sont : l'inventaire d'abrégée de Bech-13 qui nous a permis d'évaluer les manifestations dépressives de ses femmes en période prénatale et le questionnaire ALPHA pour connaître et évaluer les facteurs psychosociaux qui ont contribué au déclenchement de ses manifestations. La passation de ces deux outils été effectuée pour la majorité des cas en langue Française et pour certaines en langue Kabyle, la traduction Kabyle de l'inventaire de Beck nous l'avons pris dans des travaux de recherches précédents. Cependant le questionnaire ALPHA nous avons dû le traduire en Kabyle à l'aide d'une amie masterante en langue Amazighe.

Synthèse :

La méthodologie constitue la base de toute recherche dans tous les domaines, elle permet une bonne application des techniques d'investigations choisis. Et afin de mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie qui nous a servis à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement de notre travail.

La recherche en question étant tout à fait faisable grâce aux outils présentés là-haut. C'est en effet, à travers ces trois outils de recherche retenus, à savoir : l'entretien de recherche, l'inventaire de Beck et le questionnaire ALPHA sur lesquels nous avons appuyé dans le recueil de d'informations nécessaires concernant la dimension psychosociale des manifestations dépressives en prénatale et arriver à des résultats que nous pourrons par la suite analyser et interpréter dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche. Et c'est dans le chapitre suivant, le chapitre IV de ce mémoire que nous présenterons les résultats issus de cette démarche, leurs analyses et discussions.

Chapitre IV :
Présentation, Analyse et
discussions des hypothèses

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons aborder l'analyse des données de notre stage. On va faire une présentation de huit cas. Femme enceinte présentant des manifestations dépressives, pour lesquelles on a fait passer le guide d'entretien, questionnaire abrégé de Beck pour la dépression et le questionnaire ALPHA pour les facteurs psychosociaux.

1. Le cas N°1 :**1.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mme Alma :**

Il s'agit de Mme Alma âgée de 28ans, avec un niveau bac, sans aucun emploi, son mari travail à Naftal. Il s'agit de sa troisième grossesse, Mme Alma était-elle soufferte de fortes céphalées, nausées, vomissements et vertiges ce qui a dû son hospitalisation.

Durant l'entretien Mme Alma était anxieuse et coopérative à la fois, elle a accepté de faire l'entretien avec nous, son discours était claire, elle maîtrise moyennement la langue française, ce qui fait que nous avons eu recours à la version traduite en kabyle de notre guide d'entretien.

Mme Alma est une maman d'un garçon de 3 ans et demi et d'une fille de 2 ans, elle est enceinte à 20 semaine de grossesse (5 mois), le sexe du bébé est masculin, elle confirme qu'elle fait des suivis à temps chez son gynécologue, elle ne souffre d'aucune maladie organique avant et pendant la grossesse. Cependant, Mme Alma déclare qu'elle a eu un accident de voiture 3 mois avant sa 3^{ème} grossesse, elle est restée dans le coma pendant 10 jours, en raison d'un traumatisme crânien, elle a eu une grave blessure au niveau du genou droit. Ainsi, son mari qui était le conducteur le jour de l'accident a eu des cicatrices flagrantes sur visage.

Elle se sent coupable de ce qu'ils leur sont arriver, car son conjoint venait de rentrer du travail fatigué et que c'est à cause d'elle s'ils ont eu l'accident, en le forçant à la ramener chez sa sœur « *Netta yegouma, yennayid 3yigh, d nekki i thiforssin...loukan kan oughas awal* » « *lui il a refusé, il m'a dit qu'il était fatigué, moi qu'il avait forcé.....j'aurais dû l'écouter* »

Mme Alma a eu un suivie chez un psychologue et au bout de 3 mois elle a arrêté de le consulter, elle a dit « *Nwigh lem3awnawekhamenagh thechadh mais loukan dassen id assa ilaq ur hvissagh ara* » « *je pensé que l'aide de ma famille me suffisait, mais j'ai eu tort je n'aurais pas dû arrêter les consultations* ».

Concernant sa grossesse, la première et la deuxième on était programmée. Néanmoins la troisième ne l'était pas, quand elle a découvert qu'elle était enceinte pour la 3^{ème} fois, elle nous a dit qu'elle était choquée et la peur la submergée de revivre

une seconde fois l'expérience de hospitalisation du a l'accident, « *deg mi 3elmagh sthadisth iligh nekki dimettawen qarghas kan ouvghigh ara.....menagh ad mthagh le moment ni* » « *depuis que j'ai su que j'étais enceinte, je n'arrêter pas de pleurée, je disais que je ne la voulu pas.....je voulais mourir à ce moment-là* ». De plus, durant ces 3 premiers mois Mme Alma était gravement stressée, elle nous a dit « *tt3assagh kan imaniw,ougadghagh adeqlagh ar le coma-ni daghen* » « *je me surveiller, j'avais peur de replonger dans le coma* »

Par contre, son conjoint lorsqu'il a reçu la nouvelle, il était très heureux d'être père pour une 3^{ème} fois. « *Argaz-iw ifrah mlih* » « *mon conjoint était très content* »

Mme Alma, déclare qu'elle n'avait aucune réaction lorsque le gynécologue lui avez annoncé le sexe de son bébé qui était masculin « *ouyithouqi3 ara lma3na mayla d aqchich nagh taqchicht, tagadagh kan ayidyini ilaq att hospitalisidh.....loukan maci d lehram thilaq saghlighettid* » « *je ne fous du sexe de bébé, j'ai juste peur d'avoir complications.....si l'avortement n'était pas un pécher je l'aurais fait* ». Compte à son conjoint il est était très heureux d'avoir un deuxième garçon « *argaz-iw ifrah imi daqchich... itthabi arrach* » « *mon conjoint était très heureux qu'il soit de sexe masculin.... Il aime les garçon* ».

Mme alma, confirme qu'elle a des inquiétudes et des peurs par rapport à sa grossesse, elle imagine qu'à n'importe quel moment elle pourrait avoir des complications liées à la grossesse qui n'nécessiterais une hospitalisation. « *Ougadghaghayidyini thes3idh un problème ilaq att hospitalisidh* » « *j'ai peur qu'on me dise que j'ai des complications et que je dois être hospitalisé* ».

Lorsqu'on lui a demander pourquoi elle aussi peur des hospitalisation, elle a répondu « *ayen ige3nan lehlak d svitar ismekthayiyid f l'accident asmi iqriv inemouth* » « *tout ce qui concerne les complication et les hospitalisation me font rappeler l'accident ou nous avons tous failli mourir ce jour-là* » elle rajoute « *depuis l'accident, ttwalighed a tout moment ad imeth hed g la famille iw, tagadagh asma adfegh hed nagh asma adeslagh i l'appel qarghas adinin imouth hed snagheth* » « *depuis l'accident, pour moi à tout moment quelqu'un de ma famille pourrait mourir, lorsque quelqu'un sort dehors j'angoisse, j'ai très peur des sonnerie des téléphone car je me dit qu'ils vont nous annoncer la mort de quelqu'un que je connais* »

A l'heure d'aujourd'hui, Mme Alma se sent triste et angoissée, elle avait peur de mourir et laisser seule ses enfants, mais elle ne s'inquiète pas pour le bébé porté « *ougadghagh ademthagh adedjagh arawiw wehdhesen, ouyithouqi3 ara gel 3amriw nagh gel bébé agi* ».

Le conjoint de Mme Alma travail à Naftale, elle confirme que son conjoint subvient à tous ses besoins financiers, et leurs situations financières leurs permet de faire des soins si nécessaires.

Elle dit qu'elle avait une bonne relation avec son conjoint, ils s'aiment, ils se protègent et ils ne se soutiennent « jamais *sligh yar awal g yimi n wergaziw.....la relation nagh thelha* » « mon conjoint ne m'a jamais manqué de respect.....notre relation est bien ». cependant, elle confirme que leur relation de couple a changé depuis l'accident, ils ont eu beaucoup de problème car elle est devenue très sensible, elle pleure tout le temps et elle a l'impression qu'il ne la comprend pas « *netnagh presque toujours, tehousough ouyidifahem ara, qarghas outtefgh ara s la voiture itt3ayidhed felli, asma ad yili g vara tlla3ighas tout le temps akenni ad seqssigh fel-as netta yett3ayidhed felli* » « on se dispute presque toujours, j'ai l'impression qu'il ne me comprend pas, il me crie dessus lorsque je lui dit de ne pas sortir en voiture et quand il est dehors je l'appelle tout le temps pour prendre de ses nouvelles il me crie dessus aussi ». Elle confirme que son conjoint partage peu ses idées et ses choix.

Mme Alma, déclare que l'éducation des enfants n'est pas difficile. De plus, elle confirme que sa relation avec ses enfants est très bien malgré leur jeune âge ils écoutent leurs maman « *tranquille, ouyitt3ettiven ara* » « il sont tranquilles, il ne me dérange pas », elle pense qu'elle a bien réussi leurs éducations.

La belle famille de Mme Alma est composée de ces beaux-parents et 2 frères avec leurs femmes et leurs enfants qui vivent à l'étranger, elle vit avec ses beaux-parents seulement, elle s'entend bien avec eux, il était très heureux lorsqu'ils ont su qu'elle était enceinte « *imgharniw farhen mlih* » mes beaux-parents était très content » et lorsqu'ils ont su que le sexe du bébé était masculin il était encore plus heureux. Elle a dit qu'elle a une bonne relation avec eux même si elle avait des problèmes avec son conjoint cela n'a pas impacter leurs relation « *amghariw toujours ittedou yidi même si gheltagh.....yetthabiyi am yellis* » « mon beau père est toujours de mon côté même si j'ai tors.... Il m'aime comme sa fille ». Ses beaux-parents partagent ses idées et ses choix. Elle déclare que les personnes qui lui donne un soutien pendant l'accident sont les mêmes durant la grossesse sa maman et sa petite sœur et son beau-parent.

2.2. Analyse questionnaire ALPHA :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Alma a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence de 1 sur l'échelle de 1 à 5 correspondants à très heureux
- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » Mme Alma a répondu par la fréquence de 1 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa famille se sent très heureuse.
- L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence de 3 sur l'échelle de 1 à 5 correspondant à une présence moyenne de la variable mesurée. *Elle est soutenue par sa mère et petite sœur et ses beaux-parents.*
- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence de 5 sur l'échelle de 1 à 5 signifiant que son conjoint ne va pas du tout l'aider concernant l'éducation de leurs bébés.
- Mme Alma affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par sa belle-mère.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Alma a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence de 5 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa vie été très stressante. « *Fendjala n l'accident* » « *à cause de l'accident* »
- Elle infirme l'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* ».

1.3. Relation avec le conjoint :

- Mme Alma a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec une fréquence de 4 sur l'échelle de 1 à 5 qui est une relation malheureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec une fréquence de 3 sur l'échelle de 1 à 5, elle s'attends qu'ils s'entendront normal.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « *pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et il s'agit de son 3^{ème} enfant.*
- L'item 11 « *je vais prendre des cours prénatals* » « *tamghart iw ara yidissknen* » par sa belle-mère.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item **12** « au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie » elle a confirmé qu'elle a été très malheureuse en répondant avec la fréquence **5** sur l'échelle de 1 à 5.
- L'item **13** « aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle est insatisfaite, elle a répondu par « *ttmaginighed ad s3ough les complications ara ayirenar le coma, ad mthagh adedjagh arawiw* » elle a peur d'avoir des complications qui la replongeant dans le coma et de mourir et laisser ses enfants derrière elle.

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents », Mme Alma a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle avait une très bonne relation avec eux.
- L'item **15** « comme enfant je me sentais aimée par ma mère » elle a répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 signifiant que sa mère l'aime beaucoup.
- L'item **16** « comme enfant je me sentais aimée par mon père » elle a répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle était beaucoup aimée par son père.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle se n'inquiète pas au fait d'être mère, car elle était déjà mère de deux enfants.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Alma a l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » confirme qu'elle souffrait de stress, angoisse suite à l'accident et son vécu au coma.
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par oui elle a déjà rencontré un psychologue en raison de l'accident qu'elle a eu.
- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », elle a répondu avec la fréquence **5** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle se sent très triste.

3. facteurs toxicomanies :

- Mme Alma infirme l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4. Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec le score de **1** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils s'entendent entre eux.
- Mme Alma a infirmé l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » et l'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient ». À l'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmé aussi.

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Alma a répondu avec la fréquence **5** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie que leur relation est avec beaucoup de tension ce qui correspond à la présence très fréquente de la variable mesurée.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Alma a répondu avec une fréquence de **4** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits avec difficulté ce qui correspond à la présence très fréquente de la variable mesurée.
- Mme Alma a répondu à l'item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **5** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie très souvent.
- L'item **39** « j'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui ne signifie jamais.
- L'item **40** « j'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint » Mme Alma a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 1 à 5 correspondant à jamais.
- L'item **41** « j'ai été forcé d'avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Alma a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 1 à 5 correspondant à jamais.

Education des enfants :

- Mme Alma infirmé l'item **42** « j'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l'item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l'item **44** « j'ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L'item **45** « j'ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Alma a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie des fois.
- L'item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 correspondant à souvent.

- L’item 47 « en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Alma a répondu avec la fréquence de 5 sur l’échelle de 1 à 5 correspondants à beaucoup.
- L’item 48 « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », madame Alma porte de l’intérêt son enfant et toutes sa famille et belle famille.
- L’item 49 « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Alma est : *dés fois je souhaite de l’aide psychologique parce que depuis l’accident, je suis devenue une autre personne, j’ai peur de tout, je veux que plus personne ne sort de la maison et cela dérange beaucoup mon mari car il doit aller au travail*

2.3. L’analyse de l’échelle de Beck

- présentation du tableau de résultat de Mme Alma :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
Cotation	2	1	2	1	2	2	0	0	2	3	0	1	2	18	Sévère

-l’analyse de l’échelle de Beck :

Le sentiment de tristesse sur le visage de Mme Alma est très clair. Ce qui est confirmé dans l’item A le degré 2 « je me sens cafardeux ou triste ».

Ce qui concerne son avenir quand elle pense au futur, elle se sent décourager, item B le degré 1 « j’ai un sentiment de découragement au sujet de l’avenir ».

Elle considère sa vie passée comme un échec l’item C le degré 2 le démontre « quand je regarde ma vie passée, tout ce que j’y découvre n’est qu’échecs ».

Alma n’arrive plus à profiter des événements à cause de l’accident qu’elle a eu, item D le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » « *ouqvel l’accident tehibigh adefghagh mais après ayen i3eddan ak felli wellah ma zemragh* ».

Chez Mme Alma le sentiment de culpabilité est omniprésent le confirme item E le degré 2 « je me sens coupable ». L’accident était à cause de moi, c’est moi qui la suppliée à sortir, lui il ne voulait pas car il était très fatigué il venait juste de rentré du travail « *d nekki id sebba n l’accident, nekki ithihelen aneffagh wama netta i3eya hachi id yekchem soukheddim* ».

Elle est vraiment dégoûtée de soi-même, item F le degré 2 « je me dégoûte moi-même » le prouve. Elle le confirme que « *thikwal isdigoutay iyi l3amriw, sakadagh imaniw égoïste, ttkhemimagh kan ilmaslahaw oussakadegh ara wiyadh, am assen yella*

ye3ya mais forsigeth puis thedhrad thaloufth, c'est pour ça idettwaligh imaniw coupable ».

Mme Alma rencontre des difficultés à prendre des décisions, item **I** le degré **2** « j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions » le démontre.

Elle n'apprécie pas son physique, elle se voit repoussante, item **J** le degré **3** « j'ai l'impression d'être laid et repoussant » le prouve. L'accident lui a causé une blessure au niveau du genou, qui ne lui permet pas de marcher convenablement « *l'accident aki thedjayid l3iv sqoudhouragh*, l'item **L** le degré **1** « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

Mme Alma son appétit à beaucoup diminué ces derniers temps car elle souffrait de forts vomissement, l'item **M** le degré **2** le confirme « mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Synthèse :

Selon les résultats obtenus à partir de notre entretien de recherche semi-directifs avec Mme Alma ainsi par le questionnaire ALPHA, nous pouvons dire qu'elle vit mal sa grossesse en raison de l'accident qu'elle a eu juste avant sa grossesse qui lui a laissé des séquelles sur le plan physiologique mais aussi sur le plan psychologique et relationnel. Et selon les résultats obtenus par l'inventaire de Beck, on a constaté que Mme Alma souffre d'une dépression sévère.

2. Le cas N° 2 :

2.1. Présentation et analyse de l'entretien du cas de Sarah :

Il s'agit de Mme Sarah âgée de 25ans, avec un niveau de bac+5. Sagefemme santé publique, Mariée le 4 novembre 2022, son mari est un commerçant. Elle a découvert sa grossesse le 10 décembre 2022. Il s'agit de sa première grossesse, le sexe du bébé est masculin. Elle était hospitalisée en 1 mois de sa grossesse car elle souffrait d'hémorragie, sa grossesse est compliquée qui nécessite une hospitalisation jusqu'à l'accouchement. Nous l'avons rencontrée en 5ème mois de grossesse.

Durant l'entretien Mme Sarah était très stressée et triste mais elle était d'accord de participer à notre recherche. Son discours était clair, et elle maîtrise bien la langue française.

Durant la 1ere question on a constaté que Mme Sarah était enceinte en 5eme mois. Et elle n'a pas voulue sa grossesse car elle était une nouvelle mariée, elle nous a dit « *je n'ai rien profiter de ma vie après le mariage je suis tombé directement enceinte* » « *hachi vdhigh lkhedma juste après zewdjagh tombighed enceinte* » elle vient juste de

commencer à travailler après il y a eu son mariage « *et en plus hachi vdigh lkhedma chtouh zewdjagh* ».

D'après les dires de la patiente on a constaté que la grossesse à changer sa relation avec son mari, elle nous a dit « *ur yiditla3 ara wargaz iw inad mazal lhal i tharaweth meziyith* » qu'il ne lui adresse plus la parole parce qu'il ne voulait pas du bébé c'est trop tôt. Mais par contre sa belle-famille est très content elle déclare « *par contre axxam iw wellah ar farhen mlih, d le bébé nsen amenzou et en plus daqchich* » d'ailleurs c'est le premier petits-enfants à naitre du cotée de la belle-famille et en plus c'est un garçon ». La réaction de ses beaux-parents sont très heureux qu'il soit du sexe masculin.

Madame Sarah vivait avec ses beaux-parents. Elle dit qu'elle avait une bonne relation avec eux. « *Tehibin iyi yemgharen iw, mezgaghed yidssen* ». Mais par contre elle confirme que leurs relations de couple été changé depuis qu'elle a tombé enceinte. « *Thevddel la relation inou d wargaz-iw mi iligh enceinte* ».

Avant qu'elle sache qu'elle était enceinte son beau-père a fait un accident, elle a dû faire un travail forcé, les tâches ménagère, l'accueil des invités ce qui a fragilisé son fœtus. « *Ur ifouk ara 3eggou tmeghra imi dirna laccident n wemghar iw, soufrigh g 3eggou d nki igekhddmen koulech* ».

Le conjoint de Mme Sarah est un commerçant, elle confirme qu'il subvient à tous ses besoins financiers même si elle travail, et leurs situations financières leurs permet de faire des soins.

Sarah est bien soutenue par sa belle-famille et sans oublier sa famille surtout sa mère et ses sœurs, mais malgré ça elle était stressée et angoissée car d'après une visite médicale elle a découvert qu'elle avait un diabète gestationnel. « *Imi rouhagh ar contrôle inayid tviv thes3idh le diabète gestationnel setressigh mlih* ». Elle été gravement stressé, elle a eu peur de mourir sans voir son fils « *ougadhagh ademthagh ur zaragh ara emmi* ». Elle se sent triste et angoissé Et elle a perdu l'appétit, elle dit que « *j'ai mal à l'estomac et je n'arrive pas à manger* ».

2.2. Analyse questionnaire ALPHA de Mme Sarah :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Sarah a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint sesent* » par la fréquence de 4 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que son mari est malheureux.

- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » Mme Sarah a répondu par la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa famille se sent très heureux.
- L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence de **2** sur l'échelle de **1 à 5**. Elle est soutenue par sa famille et sa belle-mère.
- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence de **5** sur l'échelle de 1 à 5 signifiant que son conjoint ne va pas l'aider auprès du bébé.
- Mme Sarah affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par sa belle-mère.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Sarah a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence de **5** sur l'échelle de **1 à 5** qui signifie que sa vie très stressante.
- L'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* » Mme Sarah était malade, sa grossesse est compliquée qui nécessite une hospitalisation jusqu'à l'accouchement.

1.3. Relation avec le conjoint :

- Le sujet a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence de **5** sur l'échelle de 1 à 5 qui est une relation très malheureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence de **3** sur l'échelle de **1 à 5**, elle s'attend qu'ils s'entendront normale.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « *pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et qu'il s'agit de son 1^{ème} enfant.* »
- L'item 11 « *je vais prendre des cours prénataux* » elle a répondu par sa belle-mère.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item 12 « *au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie* » elle a confirmé qu'elle été malheureuse en répondant avec la fréquence de **4** sur l'échelle de **1 à 5**.

- L'item **13** « aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse » elle a répondu avec la fréquence de **5** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle est très malheureuse, elle a répondu par « *j'ai peur de mourir sans voir mon fils* ».

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « *lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents* », Mme Sarah répondu avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle avait une bonne relation avec eux.
- L'item **15** « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* » elle a répondu avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 signifiant que sa mère l'aimée beaucoup.
- L'item **16** « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* » elle a répondu avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle se sent beaucoup aimer.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence de **2** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle s'inquiète un peu au fait d'être mère.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Sarah a l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » elle a répondu par non.
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par oui. « Pour le stress du bac ».
- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », le sujet a répondu avec la fréquence de **5** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle se sent très triste.

3. facteurs toxicomanies :

- Mme Sarah a infirmé l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4. Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils s'entendent très bien entre eux.

- Mme Sarah a l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » elle a répondu par la fréquence de **1** sur une échelle de 1 à 5, correspondant à jamais.
- L'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient » elle a répondu par la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 correspondants à jamais.
- L'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a répondu par non.

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Sarah a répondu avec la fréquence de **4** sur l'échelle de 5 qui signifie que leurs relations sont avec tensions.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Sarah a répondu avec une fréquence de **4** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits avec difficulté.
- Mme Sarah a répondu à l'item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **4** sur l'échelle de 1 à 5 correspondant la plupart du temps.
- L'item **39** « j'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 correspondants n'a jamais.
- L'item **40** « j'ai parfois été rabaisée ou humiliée par mon conjoint » Mme Sarah a répondu avec la fréquence de **3** sur l'échelle de 1 à 5 correspondant dès fois.
- L'item **41** « j'ai été forcé d'avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Sarah a répondu avec la fréquence de **1** sur l'échelle de 1 à 5 correspondant n'a jamais.

Education des enfants :

- Mme Sarah a infirmé l'item **42** « j'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l'item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l'item **44** « j'ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L'item **45** « j'ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Sarah a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 qui signifie n'a jamais.
- L'item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 correspondant à des fois.
- L'item **47** « en générale accordée vous de l'importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Sarah a répondu avec la fréquence de **5** sur l'échelle de 1 à 5 correspondants à beaucoup.
- L'item **48** « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », Mme Sarah porte de l'intérêt pour son bébé.

- L'item 49 « si vous souhaitez de l'aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Sarah est non.

2.3. Présentation et analyse de l'échelle de Beck :

- présentation du tableau N°2 de Mme Sarah :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de dépression
Cotation	1	0	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	2	15	Modéré

- L'analyse de l'échelle de Beck :

Mme Sarah a présenté un sentiment de tristesse, ce qui est confirmé dans l'item A le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Pour elle le sentiment d'échec est présent dans sa vie plus que la plupart des gens l'item C le degré 1 « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Elle n'arrive pas à profiter agréablement des circonstances l'item D le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » « *oussan iw ak s3eddaghten g l'hôpital ou profitigh walou ak* ». Elle s'est mariée et elle est tombé direct enceinte, sa grossesse été très difficile.

Chez Mme Sarah le sentiment de culpabilité est omniprésent l'item E le degré 2 « je me sens coupable » « *tehoussough comme si khed3agh argaz iw, ayen ak i n programmé pour rien* ». Comme si elle a trahi son conjoint, au départ ils ont programmé pour être enceinte après 2ans de leurs mariages.

Elle est vraiment déçue par soi-même l'item F le degré 1 « je suis déçu par moi-même » « *tout ça c'est de ma faute* ».

Mme Sarah maintenant s'intéresse moins aux autre gens, l'importance de la vie des autres est diminuée qu'auparavant item H le degré 1 « maintenant de m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois ».

Elle a des grandes difficultés à prendre des décisions item I le degré 2 « j'ai des grandes difficultés à prendre des décisions » « *ilaq toujours ad chiwragh argaz iw, tagadagh adifqa3* ».

La patiente est peur de paraître vieux ou disgracieux item J le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux ». « *Tagagh advinagh meqragh zaath n wargaz iw* ».

L'énergie de Mme Sarah est vraiment exténuée, car maintenant elle a besoins d'un effort pour commencer à faire des tâches item **K** le degré **2** « il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit » « *wellah ar 3egough mlih machi aka iligh* ».

Et elle se fatigue plus qu'avant item **L** le degré **1** « je suis fatigué plus facilement que d'habitude » « *tamara ikhedma chghel n wekham 3egough machi am zik* ».

Ce qui concerne l'appétit de Mme Sarah est beaucoup moins bon maintenant l'item **M** le degré **2** « mon appétit est beaucoup moins bon maintenant » « *thura neqssagh g lmakla* ».

D'après les résultats obtenus par l'inventaire de Beck, on a constaté que Mme Sarah souffre d'une dépression modérée.

Synthèse :

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Sarah a des problèmes avec son conjoint que ne le soutien pas en cette période jugée difficile pour elle. Ainsi, elle avait des complications concernant sa grossesse qui menacé sa vie et celle de son bébé. Ainsi selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Sarah vit mal sa grossesse.

Le Cas N°3 :

3.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mme Rania :

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 24 ans. Son niveau d'étude universitaire master2 anglais. Sans aucun emploi. Marié depuis 2ans, son mari travail agent de sécurité. Rania vit avec sa belle-famille. Elle est enceinte en 5 mois de grossesse de son premier enfant, de sexe féminin. Elle était hospitalisée à cause des contractions utérines douloureuses.

Dès le début de l'entretien, Rania s'est montrée positive, elle a répondu avec exactitude et sans complexe à nos questions. Son discours était clair, elle maitrise bien la longue française.

La grossesse de Mme Rania était désirée et programmé ainsi que son mari, d'après ses dires « *on était vraiment heureux moi et mon mari* ». Du côté de la belle-famille, c'est le premier petits-enfants à naitre, sa belle-mère lui a demander si le sexe du bébé est un garçon, il va porter le prénom du père de son mari décédé. Mais lors de sa dernière échographie, elle a appris qu'elle attendait une petite fille. La réaction de sa belle-mère a eu l'air déçue, d'après ses dires « *elle m'a ignorée pendant plus jours* »

« *theqim achehal ur yidettla3 ara, tchnnef* ». Par contre la réaction de son conjoint, il était très heureux d'être père pour une première fois.

Pendant la période de sa grossesse elle faisait des tâches ménagères seule sans l'aide de son conjoint et sa belle-mère « *kheddmagh chghel whdi yiwen ur yit3awan ni argaz iw ni thamghart iw n3ettavagh mlih* », elle a fait de travail forcé.

L'état psychique de la patiente un peu stressée et angoissée ses derniers mois car elle a pris du diabète gestationnel « *la grossesse est déjà en elle-même source d'angoisses alors là avec le diabète, mais normal cava aller inchallah* ». Elle s'inquiète pour son bébé.

La relation de Rania avec son mari pendant la grossesse a changé un peu « *normal kan t changé chwiya* ». Mais avec sa belle-mère est perturbé, elle lui envoie des tracs « *nki tamghart iw udnemzig ara, thetdegir iyid les tracs, elle m'énervé, tout le temps je me sent triste et énervé* ». Mme Rania confirme qu'elle se sent tout le temps triste et énervé à cause de sa belle-mère. « *Je la déteste* ». Madame Rania trouve le soutien par sa mère et ses voisines.

Le conjoint de Mme Rania travail agent de sécurité, elle confirme que son mari subvient à tous ses besoins financière « *lhaja n yedhrimen alwaq isennigh itakiyid* ». Leurs situations financières leurs permet de faire ses soins si nécessaires.

En ajoutant à ça, cette dernière a perdu le gout à lanourriture, elle souffre d'un trouble de sommeil « *thessfqa3 iyi tamghart iw, marra detmekthayagh ayen iyideqar itrouhou fli yidhes* ».

3.2. Analyse questionnaire ALPHA de Mme Rania :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Rania a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence 1 sur l'échelle de 5 qui signifie que son mari est très heureux.
- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » Mme Rania a répondu par la fréquence 4 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa belle-mère se sent malheureuse.
- Concernant L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence 3 sur l'échelle de 5 correspondant à une

présence moyenne de la variable mesurée. Elle est soutenue par sa mère et sa voisine.

- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence 2 sur l'échelle de 5 signifiant que son conjoint va l'aider auprès du bébé.
- Mme Rania affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par son conjoint.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Rania a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence 5 sur l'échelle de 4 qui signifie que sa vie stressante.
- L'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* » Mme Rania affirme que sa belle-mère ne lui adresse plus la parole. « Tamghart iw ur yidetla3 ara ».

1.3. Relation avec le conjoint :

- Le sujet a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence 4 sur l'échelle de 5 qui est une relation malheureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence 4 sur l'échelle de 5, elle s'attends qu'ils s'entendront bien.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « *pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et il s'agit de son 1^{ème} enfant.* »
- L'item 11 « *je vais prendre des cours prénatals* » elle a répondu par YouTube et ma mère.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item 12 « *au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie* » elle a confirmé qu'elle été très heureuse en répondant avec la fréquence 1 sur l'échelle de 5.
- L'item 13 « *aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse* » elle a répondu avec la fréquence 4 sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle est malheureuse.

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « *lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents* », Mme Rania répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle avait une relation normale avec eux.
- L'item **15** « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* » elle a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 signifiant que sa mère l'aimée beaucoup.
- L'item **16** « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* » elle a répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent normale.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « *j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère* » elle a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle ne s'inquiète un peu au fait d'être mère.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Rania a l'item **18** « *j'ai déjà eu des problèmes émotifs* » elle a répondu par non.
- L'item **19** « *j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social* » elle a répondu par non.
- L'item **20** « *actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social* ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « *depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt* », le sujet a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent malheureuse.

3. facteurs toxicomanies :

- Mme Rania a infirme l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4. Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « *mes parents s'entendaient habituellement* » avec la fréquence de **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils s'entendent normale entre eux.
- Mme Rania a l'item **33** « *parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère* » elle a répondu par la fréquence **2** qui signifie des fois.

- L'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient » elle a répondu par la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie des fois
- L'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmée

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Rania répondue avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie que leurs relations sont avec de tension.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Rania a répondu avec une fréquence de **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits normaux.
- Mme Rania à répondu à l'item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 correspondant à des fois.
- L'item **39** « j'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 correspondants n'a jamais.
- L'item **40** « j'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint » Mme Rania a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 correspondant à jamais.
- L'item **41** « j'ai été forcé d'avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Rania a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 correspondant n'a jamais.

Education des enfants :

- Mme Rania a infirme l'item **42** « j'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l'item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l'item **44** « j'ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L'item **45** « j'ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Rania a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie des fois.
- L'item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 correspondant à souvent.
- L'item **47** « en générale accordée vous de l'importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Rania a répondu avec la fréquence de **5** sur l'échelle de 5 correspondants à beaucoup.
- L'item **48** « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », Mme Rania porte de l'intérêt à son bébé et son mari.

- L'item 49 « si vous souhaitez de l'aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Rania est non.

3.3. L'analyse de l'échelle de Beck :

Présentation du tableau de résultat de Mme Rania :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
Cotation	1	0	0	1	0	0	0	1	3	1	1	2	2	12	Modéré

L'analyse de l'échelle de Beck :

En ce qui concerne l'item **A** Madame Rania a présenté un sentiment de tristesse de degré **1** le confirme « je me sens cafardeux ou triste ».

Au sujet de son avenir elle n'est pas découragée, item **B** le degré **0** « je ne suis pas découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir ». L'absence de sentiment d'échec de la vie de Mme Rania, item **C** le degré **0** « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie » « *ur twaligh ara khessragh g dounith iw* ».

Elle n'arrive pas à profiter des circonstances, item **D** le degré **1** « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » « *win is3an tamghart adiprofité g kra nagh, anda vghugh rouhagh ur si3ejvara lhal* » « *quand j'ai envie de sortir ma belle-mère n'est pas contente de cela voir elle refuse des fois* ».

Rania ne se sent pas coupable, item **E** le degré **0** « je ne me sens pas coupable ». Et elle n'est pas dégoûté d'elle-même, item **F** le degré **0** « je ne suis pas déçu par moi-même ».

Elle s'intéresse moins aux autres gens, item **H** le degré **1** « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois ».

L'item montre que Mme Rania est incapable de prendre la moindre décision, le degré **3** le démontre « je ne suis plus capable de prendre la moindre décision » « *tamghart iw i yettdhebiren g koulech* ».

Le sujet est peur de paraître vieux ou disgracieux, item **J** le degré **1** « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux » « *tagadghagh advinagh tameqrant par rapport ar wargaz iw* ».

L'effort et l'énergie de Mme Rania sont épuisées, item **K** le degré **1** « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose » « *3yigh tagarayi g chghel n wekham* ». Car faire quoi que ce soit influence sa capacité, à faire ses tâches ménagères, item **L** le degré **2** « faire quoi que ce soit me fatigue ».

Pour ce qui concerne l'alimentation elle est diminuée, elle mange beaucoup moins qu'avant, item M le degré 2 « mon appétit n'est beaucoup moins bon maintenant ». « *Neqssagh g lmakla machi am zik, zik settagh* ».

Synthèse :

Selon les résultats obtenus durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Rania a une relation tendue avec sa belle-mère en raison du sexe du bébé et une absence du soutien familiale en cette période de vulnérabilité. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Rania vit mal sa grossesse.

Le cas N° 4 :

4.1. Présentation et analyses de l'entretien de Mme Katia :

Il s'agit de Mme Katia, âgée de 30 ans, avec un niveau d'instruction de 2^{ème} année master, elle exerce autant qu'agent banquière, mariée depuis 4 ans, son conjoint travail au port. Il s'agit de sa deuxième grossesse, elle a été hospitalisée en raison d'une menace d'accouchement prématuré, absence d'antécédents médicaux et psychiques.

Durant l'entretien Mme Katia était à l'aise et coopérative avec nous son discours était claire et cohérent, elle maitriser la langue française ce qui fait que on n'a pas eu recours à la version traduite en kabyle de notre guide d'entretien.

Mme Katia, est une maman d'une petite fille de 3 ans, elle est enceinte à 26 semaine et demi de grossesse (6 mois et demi), le sexe du bébé est féminin, elle ne souffre d'aucune maladie organique durant sa grossesse, elle est à jour dans ses suivis gynécologiques. Son hospitalisation est dû à des contractions associées à une modification du col de l'utérus avec un léger saignement.

Mme Katia dit que sa première grossesse était programmée mais la seconde ne l'était pas, lorsqu'elle a su qu'elle était enceinte elle était contente car elle souhaiter avoir un garçon « *frahragh, d3ough i rebbi adess3ough aqchich..... ougheghazed même lqech bleu parceque au fond de moi tehousough belli daqchich ara adess3ough* », « j'étais très contente, je prier dieu pour qu'il soit un garçon..... j'ai lui est même acheter des habille de couleur bleu car j'étais persuadée que j'allais avoir un garçon ». Ensuite, elle a éprouvé un sentiment de tristesse lorsque son gynécologue lui annonce que son bébé est de sexe féminin « *trough mlih imi iyidina taqchicheth, vghigh ades3ough aqchich aken adfaken felli lahdhour* » « j'ai beaucoup pleurée

lorsque le gynécologue ma annoncé qu'il s'agisse d'une fille, je veux avoir un garçon pour que nulle ne parle plus de moi ».

Elle s'inquiétée beaucoup par rapport à sa grossesse, elle peur que malheur arrive à son bébé vue l'état dans lequel elle s'est mise lorsqu'elle a su qu'elle était enceinte d'un garçon « *settrouyagh kan, ur ousettagh ur ganagh, ur ttefghagh, thourra tthoussough d nekki id sebba n la menace ayi d'accouchement prématuré* » « *je ne fais que pleurée, je ne mange plus, je ne dors plus, je ne sors plus, maintenant je me sens responsable de cette menace d'accouchement prématuré* »

Elle confirme qu'elle a un sentiment de désespoir par rapport au futur, elle ne se voit pas incapable un jour d'avoir un garçon qu'elle voulait tant avoir « *qarghas gouliw belli jamais adess3ough aqchich* » « *je me dit souvent que je ne vais jamais avoir de garçon* ».

Lorsque on lui a posé la question comment vous vous sentez à l'heure d'aujourd'hui, elle a répondu « *tthoussough imaniw triste imi hospitalisigh ougadghagh ad yagh kra yelli, même si machi daqchich ougadegh fel-as, loukan ad yili kra outtsamahegh ara il3amriw* » « *je me sens triste par rapport à mon hospitalisation, j'ai peur que malheur arrive à ma fille, j'ai peur pour elle même si ce n'est pas un garçon, si quelque chose lui arrive je ne me le pardonnerais jamais* ».

Son conjoint été très content lorsqu'il a su qu'elle était enceinte mais aussi lorsque le gynécologue leur a annoncé le sexe du bébé était féminin « *argaz-iw inayid l'essentiel del tofan azdgan* » « *mon conjoint m'a dit l'essentiel elle soit en bonne santé* ». Elle confirme que son conjoint n'avait pas de préférence concernant le sexe du bébé.

Mme Katia, confirme que sa relation avec son conjoint est très bien, il l'écoute, il prend son avis, respecte ses idées et choix « *la relation nagh est très bien.... Nettnagh nettaghal am les couples marra* » « *notre relation est bienon se dispute et on se réconcilie* ». Elle rajoutequ'il l'aide à faire les taches ménagère « *al hamdoulillah ous3igh ara a problème d wanechtha, yett3awaniyi g cheghel wekham, yettseyiq, yettnawal* » « *de merci, je n'ai pas de problème avec ça, il m'aide dans les tâches ménagères, il passe la serpillère, il prépare a mangé* ». Lorsqu'on lui a posé la question comment est-elle votre relation avec sa fille aînée, elle a répondu qu'elles sont sages, obéissante et elles s'entendes bien. Elle pense qu'elle a bien réussit l'éducation de sa fille.

Mme Katia, vit chez ses beaux-parents, et ses deux beaux-frères avec leurs femmes et leurs enfants dans la même maison. Lorsqu'on lui a posé la question concernant sa relation avec sa belle-famille, sa réponse était « *oudemzigagh ara yidssen mlih, nes3a atas nel machakil* », « *je m'entend moyennement avec eux, on a eu*

beaucoup de problèmes ». Elle ajoute « *ilewssaniw sihin sa kan, mayela d tinoudhin iw karhent iyi...ouvghint ara imi idmezgagh d wergaziw.....hedrentt felli i medden belli jamais ades3ough darya après g mi ides3igh yelli tamenzouthhedrentt belli jamais ades3ough aqchich* » *mes beaux-frères j'ai aucun problème avec eux mais leurs femmes me détestent.... Sa leur déplaît que je m'entende avec mon conjoint..... elles parlent de moi au gens que je n'aller jamais avoir d'enfant puis après avoir eu ma fille, elles disent que je ne vais jamais avoir de garçon* ». Elle confirme que sa relation avec ses beaux-parents est tendue surtout avec sa belle-mère « *thesekriyid d cheghel, thett3assayi mayela feghagh, anida irouhagh, dachou idoughagh.....thetthabi atte3lem s koulech* » « *elle me surveille si je sors, ou est-ce que je vais, qu'est-ce que j'ai acheté...elle veut tout savoir* »

Lorsqu'on lui a posé la question quelle été la réaction de votre belle-famille face à l'annonce de la grossesse, elle a répondu « *imgharniw farhen*», « *mes beaux parent ils étaient contents*». Concernant leur réaction face à l'annonce du sexe du bébé elle a dit que sa belle-mère était mécontente qu'elle soit une fille « *thamghart tahzen imi taqchicheth* », « *ma belle-mère était triste lorsqu'elle a su qu'il s'agissait d'une fille* ».

Les personnes qui ont donné le soutien à Mme Katia sont, sa famille et son conjoint « *allaargaz-iw d imawlaniw iyoufigh ar thamaw* » « *Ya que mon conjoint et mes parents qui été à mes côtés* ».

Mme Katia confirme qu'ils n'ont pas de problème financier, car ils travaillent les deux et que leurs situations financières leur permettent d'effectuer des suivis réguliers et des soins concernant la grossesse.

4.2. Analyse questionnaire ALPHA :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Katia a répondu à l'item **1** « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence **3** sur l'échelle de 1 à 5 correspondants à une présence moyenne de la variable mesurée.
- L'item **2** « *concernant cette grossesse ma famille se sent* », Mme Katia a répondu par la fréquence **4** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa famille se sent déçue.
- L'item **3** « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 1 à 5, qui correspond a pas beaucoup, elle est soutenue par son conjoint et ses parents.

- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence 1 sur l'échelle de 1 à 5 signifiant que son conjoint va beaucoup l'aider concernant l'éducation de leurs bébés.
- Mme Katia affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide les premiers jours suivant la grossesse de la part de sa mère puis après par son conjoint.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Katia a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence 4 sur l'échelle de 5 qui signifie que sa vie été stressante.
- L'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* », Mme Katia a répondu « *mon grand-père est décédé* »

1.3. Relation avec le conjoint :

- Mme Katia a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence de 1 sur l'échelle de 1 à 5 qui est une relation très heureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence 1 sur l'échelle de 1 à 5, elle s'attends qu'ils s'entendront très bien.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « *pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et il s'agit de son 2^{ème} enfant.*
- L'item 11 « *je vais prendre des cours prénatals* », sa réponse été non ; car elle déjà des connaissances vues qu'elle a déjà un enfant.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item 12 « *au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie* » elle a confirmé qu'elle été très heureuse en répondant avec la fréquence 5 sur l'échelle de 1 à 5.
- L'item 13 « *aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse* » elle a répondu avec la fréquence 4 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle est malheureuse, car elle voulait avoir un garçon pour que sa belle-famille arrête de parler d'elle.

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « *lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents* », Mme Katia a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle avait une bonne relation avec eux.
- L'item **15** « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* » elle a répondu avec la fréquence **1** sur une l'échelle de 1 à 5 signifiant que sa mère l'aimée beaucoup.
- L'item **16** « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* » elle a répondu avec la fréquence **1** sur une l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle était aimée beaucoup par son père.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence **1** sur une l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle ne s'inquiète pas au fait d'être mère car elle est déjà.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Katia a l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » elle a répondu par non
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par non.
- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », le sujet a répondu avec la fréquence **5** sur une l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'elle se sent très triste « *je voulais avoir un garçon pour que tout le monde cesse de parler de moi* »

3.facteurs toxicomanies :

- Mme Katia, infirme l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4.Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de **1** sur une l'échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils s'entendent très bien entre eux.

- Mme Katia a l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » elle a répondu par la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5, qui signifie n'a jamais.
- Le sujet infirme l'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient ». À l'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmée aussi.

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Katia à répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie que leur relation est sans tension.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Katia répondu avec une fréquence de **1** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits sans difficulté.
- Mme Katia à répondu à l'item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 correspondant à jamais.
- L'item **39** « j'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint », elle a répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 correspondants à jamais.
- L'item **40** « j'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint », Mme Katia répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 correspondant à jamais.
- L'item **41** « j'ai été forcé d'avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Katia a répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 correspondant n'a jamais.

Education des enfants :

- Mme Katia infirme l'item **42** « j'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l'item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l'item **44** « j'ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L'item **45** « j'ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Katia a répondu avec la fréquence **1** sur une échelle de 1 à 5 qui signifie n'a jamais.
- L'item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **3** sur une échelle de 1 à 5 correspondant à des fois.

- L’item 47 « en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Katia a répondu avec la fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5 correspondants à beaucoup.
- L’item 48 « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », madame Katia porte de l’intérêt à « *ma fille, mon mari. Ma famille.* »
- L’item 49 « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Katia était non.

4.3. L’analyse de l’échelle de Beck :

- Présentation du tableau de résultat de Mme Lyla :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
Cotation	2	1	1	2	1	3	0	1	1	0	1	2	3	18	Sévère

- L’analyse de l’échelle de Beck de Mme Katia :

Lors du l’item A, Mme Katia a choisie degré 2 « je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n’arrive pas en sortir », car elle sentait tout le temps triste elle ne pouvait rien y faire pour s’en sortir de cette situation « *heznagh deg mi i3elmagh belli taqchicheth ara ades3ough, en plus machi tiqchichin ikarhagh, mais akenniad hevssen felli lahdhour d les problèmes iyidkhedmen wekham iw* » « je suis triste depuis que j’ai su que c’est une fille, ce n’est pas parce que je n’aime pas les filles, mais pour que ma belle-famille cessent de parler de moi et de me faire des problèmes »

Mme Katia est découragée et désespérée au sujet de l’avenir, l’item B le degré 1 le prouve « j’ai un sentiment de découragement au sujet de l’avenir » « *dounith iw jamais attchangi aka ara atheqim* » « ma vie ne vas jamais changer, elle restera ainsi ».

Elle voit qu’elle a échoué dans sa vie plus que la plupart des gens item C le degré 1 « j’ai l’impression que j’ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens » « *twaligh lkhalath akk revhentt deg yexxamen nsent alla nekki* » « toutes les femmes sont épanouies sauf moi »

De plus, elle n’arrive pas à profiter des circonstances item D le degré 2 « je ne tire aucune satisfaction de quoi que ce soit » le prouve. « *Uriyiditta3djav walou, srouhagh le gout n dounith* » « rien ne me plaît, j’ai perdu le gout à la vie ».

Elle se voit coupable l'item **E** le degré **1** elle prouve « je me sens coupable » elle a dit « *tthoussough d nekki id sebba n l'hospitalisation ayi, ihi ouhoudragh ara imaniw les premiers mois de ma grossesse* » « *je me sent responsable de mon hospitalisation, je ne me suis pas bien comporter les premiers mois de ma grossesse* »

Mme Katia se hait **F** le degré **3** « je me hais » la montre. « *Karhagh imaniw imi comportigh comme tel asmi i3elmagh taqchicheth, loukan d assen i d assa jamais as3iwdagh* » « *je me hais pour tout ce que j'ai fait lorsque j'ai su que c'est été une fille, chose que je ne reproduirais jamais* ». Mais aussi-elle pense pas à se faire du mal, l'item **G** le degré **0** le montre.

L'importance de la vie des autres est diminuée, maintenant elle s'intéresse moins au gens, item **H** le degré **1** « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois » le prouve.

Madame Katia, essaie de ne pas prendre de décision, l'item **I** le degré **1** « j'essaie de ne pas prendre de décision » le montre. « *Jebdagh imaniw f les décisions même si argaz-iw ittaghiyi awal mais ilaq adichiwar aussi imawlanis, donc ttivitigh les situations ayi fel-as* » « *j'essaie de ne pas prendre de décisions, même si mon conjoint prend souvent en considération mes décisions mais ils doivent toujours avoir l'accord de ses parents, donc j'évite de le mettre dans une situation pareille* »

Elle ne se trouve pas laide « *je ne pense pas bellichemthagh aken iligh zik iqimagh nagh thourraakhir* » « *je pense pas que je suis laide, je suis resté celle que j'étais avant, voire mieux maintenant* », item **J** le degré **0** « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Mme Katia a besoin d'un effort pour commencer à faire quelque chose que soit « *ilaq ad sta3fou qvel aken ad vdough ad kheddmagh chghel* » « *je dois me reposer d'abord avant que je commence le travail* », item **K** le degré **1** « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose »

Elle est fatiguée plus facilement que d'habitude, item **L** le degré **2** « faire quoi que ce soit me fatigue ». Ce qui concerne l'appétit de Mme Katia maintenant n'est pas aussi bon que d'habitude item **M** le degré **3** « je n'ai plus du tout d'appétit ».

Synthèse

D'après les données obtenues à partir de l'entretien semi-directif et les résultats du questionnaire d'ALPHA de la santé des facteurs psychosociaux en pré natalité, nous avons constaté que Mme Katia vit très mal sa grossesse sur le plan physiologique, psychologique et relationnel en raisons des conflits familiaux. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montrent que Mme Katia souffre d'une dépression sévère

Le cas N°5 :

5.1. Présentation et analyse de l'entretien de Madame Lyla :

Il s'agit de Mme Lyla âgée de 38 ans, son niveau d'instruction master 2 français, enseignante au Cem. Mariée depuis 4ans, son mari travail à Sonelgaz. Il s'agit de sa 3eme grossesse. Elle était hospitalisée en 7eme mois à cause de complications à risque d'un accouchement prématuré.

Lors de notre entretien avec Madame Lyla, elle avait l'air très agitée, mais elle a répondu à toutes nos questions. Elle maîtrise la langue française ce qui fait que on n'a pas eu recours à la version traduite en kabyle de notre guide d'entretien.

Mme Lyla, est une maman d'une petite fille de 7 ans, et l'autre 1 ans et demi, elle est enceinte en 7eme mois.

Lyla raconte que sa grossesse était programmée et désirée, mais elle voulait vraiment avoir un garçon d'après ces dires « *vghigh mlih aqchich* ». « *D'ailleurs lorsque le médecin m'a annoncé le sexe du bébé qu'elle été une fille, je me suis effondré car je voulais avoir un garçon et non une fille* » et elle dit que la femme de son beau-frère est enceinte d'un garçon « *même Tanout iw enceinte ntath n uqchich* ». mais par contre son conjoint été très content lorsqu'il a su qu'elle était enceinte mais aussi lorsque le gynécologue leur a annoncé le sexe du bébé était féminin « *argaz-iw ur tweq3ith ara l'essentielle loufan azdgan* » « *mon conjoint m'a dit l'essentiel elle soit en bonne santé* ». Elle confirme que son conjoint n'avait pas de préférence concernant le sexe du bébé.

Mme Lyla, confirme que sa relation avec son conjoint est bien, il prend son avis, et il respecte ses idées et choix « *nki d wargaz-iw nmezged, et en plus itagh iyi awal messkin* ». Elle rajoute qu'il l'aide à faire les tâches ménagères « *et même il m'aide ama g lechghal n wekham ama* ». Lorsqu'on lui a posé la question comment est-elle votre relation avec ses filles, elle a répondu « *bien hamdoulillah* ». Elle pense qu'elle a bien réussi l'éducation de ses filles. D'ailleurs Pour elle, ses enfants représentent l'espoir dans sa vie.

Mme Lyla, vit chez ses beaux-parents, et son beau-frère avec sa femme dans la même maison. Lorsqu'on lui a posé la question concernant sa relation avec sa belle-famille, sa réponse était « *je me n'entends pas avec eux* ». Elle raconte que « *je suis toujours stressé vu les problèmes avec ma belle-mère et ma belle-sœur nous avons quitté la maison pour louer ailleurs* ».

Elle n'a aucun problème de santé durant sa grossesse, mais elle est toujours triste et nerveuse à cause des conflits avec sa belle-famille. Elle trouve le soutien émotionnel par sa mère et ses sœurs et son mari « *yma d yessthma d wargaz iw kan iyoufigh ar thamaw* »

Mme Lyla a eu du travail forcé à cause des déménagements, elle nous a dit « *imi n déménagé n3ettabagh mlih* ».vu qu'elle rentre tard du travail « *3yigh mlih lkhedma g thama déménagement g thama* ». Malgré toutes ses souffrances durant la période de sa grossesse, mais elle essaye au maximum de ne pas être influencée sur son bébé pour éviter toutes complications. Lyla mangeait moins qu'avant, elle a perdu le goût à la nourriture.

Elle confirme qu'ils n'ont pas de problème financier, car ils travaillent les deux et que leurs situations financières leur permettent d'effectuer des suivis réguliers et des soins concernant la grossesse.

A la fin de l'analyse de l'entretien on a constaté que Madame Lyla n'a aucun problème de santé, mais son humeur a été changée durant la période de sa grossesse, à cause des conflits qu'elle vivait avec sa belle-mère et sa belle-sœur.

5.2. Analyse questionnaire ALPHA :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Lyla a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence 2 sur l'échelle de 5 signifie qu'il est heureux.
- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » Mme Lyla a répondu par la fréquence 2 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa famille se sent heureuse.
- L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence 3 sur l'échelle de 1 à 5, Elle est soutenue par son conjoint, sa mère et ses sœurs.
- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence 2 sur l'échelle de 1 à 5 signifiant que son conjoint va l'aider concernant l'éducation de leurs bébés.
- Mme Lyla affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par son mari.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Lyla a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence 4 sur l'échelle de 1 à 5 qui signifie que sa vie a été stressante.

- L'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* » Mme Lyla affirme qu'elle a eu de travail forcé à cause de déménagements.

1.3. Relation avec le conjoint :

- Mme Lyla a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec le score 2 sur l'échelle de 5 qui est une relation heureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence 2 sur l'échelle de 5, elle s'attends qu'ils s'entendront bien.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « *pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et il s'agit de son 3^{ème} enfant.* »
- L'item 11 « *je vais prendre des cours prénataux* » elle a répondu par sa mère et YouTube.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item 12 « *au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie* » elle a confirmé qu'elle été heureuse en répondant avec la fréquence 4 sur l'échelle de 5.
- L'item 13 « *aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse* » elle a répondu avec la fréquence 4 sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle est insatisfaite, elle a répondu par « *je voulais avoir un garçon et non une fille* ».

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item 14 « *lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents* », Mme Lyla a répondu avec la fréquence 2 sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle avait une bonne relation avec eux.
- L'item 15 « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* » elle a répondu avec la fréquence 2 sur l'échelle de 5 signifiant que sa mère l'aimée.
- L'item 16 « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* » elle a répondu avec la fréquence 1 sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle était aimée beaucoup par son père.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se n'inquiète pas au fait d'être mère.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Lyla a l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » sa réponse est non.
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par non.
- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », le sujet a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent très triste.

3.facteurs toxicomanies :

- Mme Lyla infirme l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4.Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils s'entendent normale entre eux.
- Mme Lyla a l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » elle a répondu par la fréquence **2** qui signifie des fois.
- Le sujet infirme l'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient ». À l'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmée aussi.

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Lyla à répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie que leurs relations sont sans tensions.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Lyla a répondu avec une fréquence de **2** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits sans difficulté

- Mme Lyla a répondu à l’item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **1** sur l’échelle de 5 correspondant à jamais.
- L’item **39** « j’ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence **1** sur l’échelle de 5 correspondants à jamais.
- L’item **40** « j’ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint » Mme Lyla a répondu avec la fréquence **1** sur l’échelle de 5 correspondant à jamais.
- L’item **41** « j’ai été forcé d’avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Lyla a répondu avec la fréquence **1** sur l’échelle de 5 correspondant n’a jamais.

Education des enfants :

- Mme Lyla infirme l’item **42** « j’ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l’item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l’item **44** « j’ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L’item **45** « j’ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Lyla a répondu avec la fréquence **2** sur l’échelle de 5 qui signifie des fois.
- L’item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **5** sur l’échelle de 5 correspondant à très souvent.
- L’item **47** « en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Lyla a répondu avec la fréquence de **5** sur l’échelle de 5 correspondants à beaucoup.
- L’item **48** « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », madame Lyla porte de l’intérêt ses filles et son mari.
- L’item **49** « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Lyla est non.

5.3. L’analyse de l’échelle de Beck :

- Présentation du tableau de résultat de Mme Lyla :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
Cotation	1	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	1	1	10	Modéré

- L'analyse de l'échelle de Beck :

Madame Lyla était triste, elle a présenté un sentiment de tristesse item **A** le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste » « *ma 3eme grossesse ma vraiment touché, vu les problèmes que j'ai vécu avec ma belle-famille et aussi l'annonce du médecin que le sexe du bébé est une fille je me n'attendait pas* ».

Lyla n'a jamais perdu l'espoir au sujet de son avenir l'item **B** le démontre le degré 0 « je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir » « *tehoussough itdouyid l'avenir l3ali, yessi kan id l'espoir inou* » « elle voit l'espoir ont ses filles ».

Elle voit qu'elle a échoué dans sa vie plus que la plupart des gens l'item **C** le degré 1 « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens » « *tehussugh l3ivadh ak revhen g dounith-nsen nkini khati* ».

Le sujet n'arrive pas à profiter des circonstances item **D** le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » « *ur tehibigh ara adefghagh, ur profitigh walou yak* ».

Elle se sent mauvaise une bonne partie du temps « *de fois je regrette de m'être mariée parce que je déteste ma belle-famille, de fois je me dis c'est à cause de moi si je n'ai pas une bonne relation avec ma belle-famille* ». Item **E** le degré 1 « je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps ».

Lyla est vraiment dégoûtée de soi-même item **F** le degré 2 « je me dégoûte moi-même ». Mais elle ne pense pas à se faire du mal, item **G** le degré 0 « je ne pense pas à me faire du mal ».

L'importance de la vie des autres est diminuée, maintenant elle s'intéresse moins au gens, item **H** le degré 1 « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois ».

Madame Lyla est capable de prendre de décision aussi facilement « *Asmara d désidigh 3almagh b li j'ai pris la bonne décision* » item **I** le degré 0 « je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume ».

Elle n'a aucun sentiment d'être disgracieux « *idettwaligh ara iman iw chemthagh akn iligh zik iqimagh* » item **J** le degré 0 « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Le sujet a besoin d'un effort pour commencer à faire quelque chose que soit « *ayen vghugh kheddmagh ilaq ad sta3fough qvel* » item **K** le degré 1 « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose »

Elle souffre d'une fatigabilité, item **L** le degré **1** « je suis fatigué plus que d'habitude ». Ce qui concerne l'appétit de Mme Lyla maintenant n'est pas aussi bon que d'habitude item **M** le degré **1** « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude ».

D'après le résultat obtenu par l'échelle de Beck, on a constaté que Mme Lyla vu les problèmes qu'elle a vécu avec sa belle-famille et les déménagements, elle vivait mal sa grossesse. Elle souffre d'une dépression modérée.

Synthèse :

On se basant sur les résultats obtenus durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Lyla a une relation tendue avec sa belle-mère en raison du sexe du bébé et une absence du soutien familiale, qui l'ont conduit à un déménagement. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Lyla vit mal sa grossesse.

Le cas N°6:

6.1. Présentation et analyse de l'entretien du cas de Mme Célia :

Célia âgée de 26 ans avec un niveau d'étude master 2 communication, sans aucun emploi. Mariée depuis 2ans, son mari travaille dans une entreprise. Il s'agit de sa 2eme grossesse, à savoir la première grossesse est une fausse couche. Elle est hospitalisée cas elle souffrait d'une douleur a type de crampe.

Lors de notre entretien avec Madame Célia a répondu à toutes nos questions. Elle maitriser la langue française ce qui fait que on n'a pas eu recours à la version traduite en kabyle de notre guide d'entretien.

Elle est enceinte en 7eme mois, le sexe du bébé est féminin. Mme Célia a présenté sa tristesse et la peur de perdre son enfant, car elle a eu déjà une fausse couche, elle a perdu son fœtus a six mois « *ighliyid g 6 chehour* ». C'est pour ça qu'elle a eu peur de le perdre pour une deuxième fois. Elle est hospitalisée car elle souffrait d'une douleur à type de crampe. « *3attvagh iman iw assen seyqaghed ak axxam* » « *elle a fait le ménage toutes seul* » elle a fait de travail forcé c'est pour ça qu'elle souffrait d'une douleur au ventre.

Durant la 1ere question on a constaté que Mme Célia a voulu sa grossesse, même si elle n'était pas programmée mais elle est très contente. D'après ces dires « *wellah ar farhagh mlih ghas akn ou t programigh ara akhatar hachi yidekhsser tadissth, amenzou ni n programit mais ur ikthiv ara* » « *La première grossesse est programmée mais la 2ème non mais elle est très contente* ». Son conjoint aussi quand il a reçu la nouvelle el était très heureux d'être père « *argaz iw daghen ifrah mlih* », et aussi il

était très heureux qu'il soit de sexe féminin. Sa belle-famille sont très contents. « *Même axxam iw farhen mlih* ». Mme Célia vit dans une famille nucléaire « *axxam wehdi nki d wargaz iw kan* », elle vit toute seule avec son mari.

La relation de madame Célia avec ses beaux-parents est très bonnes relation « *mezgaghed mlih d yemgharen-iw tehibin iyi hamdoulillah* ».

Le sujet ne présente pas de maladie organique, mais elle été un peu stressée, elle a peur de perdre sa fille « *ougadhagh atmeth yli daghen* ». Sa relation avec son mari durant la grossesse est perturbée « *karhagh akya atwaligh tinithagh fel-as* » « *ses derniers mois je ne le supporte pas* » « *Malgré sa it3awan iyi messkin guxxam isaridh leqloul...* » « *Malgré ça il m'aide à la maison il fait la vaisselle...* ».

Le conjoint de madame Célia travail dans une entreprise, elle confirme que son mari subvient à tous ses besoins financiers, leurs situations leurs permet de faire ses soins « *itakiyid idrimen normale ama iw soigné ama...* »

Mme Célia trouve le soutien émotionnel par sa famille et sa belle-famille « *t3awanen iyi wekham iw d wekham nnagh ama s lehdour ama hamdoullah* ». Ces derniers mois elle a perdu l'appétit « *thagarayi chwiya kn ousettagh ara* ».

Mme Célia confirme qu'elle a des inquiétudes et des peurs par rapport à sa grossesse, elle a eu peur de perdre son bébé « *ougadhagh mlih ayimeth le bébé inou* ».

6.2. Analyse questionnaire ALPHA de Mme Célia :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Célia a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence 1 sur l'échelle de 5 qui signifie que son mari est très heureux.
- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » elle a répondu par la fréquence 1 sur l'échelle de 5 qui signifie que sa famille se sent très heureux.
- L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence 2 sur l'échelle de 5. Elle est soutenue par sa famille et sa belle-mère.
- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence 2 sur l'échelle de 5 signifiant que son conjoint va l'aider auprès du bébé.
- Mme Célia affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par son conjoint.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Célia a répondu à l'item **6** « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence **5** sur l'échelle de **4** qui signifie que sa vie stressante.
- L'item **7** « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* » elle a répondu par non.

1.3. Relation avec le conjoint :

- Le sujet a répondu à l'item **8** « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 qui est une relation malheureuse.
- L'item **9** « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5, elle s'attends qu'ils s'entendront normale.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item **10** « pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à **3** semaine de grossesse et il s'agit de son **2^{ème}** enfant.
- L'item **11** « je vais prendre des cours prénatals » elle a répondu par ma belle-mère et YouTube.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item **12** « au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie » elle a confirmé qu'elle été très heureuse en répondant avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5.
- L'item **13** « aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle est malheureuse, elle a répondu par « *j'ai peur de le perdre pour une deuxième fois* ».

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « *lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents* », Mme Célia répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle avait une relation normale avec eux.
- L'item **15** « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* » elle a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 signifiant que sa mère l'aimée.
- L'item **16** « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* » elle a répondu avec la fréquence **1** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent beaucoup aimer.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle s'inquiète beaucoup au fait d'être mère.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Célia l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » elle a répondu par non.
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par non.
- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », le sujet a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent triste.

3.facteurs toxicomanies :

- Mme Célia a infirmé l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4.Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de **2** sur l'échelle de **3** qui signifie qu'ils s'entendent entre eux normale.
- Mme Célia a l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » elle a répondu par la fréquence **1** qui signifie n'a jamais.
- L'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient » elle a répondu par la fréquence **1** sur l'échelle de 5 qui signifie n'a jamais.
- L'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmée

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Célia répondue avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5qui signifie que leurs relations avec tension.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Célia a répondu avec une fréquence de **4** sur l'échelle de 1 à 5qui signifie qu'ils règlent leurs conflits avec difficulté.

- Mme Célia a répondu à l’item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence de **3** sur l’échelle de 1 à 5 correspondant des fois.
- L’item **39** « j’ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence de **1** sur l’échelle de 1 à 5 correspondants n’a jamais.
- L’item **40** « j’ai parfois été rabaisée et humiliée par mon conjoint » Mme Célia a répondu avec la fréquence de **3** sur l’échelle de 1 à 5 correspondant parfois
- L’item **41** « j’ai été forcé d’avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Célia a répondu avec la fréquence de **1** sur l’échelle de 1 à 5 correspondant n’a jamais.

Education des enfants :

- Mme Célia a infirmé l’item **42** « j’ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l’item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l’item **44** « j’ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L’item **45** « j’ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Célia a répondu avec la fréquence de **2** sur l’échelle de 1 à 5 qui signifie de fois.
- L’item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence de **3** sur l’échelle de 1 à 5 correspondant à des fois.
- L’item **47** « en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Célia a répondu avec la fréquence de **4** sur l’échelle de 1 à 5 correspondants à beaucoup.
- L’item **48** « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », Mme Célia porte de l’intérêt à sa famille et son mari.
- L’item **49** « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Célia est non.

6.3. L’analyse des résultats de l’échelle de Beck

- Présentation du tableau de résultat du cas de Mme Célia :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de
Cotation	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	1	1	9	Légère

-l’analyse de des résultat :

Mme Célia était triste, le sentiment de peur est très présent sur son visage, « *ougadhagh mlih ayimeth l bébé inou* », l’item **A** le degré **1** « je me sens cafardeux ou triste » Mme Célia vie dans un état de peur.

En ce qui concerne son l'avenir elle a du courage et d'espoir item **B** le degré **0** « je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir » « *twaligh tddoun iyid oussan l3ali* » elle a manifesté un sentiment de courage et d'espoir.

L'absence de sentiment d'échec de sa vie item **C** le démontre le degré **0** « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ».

Célia n'arrive pas à profiter des circonstances item **D** le degré **1** « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » « *g imi yidekhsser thadissth gher da ur tehibigh ara ak adefghagh awi youfan gouxxam kn* ».

Absence de sentiment de culpabilité item **E** le démontre, le degré **0** « je ne me sens pas coupable » « *ou tehoussough ara ndemagh g kra* ». Elle n'est pas déçue par soi-même item **F** le degré **0** « je ne suis pas déçu par moi-même ».

Mme Célia maintenant s'intéresse moins aux autres gens, l'importance de la vie des autres est diminuée, item **H** le degré **1** « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois ».

Elle évite de prendre de décision, item **I** le degré **1** « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision » « *ilaq ad chiwragh qvel argaz iw* ».

Elle fait attention à son apparence physique item **J** le degré **2** « J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux » « *tehibigh adqewmagh iman iw, ad chebbehagh si non ma kharboubchagh kn tvinaghd chemthagh* ».

Célia travaille aussi facilement qu'auparavant item **K** le degré **0** « je travaille aussi facilement qu'auparavant ».

Elle se fatigue plus qu'avant item **L** le degré **1** « je suis fatigué plus facilement que d'habitude » « *lavoud axxam wehdi chghel n wekham d nki 3eggough thagarayi* ».

L'appétit de Mme Célia n'est pas aussi bon que d'habitude, elle mange beaucoup moins qu'avant item **M** le degré **1** « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude » « *les derniers temps ayi neqssagh g lmakla* ».

Synthèse

D'après les données obtenues par la baie de l'entretien de recherche semi directif et le questionnaire ALPHA, nous avons constaté que Mme Célia bien qu'elle est maintenant enceinte mais ce n'est pas un événement qu'elle juge heureux pour elle, en raison des problèmes auxquels elle a dû faire face durant son avortement. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montre qu'elle souffre d'une dépression légère dû à un sentiment de peur excessif à cause de la fausse couche qu'elle a vécu auparavant.

7. Le cas N°7 :

7.1. Présentation et analyse de l'entretien du cas de Mme Noria :

Il s'agit d'une femme au foyer âgée de 41 ans, un niveau scolaire moyen, Elle était enceinte de son quatrième enfant, de sexe masculin. Issu d'une famille pauvre, son mari est un manœuvre. Enceinte en 7eme mois, elle été hospitalisée en raison d'une tension artérielle.

Mme Noria était très coopérative avec nous, elle a répondu à tous nos questions, mais elle ne maîtrise pas trop la langue française, ce qui fait que nous avons en recours à la version traduite en kabyle de notre guide d'entretien.

Mme Noria est une mère de 3 enfants, deux filles et un garçon. Elle est enceinte en 7eme mois, le sexe du bébé est masculin. Elle ne souffre d'aucune maladie organique avant et pendant la grossesse.

Durant la 1ere question Noria nous a parlé tristement et avec une baisse voix on a constaté qu'elle ne désire pas sa grossesse, elle n'est pas programmée d'après ses dires « *ur vghigh ara tadist-a, 3 ayi déjà bzafit, argaz-iw taswi3et adikhdem taswi3et khati* » « *c'est une grossesse que je ne voulais pas car j'ai 3 enfants qui est beaucoup, mon mari des fois il travail des fois non* » et pour son mari aussi lorsqu'il a reçu la nouvelle, sa réaction n'était pas heureuse. Lorsqu'on l'interroge sur sa relation familiale, Mme noria nous a dit qu'elle a des conflits avec les femmes de ses beau-frère « *tassement fli tnoudhathin-iw, ountemssefham ara* ».

Pendant la période de sa grossesse elle faisait des tâches ménagères seule, elle a faite de travail forcé, d'après ses dires « *3yigh nki kn igekhddmen chghel, khedment iyi zkara* », l'état de Mme Noria la conduit à perdre l'espoir de son avenir « *3yigh g dounith-iw* ».

On ce qui concerne son état psychique elle était déprimée, stressé et angoissé, elle souffre d'un trouble du sommeil « *setressigh mlih déprimigh ar les problèmes d tnoudhathin iw arnouyas thadisst ur ganagh ara deg- idh* ».

Mme Noria trouve le soutien par sa famille ainsi que ses voisines « *oufigh mlih axxam nagh d tejirathin iw 3awnen iyi ama s lehdour ama* ».

Sa relation avec son mari durant sa grossesse a changé « *outhtssupportigh ara akya tinithagh fel as* » « *elle ne le supporte pas* ».

Le conjoint de Mme Noria est un manœuvre, elle confirme que son mari ne subvient pas à tous ses besoins financiers, et leurs situations financières leurs ne permet pas de faire des soins.

Mme Noria a perdu le goût à la nourriture ces derniers mois. La perte d'appétit et le trouble de sommeil ont influencé sur son énergie ou-elle a devenue faible et fatigué « *3yigh mlih, fechlagh, ur s3igh ara l'appétit oula d idhes ur ganagh ara* ».

7.2. Analyse questionnaire ALPHA :

1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Noria a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » par la fréquence 4 sur l'échelle de 5 qui signifie que son mari est malheureux.
- L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* » Mme Noria a répondu par la fréquence 3 sur l'échelle de 5 qui signifie que sa famille se sent normale.
- L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence 3 sur l'échelle de 5 correspondant à une présence moyenne de la variable mesurée. Elle est soutenue par sa famille et ses voisines.
- L'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu par la fréquence 5 sur l'échelle de 5 signifiant que son conjoint ne va pas l'aider auprès du bébé.
- Mme Noria affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par sa mère

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Noria a répondu à l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » par la fréquence 5 sur l'échelle de 5 qui signifie que sa vie très stressante.
- L'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survienne dans ma vie* » Mme Noria affirme qu'elle est devenue faible et fatigué.

1.3. Relation avec le conjoint :

- Le sujet a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence 5 sur l'échelle de 5 qui est une relation très malheureuse.
- L'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence 3 sur l'échelle de 5, elle s'attends qu'ils s'entendront normal.

2. facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item **10** « pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 4 semaine de grossesse et il s'agit de son 4^{ème} enfant.
- L'item **11** « je vais prendre des cours prénatals » elle a répondu par soi-même.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item **12** « au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie » elle a confirmé qu'elle été très malheureuse en répondant avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5.
- L'item **13** « aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse » elle a répondu avec la fréquence **4** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle est malheureuse, elle a répondu par « *ouvghigh ara tadist-a* ». *C'est une grossesse qu'elle ne voulait pas.*

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item **14** « lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents », Mme Noria répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle avait une relation normale avec eux.
- L'item **15** « comme enfant je me sentais aimée par ma mère » elle a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 signifiant que sa mère l'aimée.
- L'item **16** « comme enfant je me sentais aimée par mon père » elle a répondu avec la fréquence **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent normale.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item **17** « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère » elle a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle s'inquiète beaucoup au fait d'être mère.

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Noria a l'item **18** « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » confirme qu'elle été déprimée, stressé et angoissé.
- L'item **19** « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » elle a répondu par non.

- L'item **20** « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ». Elle a répondu par non.
- L'item **21** « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », le sujet a répondu avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'elle se sent très triste.

3.facteurs toxicomanies :

- Mme Noria a infirmé l'item **22** jusqu'au **31** car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.

4.Facteurs de violences :

4.1. Relation avec les parents

- L'item **32** « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de **3** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils s'entendent normale entre eux.
- Mme Noria a l'item **33** « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère » elle a répondu par la fréquence **2** qui signifie des fois.
- L'item **34** « parfois mes parents m'effrayaient où me blessaient » elle a répondu par la fréquence **2** sur l'échelle de 5 qui signifie des fois
- L'item **35** « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant » elle a infirmée

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item **36** « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Noria répondue avec la fréquence **5** sur l'échelle de 5 qui signifie que leurs relations sont avec beaucoup de tension.
- L'item **37** « nous réglons nos conflits » Mme Noria a répondu avec une fréquence de **4** sur l'échelle de 5 qui signifie qu'ils règlent leurs conflits avec difficulté.
- Mme Noria à répondu à l'item **38** « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 correspondant à des fois.
- L'item **39** « j'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 correspondants à des fois.
- L'item **40** « j'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint » Mme Noria a répondu avec la fréquence **2** sur l'échelle de 5 correspondant à des fois.

- L’item **41** « j’ai été forcé d’avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Noria a répondu avec la fréquence **1** sur l’échelle de 5 correspondant n’a jamais.

Education des enfants :

- Mme Noria infirme l’item **42** « j’ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l’item **43** « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l’item **44** « j’ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- L’item **45** « j’ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Noria a répondu avec la fréquence **2** sur l’échelle de 5 qui signifie des fois.
- L’item **46** « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence **5** sur l’échelle de 5 correspondant à très souvent.
- L’item **47** « en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Noria a répondu avec la fréquence de **5** sur l’échelle de 5 correspondants à beaucoup.
- L’item **48** « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », Mme Noria porte de l’intérêt a ses enfants.
- L’item **49** « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel type de difficultés ? », la réponse de Mme Noria « *vghigh asehkough ak dounith-iw* » *je vais lui raconter toute ma vie et tous ce que j’ai vécu* ».

7.3. L’analyse de l’échelle de Beck

- Présentation du tableau de résultat de Mme Noria :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
Cotation	3	3	3	3	0	2	1	1	3	0	2	1	3	25	Sévère

-L’analyse des résultats de l’échelle :

La tristesse sur le visage de Mme Noria est très claire, item **A** le degré **3** « je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter ».

Ce qui concerne son avenir quand elle pense au futur, elle se sent décourager et désespérée, item **B** le degré **3** « je sens qu’il n’y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s’améliorer » « *wlach ak kra n l’espoir* » « *elle n’a aucun espoir pour son avenir* ».

Le sentiment d'échec est très présent dans toute sa vie personnelle, item **C** le degré **3** « j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants) » « *oudemzigagh ara akya tnoudhathin iw* ».

Noria est insatisfaite de tout, item **D** le degré **3** « je suis mécontent de tout ». Elle était vraiment dégoûtée et déçu d'elle-même, item **F** le degré **2** « je me dégoute moi-même » « *de fois isdigoutay iyi l3emriw, tdigoutayagh g lhala gi t3ichagh* ». Elle pense beaucoup à la mort, item **G** le degré **1** « je pense que la mort me libérerait » « *twaligh ala lmouth ara yisselken* ».

Ce qui concerne l'item **H**, Mme Noria maintenant elle s'intéresse moins aux autres gens, le degré **1** « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois » « *thagarayi ouyithewqi3 ara g l3ivadh* ».

Elle se dit irresponsable de sa propre vie, item **I** le degré **3** « je ne suis plus capable de prendre la moindre décision » « *ur tehibigh ara adeddmagh la décision, alwaq iseyyagh tagheltagh* ».

Pour son physique elle n'a aucun sentiment d'être disgracieux, item **J** le degré **0** « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Noria a besoin d'un grand effort pour faire quoi que ce soit, item **K** le degré **2** « il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit ». Elle se fatigue plus qu'avant, item **L** le degré **1** « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ». « **3yigh mlih thagarayi** ».

Mme Noria a perdu le goût à la nourriture, item **M** le degré **3** « je n'ai plus du tout d'appétit ».

Synthèse :

Selon les résultats obtenus durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Noria ne désire pas sa grossesse, elle le juge de fardeau dur à porter, conflits familiaux en cette période de vulnérabilité. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression sévère du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Rania vit très mal sa grossesse.

Le Cas N°8 :

8.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mme Nesrine :

Mme Nesrine âgée de 29 ans, avec un niveau d'instruction de 2^{ème} année master, elle exerce autant qu'enseignante au lycée, mariée depuis 2015, son conjoint travail autant que commerçant. Il s'agit de sa deuxième grossesse, elle a été hospitalisée en raison d'une l'hypertension artérielle, absence des antécédents médicaux et psychiques.

Durant l'entretien Mme Nesrine était agitée, elle beaucoup pleurée mais elle était coopérative avec nous, elle maîtrisée la langue française ce qui fait que on n'a pas eu recours à la version traduite de notre guide d'entretien.

Mme Nesrine est une maman d'une petite fille de 1 ans et demi, et enceinte à 20 semaine (5 mois) de grossesse, le sexe du bébé est féminin, elle souffre d'une hypertension artérielle depuis ses 8 semaine (2 mois) de grossesse, les premiers temps elle prenait des médicaments mais ces derniers temps ils ne lui baissé pas sa tension artérielle, c'est pour cela qu'elle est hospitalisée. Mme Nesrine fait régulièrement son suivie gynécologique. Elle confirme qu'elle a fait du travail forcé quatre jour avant son hospitalisation, elle a dit : « *kheddmagh le ménage i remtan 3yigh mlih, farsarzaghafendjala nel ménage ayi ithettagui la tension iw adssoub* », « *j'ai fait le ménage pour le ramadan, d'ailleurs je pense que c'est à cause de cela que ma tension artérielle est incontrôlable* ».

Mme Nesrine dit qu'elle est une grossesse non programmée « *d rebbi sevhanou ittidiifkan* » « *c'est un cadeau du bon dieu* », contrairement a la première, elle dit qu'elle était très heureuse quand elle a su qu'elle était enceinte « *imi kheddmagh le test de grossesse wlagheth fghend sin les traits frhagh mlih* », « *lorsqu'elle a fait le test de grossesse et elle a vue deux traits rouges elle était très heureuse* ». Par contre la réaction de son conjoint était plus froide que la sienne « *argaz-iw ifqa3 imi isennighougevgha ara ad narnou darya thourra, parce que yevgha anrouh ar l'étranger.... Inayid seghlithid* » « *mon conjoint était en colère lorsque je lui ai dit, il ne voulait pas avoir un autre enfant maintenant, car il voulait qu'on parte à l'étranger.... Il m'a dit de l'avorter* ». Mme Nesrine à refuser d'avorter son bébé et depuis sa relation avec son conjoint est tendue « *nighasouthidseghlayagh ara d lehram.... Youghalouyidittla3 ara* » « *je lui ai dit non je ne vais pas avorter car c'est un pécher..... depuis il ne me parle plus* »

En effet, elle déclare que avant cette grossesse, ils vivent bien, son conjoint a toujours voulu quitté le pays et elle partage son idée, elle déclare que depuis qu'elle était enceinte leurs relation a complètement changer, et selon elle ils ont beaucoup de problèmes du a cette grossesse « *avant la grossesse ayi ont vivait très bien, argaz-iw ivgha ad yagh lvisa ar l'Espagne, mais après la grossesse ayi iqariyid belli theskharvedh iyi les plans neynou.....ouzmiregh ara adaghagh lvisa pour 4 personne ghlay* » « *avant la grossesse ont vivait très bien, mon conjoint voulais acheter le visa pour l'Espagne, mais après cette grossesse il me dit que tu m'a détruit mes plans et qu'il ne pourrait pas acheter le visa pour 4 personne car c'est très cher* ».

Mme Nesrine elle était très contente lorsque le gynécologue lui a dit qu'elle était enceinte d'une fille « *asmi iyidina taqchicheth frhagh mlih parceque tiqchichinivghigh adess3ough* », son conjoint par contre n'avez aucune réaction « *outtouq3ith ara lma3na, ur i3lim ara yessi nni sel bébé iw* » « *il s'en fout de moi et du bébé* », son conjoint avez des préférences concernant le sexe du bébé, il a toujours voulu avoir le premier bébé de sexe masculin.

Mme Nesrine a toujours eu peur et appréhende le moment de l'accouchement « *ougadegh mlih l'accouchement...Parceque s thadhisseth nni tamenzouthsoufrigh* » « *j'ai vraiment peur de l'accouchement...car durant mon premier accouchement j'ai souffert* »

Elle dit que depuis qu'elle est enceinte, elle ressent une tristesse énorme au fond elle en raison du conflit entre elle et son conjoint au fait qu'il n'accepte pas la grossesse « *oudmaginigh ara akk adikhdem akk, ouyidittla3i ara fendjala n tadisth.... Ar assa ouyidittla3 ara* » « *je n'ai jamais imaginer qu'il me fasse ainsi, il ne me parle plus à cause de la grossesse.....jusqu'à l'heure d'aujourd'hui il ne me parle plus* »

Elle confirme qu'elle a toujours de l'espoir par rapport à l'avenir « *3elmagh asma adlal yelli adawi lkhir yides...anarvah fel-as inchallah* » « *je sais que lorsque ma fille naitra elle sera porteuse de bonheur.....elle nous apportera bonheur* ».

Mme Nesrine, a dû quitter son poste de travail contre son gré à cause de son conjoint qui lui a interdit d'y aller « *ligh kheddmagh g l'enseignement mais après gmi iga3lem bellienceinte inayidseghlithid goumagh, directement inayid alors ur thekhedemedh ara.....ivongid sel khoudmaw* » « *j'étais enseignante mais après que mon conjoint été au courant que je suis enceinte et il am demander d'avorter et j'ai refusé, il m'a directement refusé que je continue de travailler.....il se soit vengé* ».

A l'heure d'aujourd'hui, Mme Nesrine se sent très triste à cause du conflit qu'il y'a entre elle son conjoint et culpabilise par rapport à sa grossesse « *thikwal qarghas loukan akhir seghlithidthadissth iw thilaq oudidhri ara wanechtha* » « *Dès fois, je me dis j'aurais dû avorter pour ne pas en arriver là* ».

Mme Nesrine, vit avec sa belle-famille, avec beaux-parents et ses 2 belles-sœurs non mariées, lorsque ses beaux-parents ont su qu'elle était enceinte, ils étaient heureux « *imgharniw imi 3elmen belli sthadisth iligh, farhen* » « *lorsque mes beaux-parents ont su que j'étais enceinte, ils étaient très contents* ». Selon elle, lorsqu'elle leur a dit que le bébé est de sexe féminin ils étaient mécontents « *vghan ades3ough aqchich* » « *ils veulent un garçon* ».

Mme Nesrine, confirme que sa relation avec sa belle-famille est devenue tendue depuis qu'ils ont suent pour le sexe du bébé « *hedren felli belli tiqchichin kan ara ades3ough, jamais ades3ough aqchich.....tamghart iwthenayid iwachoukem mayela* »

tiqchichin kan ara adess3oudh » « ils parlent sur moi, ils disent que j'aurais que des filles et jamais j'aurais de garçon.....ma belle-mère m'a dit tu serres a quoi si tu aurais que des filles ». De plus, elle déclare que presque tous les jours sa belle-mère se dispute avec elle pour la moindre des choses « *thetnagh yidi themgharhiw pour des choses bêtes.....ouyidjin ara ad 3chagh la grossesse iw bien, ad farhagh am nekki am lkhalath* » « elle se dispute avec moi pratiquement tous les jours pour des choses bêtes..... Ils me n'ont pas laisser vivre ma grossesse en paix »

Elle confirme, qu'elle est soutenue que par sa mère durant cette période de grossesse « *ala yemma iyoufigh ar thamaw* » « y'a eu que ma mère à mes côtés ».

8.2. Analyse questionnaire ALPHA de Mme Nesrine :

8.2.1. Facteurs familiaux :

1.1. Soutien concret et affectif disponible :

- Mme Nesrine a répondu à l'item 1 « *concernant cette grossesse mon conjoint se sent* » avec la fréquence de 4 sur une échelle de 1 à 5 qui signifie que son conjoint se sent malheureux à propos de la grossesse
- Ensuite, L'item 2 « *concernant cette grossesse ma famille se sent* », Mme Nesrine a répondu avec la fréquence de 2 sur une échelle de 1 à 5 qui signifie que sa famille se sent heureuse.
- A L'item 3 « *concernant cette grossesse je me sens soutenue par les autres* » elle a répondu avec la fréquence de 3 sur une échelle de 1 à 5 correspondants à une présence moyenne de la variable mesurée. Mme Nesrine a ajouté un commentaire : « *Je suis soutenue par ma famille et ma belle-famille mais pas mon mari* ».
- De plus, à l'item 4 « *mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé* » elle a répondu avec la fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5, ce qui signifie que son conjoint ne va pas du tout l'aider concernant l'éducation de leurs bébés.
- Enfin Mme Nesrine affirme à l'item 5 « *à la maison avec le bébé j'aurai de l'aide* » qu'elle recevra de l'aide par sa sœur.

1.2. Récents événements de vie stressants :

- Mme Nesrine a répondu a l'item 6 « *durant la dernière année ma vie a été* » avec la fréquence de 4 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à une vie stressante.
- A l'item 7 « *en même temps que ma grossesse des changements survient dans ma vie* » Mme Nesrine affirme qu'elle a perdu son travail à cause de son conjoint qui lui a interdit d'y aller.

1.3. Relation avec le conjoint :

- Mme Nesrine a répondu à l'item 8 « *ma relation avec mon conjoint est habituellement* » avec la fréquence de 4 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à une relation malheureuse.
- A l'item 9 « *après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et nous nous entendions* » elle a répondu avec la fréquence de 3 sur une échelle de 1 à 5, qui signifie qu'elle s'attends qu'ils s'entendent normal, à la fin elle a ajouté un commentaire « *je souhaite que notre bébé apporte le bonheur entre nous* ».

2. Facteurs maternels :

2.1. Les soins prénataux :

- Le sujet a répondu à l'item 10 « pour cette grossesse j'ai rencontré le médecin la première fois à 3 semaine de grossesse et il s'agit de son 1^{ère} enfant.
- Et à l'item 11 « je vais prendre des cours prénataux » elle confirme qu'elle va apprendre sur des vidéo YouTube.

2.2. Sentiments à propos du fait d'être enceinte :

- L'item 12 « au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie » elle a confirmé qu'elle été très heureuse en répondant avec la fréquence 1 sur une échelle de 1 à 5.
- Et a l'item 13 « aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse » elle a répondu avec la fréquence de 3 sur une échelle de 1 à 5, qui signifie qu'elle est moyennement satisfaite car elle appréhende beaucoup l'accouchement.

2.3. Relation avec les parents :

- A l'item 14 « *lorsque j'étais je m'entendais avec mes parents* », Mme Nesrine a répondu avec le score 1 qui signifie qu'elle avait une très bonne relation avec eux.
- Ensuite, à l'item 15 « *comme enfant je me sentais aimée par ma mère* », elle a répondu avec une fréquence de 1 sur une échelle de 5 que sa mère l'aimée beaucoup.
- De plus à l'item 16 « *comme enfant je me sentais aimée par mon père* », elle a répondu avec une fréquence de 1 sur une échelle de 5 qui signifie qu'elle était beaucoup aimée par son père.

2.4. Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère :

- L'item 17 « j'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/être mère », Mme Nesrine a répondu avec une fréquence de 1 sur une échelle de 5 qui signifie

qu'elle n'a aucune inquiétude au fait d'être mère. A la fin elle a ajouté un commentaire : « *Bien au contraire j'attends mon bébé avec impatience* »

2.5. Le bien-être émotionnel :

- Mme Nesrine a l'item 18 « j'ai déjà eu des problèmes émotifs » confirme qu'elle souffrait d'un stress extrême.
- Ensuite elle infirme l'item 19 « j'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social » et l'item 20 « actuellement, je rencontre un psychiatre/ psychologue/travailleur social ».
- Enfin à l'item 21 « depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt », elle a répondu avec la fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à triste. Mme Nesrine a ajouté un commentaire : « *je me sens triste par rapport à ma relation avec mon mari* ».

3.Facteurs toxicomanies :

- Mme Nesrine infirme l'item 22 jusqu'à 28 car elle n'est pas concernée par la consommation d'alcool et de drogue.
- A l'item 29 « mon conjoint utilise de la drogue pour obtenir un effet agréable » a répondu avec la fréquence de 1 sur une échelle de 1 à 5, qui correspond à jamais.
- De plus Mme Nesrine infirme l'item 30 « mon conjoint a un problème de drogue » et l'item 31 « dans le passé mon conjoint a eu un problème de drogue ».

4.Facteurs de violences :

4.1. Réaction avec les parents :

- A l'item 32 « mes parents s'entendaient habituellement » avec la fréquence de 1 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à très bien.
- Mme Nesrine à infirme l'item 33 « parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère », l'item 34 « parfois mes parents m'effrayaient ou me blessaient » et à l'item 35 « j'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant ».

4.2. Relation avec le conjoint :

- L'item 36 « ma relation avec mon conjoint est habituellement », Mme Nesrine à répondu avec la fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5, qui signifie que leur relation est habituellement avec beaucoup de tension, correspondant à une présence très fréquente de la variable mesurée.
- A L'item 37 « nous réglons nos conflits », Mme Nesrine a répondu avec une fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5, signifie qu'ils règlent leur conflit avec

beaucoup de difficulté ce qui correspondant à la présence très fréquente de la variable mesurée.

- Mme Nesrine à répondu à l’item 38 « je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint » avec une fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5 qui correspond à très souvent.
- A l’item 39 « j’ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint » elle a répondu avec une fréquence de 2 sur une échelle de 1 à 5, qui correspond a dès fois.
- A l’item 40 « j’ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint » Mme Nesrine a répondu avec la fréquence de 4 sur une échelle de 1 à 5, correspondant a souvent.
- Enfin, l’item 41 « j’ai été forcé d’avoir des relations sexuelles contre mon gré », Mme Nesrine a répondu avec une fréquence de 1 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à jamais.

4.3. Education des enfants :

- Mme Nesrine infirme l’item 42 « j’ai des enfants qui ne vivent pas avec moi », l’item 43 « mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui » et l’item 44 « j’ai été en contact avec la direction de la protection jeunesse ».
- A l’item 45 « j’ai été punie sévèrement étant enfant », Mme Nesrine a répondu avec la fréquence de 1 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à jamais.
- Et à l’item 46 « je crois que les fessés sont nécessaires » elle a répondu avec la fréquence de 4 sur une échelle de 1 à 5, correspondant a souvent.
- A l’item 47« en générale accordée vous de l’importance à votre vie familiale ou émotionnelle », Mme Nesrine a répondu avec la fréquence de 5 sur une échelle de 1 à 5, correspondant à beaucoup.
- A l’item 48 « quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ? », Madame Nesrine porte de l’intérêt a sa famille.
- A l’item 49 « si vous souhaitez de l’aide psychologique, présentez pour quel tpe de difficultés ? », la réponse de Mme Nesrine est :« *je souhaite de l’aide psychologique pour ma relation de couple, je veux que la relation avec mon mari soit meilleure qu’elle en a aujourd’hui mais aussi pour le fait que j’ai un problème de faire transmettre un message, j’ai l’impression que les gens ne me comprennent pas* ».

8.3. L’analyse de l’échelle de Beck:

- Présentation du tableau de résultat de Mme Nesrine :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	SCORE	Type de dépression
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	-----------------------

Cotation	3	0	1	2	2	1	1	1	2	0	1	2	3	19	Sévère
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

- L'analyse de l'échelle de Beck de Mme Nesrine:

Lors du l'item **A**, Mme Katia a choisie le degré **3** « je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir », car elle sentait tout le temps triste elle ne pouvait rien y faire pour s'en sortir de cette situation, « *je suis triste imi ouyiditt la3i ara wergaziw, triste pour cette situation imi inewedh ar wanechtha* » « *je suis très triste que mon conjoint ne me parle plus, triste pour cette situation et que nous en soit arrivé là* »

Mme Katia est découragée et désespérée au sujet de l'avenir, l'item **B** le degré **0** le prouve. « Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir », « *s3igh toujours l'espoir* » « *j'ai toujours de l'espoir pour l'avenir* ».

Elle voit qu'elle a échoué dans sa vie plus que la plupart des gens item **C** le degré **1** « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens » « *twaligh lkhalth akk revhentt deg yexxamen nsent ala nekki* » « *toutes les femmes sont épanouies sauf moi* »

De plus, elle n'arrive pas à profiter des circonstances item **D** le degré **2** « je ne tire aucune satisfaction de quoi que ce soit » le prouve. « *Uriyiditta3djav walou, srouhagh le gout n dounith* » « *rien ne me plait, j'ai perdu le gout à la vie* ».

Elle se voit coupable l'item **E** le degré **2** le prouve « je me sens coupable » elle a dit « *tthoussough belli gheltagh et khed3agh argaz-iw, thikwal qarghas loukan akhir saghlighettid* » « *je me sens coupable des disputes avec mon mari, dès fois je me dis j'aurais due avortée* »

Mme Katia se hait **F** le degré **1** « je me hais » la montre. « *Karhagh imaniw imi comportigh comme tel asmi i3elmagh taqchicheth, loukan d assen i d assa jamais as3iwdagh* » « *je me hais pour tout ce que j'ai fait lorsque j'ai su que c'est été une fille, chose que je ne reproduirais jamais* ».

Mme Nesrine pense que la mort la libèrerait de la douleur et la tristesse qu'elle ressent, l'item **G** le degré **1** le montre. « Je pense que la mort me libèrerait ».

L'importance de la vie des autres est diminuée, maintenant elle s'intéresse moins au gens, item **H** le degré **1** « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois » le prouve.

Madame Nesrine, essaie de ne pas prendre de décision, l'item **I** le degré **2** « j'ai de grande difficulté à prendre de décision » le montre. « *Ouzmiregh ara ad* »

désidigh ttadjagethen khedmen aken vghan » « je ne peux pas prendre de décision ...je les laisse faire »

Elle ne se trouve pas laide « *je ne pense pas bellichemthagh aken iligh zik iqimagh nagh thourraakhir* » « je pense pas que je suis laide, je suis resté celle que j'étais avant, voire mieux maintenant », item **J** le degré **0** « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Mme Katia a besoin d'un effort pour commencer à faire quelque chose que soit « *ilaq ad sta3fou qvel aken ad vdough ad kheddmagh chghel* » « je dois me reposer d'abord avant que je commence le travail », item **K** le degré **1** « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose »

Elle est fatiguée plus facilement que d'habitude, item **L** le degré **2** « faire quoi que ce soit me fatigue ». Ce qui concerne l'appétit de Mme Katia maintenant n'est pas aussi bon que d'habitude item **M** le degré **3** « je n'ai plus du tout d'appétit ».

Synthèse :

D'après les données obtenues à partir de l'entretien semi-directif et les résultats du questionnaire d'ALPHA de la santé des facteurs psychosociaux en périnatalité, nous avons constaté que Mme Nesrine, vivrait très mal sa grossesse sur le plan psychologique et relationnel en raison des conflits conjugaux et familiaux et l'absence du soutien familiale. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montrent que Mme Nesrine souffre d'une dépression sévère.

II-Discussions des hypothèses :

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses afin de répondre à nos questions de notre problématique. Afin d'affirmer ou d'infirmier l'hypothèses que nous avons formulé précédemment. Notre objectif est de connaître les différents facteurs psychosociaux qui pourraient influencer la santé mentale de ces 8 cas de femmes durant la période de grossesse en favorisant l'apparition ou l'évolution d'une dépression dite prénatale.

Pour répondre à nos questions de recherches et de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes étayés sur les données obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et du questionnaire ALPHA, ainsi que de l'échelle de Beck.

Hypothèses :

- *Les principaux facteurs psychosociaux qui contribueraient à la genèse de la dépression prénatal sont : une grossesse non désirée, la préférence pour sexe masculin, les évènements de vie stressant, complications liées a la grossesse, absence du soutien familiale, relation conjugale et familiale toxique, la précarité socio-économique.*
- *Oui, les facteurs prédominant dans notre groupe de recherche sont les conflits conjugaux, familiaux et la préférence pour sexe masculin.*

Cas N°1 : Mme Alma

Selon les informations obtenues à partir de notre entretien de recherche semi-directifs avec Mme Alma ainsi par le questionnaire ALPHA, nous pouvons dire qu'elle vit mal sa grossesse en raison de l'accident qu'elle a eu juste avant sa grossesse qui lui a laissé des séquelles sur le plan physiologique mais aussi sur le plan psychologique et relationnel. Et selon les résultats obtenus par l'inventaire de Beck, on a constaté que Mme Alma souffre d'une dépression sévère.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses.

Cas N°2 : Mme Sarah

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Sarah a des problèmes avec son conjoint que ne le soutien pas en cette période jugée difficile pour elle. Ainsi, elle eu des complications concernant sa grossesse qui menacé sa vie et celle de son bébé. Et

selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses.

Cas N°3 : Mme Rania

A partir des informations obtenues durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Rania a une relation tendue avec sa belle-mère en raison du sexe du bébé et une absence du soutien familial en cette période de vulnérabilité. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Rania vit mal sa grossesse.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses.

Cas N°4 : Mme Katia

Selon les données obtenues à partir de l'entretien semi-directif et les résultats du questionnaire de ALPHA de la santé des facteurs psychosociaux en périnatalité, nous avons constaté que Mme Katia vit très mal sa grossesse sur le plan physiologique, psychologique et relationnel en raison des conflits familiaux. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montrent que Mme Katia souffre d'une dépression sévère

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses

CasN°5 : Mme Lyla

On se basant sur les résultats obtenus durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Lyla a une relation tendue avec sa belle-mère en raison du sexe du bébé et une absence du soutien familiale, qui l'ont conduit à un déménagement. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression modérée du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Lyla vit mal sa grossesse.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses

Cas N°6 : Mme Célia

Suite aux données obtenus par la baie de l'entretien de recherche semi directif et le questionnaire ALPHA, nous avons constaté que Mme Célia bien qu'elle est maintenant enceinte mais ce n'est pas un événement qu'elle juge heureux pour elle, en raison des problèmes auxquels elle a dû faire face durant son avortement. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montre qu'elle souffre d'une dépression légère dû à un sentiment de peur excessif à cause de la fausse couche qu'elle a vécu auparavant.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses

Cas N°7 : Mme Noria

Selon les résultats obtenus durant l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Alpha, nous avons constaté que Mme Noria ne désire pas sa grossesse, elle le juge de fardeau dur à porter, conflits familiaux en cette période de vulnérabilité. De plus, selon les résultats obtenus par le questionnaire de Beck nous avons constaté qu'elle présentée une dépression sévère du a ses facteurs. De ce fait nous pouvons dire que Mme Rania vit très mal sa grossesse.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses

Cas N°8 : Mme Nesrine

A partir des informations et données obtenues à partir de l'entretien semi-directif et les résultats du questionnaire de ALPHA de la santé des facteurs psychosociaux en périnatalité, nous avons constaté que Mme Nesrine, vivre très mal sa grossesse sur le plan psychologique et relationnel en raison des conflits conjugaux et familiaux et l'absence du soutien familiale. De plus, les résultats de l'échelle de Beck montrent que Mme Nesrine souffre d'une dépression sévère.

D'après les résultats des trois outils, nous pouvons dire que ce cas confirme nos hypothèses.

➤ *Tableau récapitulatif des données obtenus :*

Cas	Type de dépression	Facteur en cause
Mme Alma	Dépression sévère	Événements de vie stressant
Mme Sarah	Dépression modéré	Le conflit conjugale
Mme Rania	Dépression modéré	Conflits familiaux, préférence pour le sexe masculin
Mme Katia	Dépression sévère	Conflits familiaux
Mme Lyla	Dépression modéré	Conflits familiaux Préférence pour le sexe masculin
Mme Célia	Dépression légère	Avortement
Mme Noria	Dépression sévère	Grossesse non désirée
Mme Nesrine	Dépression sévère	Conflit conjugale et familiale

A partir des discours et les résultats que nous avons obtenus, à partir des outils de recherche, nous avons pu constater que plusieurs facteurs psychosociaux qui contribueraient à l'apparition de la dépression chez ces femmes au cours de la grossesse. Ainsi, sur les facteurs prédominant dans groupe d'étude. En effet, nous avons confirmé nos hypothèses « *Les principaux facteurs psychosociaux qui contribueraient à la genèse de la dépression prénatal sont : une grossesse non désirée, la préférence pour sexe masculin, les évènements de vie stressant, complications liées à la grossesse, absence du soutien familiale, relation conjugale et familiale toxique, la*

précarité socio-économique », « Oui, les facteurs prédominant dans notre groupe de recherche est les conflits conjugaux ,familiaux et la préférence du sexe masculin .

Conclusion

Nous touchant maintenant à la fin de ce modeste travail de recherche qui à durer près d'un an. Ou nous avons abordée les facteurs psychosociaux susceptible de déclencher une dépression au cours de la grossesse.

Nous pourrons dire que la santé mentale est largement influencée par l'environnement social, économique et physique dans lesquels une personne vit. Nous pouvons dire que les facteurs psychosociaux peuvent être des facteurs de protection favorisant le maintien de la santé mental, toutefois, ils peuvent être des facteurs de risque favorisant le déclenchement ou l'évolution des pathologies mentales. De plus, les femmes sont plus affectées que les hommes par certains troubles mentaux particulièrement la dépression et leur vulnérabilité est étroitement liée aux facteurs psychosociaux dans lesquels elles vivent.

La dépression se caractérise par un changement profond de l'humeur, des habitudes, un sentiment de culpabilités...Ets, courant chez les femmes surtout durant la grossesse qui est une période qui se caractérise par la vulnérabilité et sensibilité.

Dans notre recherche, nous nous somme concentrer sur les facteurs psychosociaux susceptible de développer une dépression chez la femme cours de la grossesse. Tel une séparation, la perte d'un être cher, une situation précaire, un isolement, des conflits conjugaux et familiaux, absence de soutien sociale, une préférence pour un sexe, complications liées à la grossesse, une grossesse non désirée...etc.

Ainsi, le fait d'avoir eu des événements stressants, marquants dans la de vie de ses femmes tel que des accidents, déménagements, divorce, perte d'emploi jouent un rôle majeur dans la genèse de la dépression en cette période de vulnérabilité. De plus, certaines familles notamment en Algérie, ont des préférences pour le sexe masculin pour des raisons culturelles et sociales, le fait que la femme est enceinte d'une fille, cela engendrera des conflits familiaux qui l'affecteront non seulement sa santé mentale mais aussi plusieurs aspects de sa vie.

Notre attention est portée sur « *Les facteurs psychosociaux à l'origine les manifestations dépressives au cours de la grossesse* »

En effet, notre recherche a été effectuée au sein de l'hôpital de sidi aich dans le service de gynécologie et maternité. Notre groupe de recherche est composé de huit cas de femmes enceintes entre 5 à 7 mois. Dans notre étude nous nous sommes focalisés sur l'aspect relationnel, financier, psychologique et social des femmes enceintes souffrantes de dépression au cours de la grossesse.

Pour la vérification de nos hypothèses, nous avons utilisé un guide d'entretien clinique semi-directif, le questionnaire ALPHA pour les facteurs psychosociaux et

l'échelle de dépression de Beck, afin d'examiner la présence de facteurs de risque psychosociaux chez ces femmes, dans le but d'affirmer ou infirmer nos hypothèses.

A travers les résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que nos hypothèses intitulée «*Les principaux facteurs psychosociaux qui contribueraient à la genèse de la dépression prénatal sont : une grossesse non désirée, la préférence pour sexe masculin, les évènements de vie stressant, complications liées a la grossesse, absence du soutien familiale, relation conjugale et familiale toxique, la précarité socio-économique* » et «*Oui, les facteurs prédominant dans notre groupe de recherche est les conflits conjugaux ,familiaux et la préférence pour sexe masculin* », confirmé pour les pour les huit cas, donc on noté que ces femmes ont présentés des manifestations dépressives au cours de leurs grossesses, qui ont était durent a des facteurs psychosociaux.

Chaque sujet a présenté des évènements de leur vie notamment au cours de la grossesse. Le sujet Alma à confirmer les hypothèses dont elle souffre d'une dépression sévère en raison de l'accident qu'elle a eu juste avant sa grossesse qui lui a laissé des séquelles sur le plan physiologique mais aussi sur le plan psychologique et relationnel et des conflits avec son conjoint qui ne le soutien pas en cette période de fragilité. Le sujet Sarah a pu confirmer nos hypothèses, elle souffre d'une dépression modérée dus à des complications concernant sa grossesse qui menacé sa vie et celle de son bébé. D'un autre côté, le sujet Rania a pu confirmer aussi nos hypothèses, elle présenté une dépression modérée, qui est dû à sa relation tendue avec sa belle-mère en raison de préférence pour le sexe masculin et une absence du soutien familiale en cette période de vulnérabilité. Cependant, le sujet Katia présente une dépression sévère sur le plan physiologique, psychologique et relationnel en raison des conflits familiaux du a une préférence pour le sexe masculin.

De plus, le sujet Lyla à confirmer nos hypothèse présente, qui présente une dépression modérée du a des conflits qui y'a entre elle et sa belle-mère en raison de la préférence pour le sexe masculin mais aussi une absence du soutien familiale, qui l'ont conduit à un déménagement. Le sujet Célia, à aussi confirmer nos hypothèses bien qu'elle est enceinte mais ce n'est pas un événement qu'elle juge heureux pour elle, en raison des problèmes auxquels elle a dû faire face durant son premier avortement avant cette grossesse, ce qui fait qu'elle souffre d'une dépression légère. On arrive au sujet Noria, qui présente une dépression sévère au fait qu'elle ne désire pas sa grossesse, elle la juge de fardeau dur à porter pour plusieurs raisons à savoir financier, conflits familiaux en cette période de vulnérabilité. De ce fait elle confirme aussi nos hypothèses. Enfin, notre dernier sujet Nesrine, qui a confirmé nos hypothèses, présente une dépression en raison des conflits conjugaux et familiaux et l'absence du soutien familiale

A travers ces éléments, nous pouvons dire que la dépression vécue par les sujets au cours de la grossesse et le résultat des facteurs de risques psychosociaux a savoir les conflits conjugaux et familiaux, la précarité financière, événements traumatiques, absence du soutien familiale, préférence pour le sexe masculin, Ets.

Notre travail n'est qu'un aperçu sur les principaux facteurs psychosociaux susceptible de développer une dépression chez une femme enceinte en période de périnatalité, nous souhaitons qu'il soit une initiation pour d'autre recherche, on peut suggérer : de travailler sur « *l'impact de la dépression au cours de la grossesse sur la relation mère enfant* » « *l'impact de la dépression au cours de la grossesse sur la santé du nouveau-né* ».

Liste des références

1. Chahraoui, K. Bénonny, H. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod
2. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Daloz.
3. Angers, M. (1997). *L'initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. CEC
4. Akkouche, S. (2018, 16 Octobre). *Près d'un million d'Algériens concernés par des troubles mentaux. Le soir d'Algérie*. Retiré de : <https://algeria-watch.org/?p=69705>
5. Bocquet, C. (2014). Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme. Dans : journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction. 2014/43.8
6. Briffault, X. (2010). *La fabrique de la dépression*. (PP.57-104). Armand colin
7. Brocan, D. Papanikola, G. Sanida, E. Escard, E. (2015). *santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ?*. Revue medicale suisse.
8. Brochier, P. (2018). *Le soutien social ressenti par les femmes durant la grossesse*. Dumas
9. Brunce, E. Heine, R. (2021). *Nausées et vomissements en début de grossesse*
10. Carraz, L. (2014). *La prévention de la dépression anténatale*. Dumas
11. Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition
12. Coulibaly et al, (2021). *Facteurs associés aux troubles mentaux*, dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire 36(1): 52–57
13. Devraux, J-L. (2014). *Dépression et anxiété*. Paris. Monts, Ed :Dangles.
14. Douki dedieu, S. (2011). *Les femmes et la discrimination*. Odile jacob
15. Fernandez, L & Pedinielli, (2006). J.L. *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers* (N° 84), p. 41-51.
16. Fischer, G-H et al. (2020). Chapitre 6. Soutien social, santé et maladie. Dans : *Les bases de la psychologie de la santé*. (PP173-200). Dunod
17. GillesDes lauriers. Le deuil et santé mental. Dans : <https://palli-science.com>
18. Kabbaj, R. (2017, 05 mai). *Agence science-presse dans Naître et grandir*. Retiré de : <http://naitreetgrandir.com/fr>
19. Lakrouf, A. (2017). *Préférences des femmes relatives au sexe des enfants et caractéristiques sociodémographiques*. Université de Batna
20. M. Angers, (1994)
21. Mabile, M. (2013). *Prise en charge de la dépression chez la femme enceinte : revue de recommandations françaises*.
22. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
23. Noose, L. (2012). *Dépression prénatale et stratégies de coping*. Dans : Devenir. 2012/3(Vol.24)

24. Podesky, C. Greenberger, D. (2021). *Le grand livre des thérapies cognitives et comportementales*. Dunod.
25. Riquin, E. (2015). *Troubles psychiques de la grossesse et du post partum*. France
26. Robert, E. (2006). *Adaptation à la maternité Les facteurs de risque, leur dépistage et leur relation à l'anxiété maternelle périnatale*. Université de Montréal
27. Trudel, G. *Relation entre vie conjugale et la détresse psychologique, présentation du sujet avec emphase sur les couples Aînés et implications pour le développement d'une intervention cognitivo-comportementale* perspectives psy. 2011/3(Vol.50)
28. Wendland, J. (2007). *Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire*. *Enfances&psy*. 2007/1(N°34)

Annexes

Annexe N° 1 :

Le guide d'entretien en Français

Les caractéristiques personnelles :

Le nom :

Le prénom :

Age :

Niveau d'instruction :

Profession :

Antécédents médicaux :

Antécédents psychique :

Axe I : Information concernant la grossesse :

1. Est-ce que c'est votre première grossesse ? si non combien ?
2. Vous êtes à combien de semaines de grossesse ?
3. Quel est le sexe du bébé ?
4. Avez vous souffert d'une maladie organique au cours de votre grossesse ? laquelle ?
5. Fait-vous des suivi régulier chez le gynécologue ?
6. Lors de votre grossesse à ce que vous avez fais du travail forcé ?

Axe II : L'aspect psychologique :

1. Votre grossesse est-elle programée ?
2. Quelle été votre ressentie face a la nouvelle ?
3. Comment votre conjoint a-t'il réagit a la nouvelle ?
4. Quel été votre ressentie lors de l'annonce de sexe du Bébé ?
5. Avez vous des préfèrences par rapport au sexe du bébé ?
6. Avez vous des inquiétudes, des peurs par rapport a votre grossesse ? lesquelles ?
7. Vous sentez vous désespéré par rapport a votre grossesse ?
8. Avez vous eu événements marquant durant votre grossesse ?
9. Comment vous vous sentez-vous a l'heure d'aujourd'hui ?

Axe III : le contexte relationnel :

1. Quelle été la réaction de votre conjoint lors de l'annonce du sexe du bébé ?
2. Votre conjoint a-t'il des préférences par rapoort au sexe du bébé ?
3. Comment est-elle la relation avec votre conjoint ?
4. Votre relation de couple a-t-elle changé au cours de la grossesse ?
5. Votre conjoint partage-il vos idées et vos choix ?
6. Votre conjoint vous aide-il a faire les tâches ménagères ?
7. Avez-vous des enfants ? si oui combien ?
8. Comment est-elle votre relation avec vos enfants ?
9. Est-ce que l'éducation est difficile pour vous ?
10. Voyez vous que vous avez reussit l'éducation de vos enfant ?
11. Partager-vous le même foyer que votre belle famille ?
12. Votre belle famille est-elle grande ?
13. Comment-elle la relation avec votre belle famille ?
14. Votre relation avec votre belle famille a-elle changé durant votre grossesse ?
15. Les membres avec qui vous vivez partagent-ils vos idées et vos choix ?
16. Quelle été la réaction de la belle famille face a l'annonce de la grossesse ?
17. Quelle été la réaction de la belle famille par rapport au sexe du bébé ?
18. Quelles sont les personnes qui vous donnent un soutien pendant cette période ?

Axe IV : le contexte socio-économique :

1. Votre conjoint travail-il ? en quoi ?
2. Votre conjoint vous soutien-il financièrement ?
3. Votre situations financière vous permet-elle de faire vos soins ?

Annexe N° 2 :

Guide d'entretien traduit en Kabyle

Isam :

Lamar :

Thagheridh :

Thekhdmedh :

Tes3idh yakan lehlakath :

Ixef 1 : Ayen ya3nan tadist :

- 1- Tadissth-im tamenzouth ? Ma yella xati, achehal-it ?
- 2- Achehal aya deg mi threfded s tadist ?
- 3- Dachu ara des3ud ? Daqchich nagh taqchicht ?
- 4- Thes3idh lehlak imi thelidh s thadissth ?
- 5- Thetaghalel ar tviv-im yal lmahel ?
- 6- Mi ithelidh s thadhisseth thekhdmedh ayen ikmi3etven ?

Ixef 2 : Agraw uklisen :

- 1- I tadist-im tebnidh fel-as nagh khati ?
- 2- Amek ithehoussed imi t3elmedh s tadissth i thelidh ?
- 3- I wargaz-im amek igehouss imi isthenidh aqlikem s thadissth ?
- 4- Imi imdina tbib d aqchich nagh taqchicht amek ithehoussed ?
- 5- Dachu idmenadh ad tes3oud daqchich nagh taqchicht ?
- 6- Tes3idh lweswas negh lkhoul mi thelid s tadist-im ? dachut ?
- 7- Tetthussudh iman-im thehznedh imi thelid s tadisst ?
- 8- Theqd3edh layas asmi thelid s tadist ?
- 9- T3ached lhaja n diri mi thelid s tadist ?

Ixef e3 : Agraw ametti :

- 1- Imi ya3lem wargaz-im dachu ara des3ud, amk ighuss ?
- 2- Dachu idimenna wargaz-im ades3ud ?
- 3- Amk ithela thdukli nwen kmi ak d wargaz im thmezgemd ?
- 4- Thenbeddal fel-awen mi thelid s tadist ?
- 5- Argaz-im iqebbel tikiwin-inm, d lxetyarat-inm ?
- 6- Argaz-im yett3awan-ikm deg lechghal n uxxam ?
- 7- Tes3idh darya, mayla ih achehal ?

- 8- Amk thella tdoukli-im d waraw-im ?
- 9- Tu3er tarbiya-inm ?
- 10- Thetwal-im threbbam akn iqwem ?
- 11-Tezdid axxam akk d yemgharen-im ?
- 12-Meqreth twachult-nwen ?
- 13-Tmezged d yemgharen-im ?
- 14-Thenbeddal fel-awen thellid s tadist ?
- 15-Tawachult d wid thet3ichid, qeblen tiktiwin-inm d lxetyarat-inm ?
- 16-Amek ihussen wexxam-im imi sentennid adarwed ?
- 17-Amk ihussen wexxam-im imi 3elmen dachu ara des3ud ?
- 18-Menhou ik-mitt3awanen kra telid s tadist ?

Ixef 4 : Agraw anezrafu :

- 1- Argaz-im d axeddam ? dachu ixeddem ?
- 2- Argaz-im, yett3awan-ikm-id s tedrimt ?
- 3- Tagnit-inem deg thellid, thzemredh ad tdawid yis-s ?

Annexe N°3 :

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

(Beck Depressive Inventory- BDI 13)

Traduction française : professeur Pierre Pichot

Introduction et mise en garde : ce questionnaire ne doit pas servir à faire vous-même votre diagnostic de dépression. Le diagnostic ne peut être porté avec fiabilité que par un médecin au vu de divers éléments, les symptômes d'une dépression pouvant être très variables selon les individus. Ce questionnaire peut en revanche vous aider à suivre l'évolution de symptômes dépressifs au cours d'un traitement par exemple.

Consignes : Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel de ces deux dernières semaines. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie.

A	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants)	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3

E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3

K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Cotation : La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 questions. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- 0-4 : pas de dépression ;
- 4-7 : dépression légère ;
- 8-15 : dépression modérée ;
- 16 et plus : dépression sévère.

Nom _____ No. de dossier _____ Date _____

Nombre de semaines de gestation (Grossesse) _____

Date de naissance _____ Nom de votre médecin _____

Avoir un bébé implique habituellement des changements au niveau de la vie familiale. Vous souhaitez peut-être parler de vos préoccupations avec un professionnel du secteur mère/enfant. Il ou elle peut, peut-être, vous aider. Soyez assurée que la confidentialité va être respectée. Ce document sera révisé par un membre de l'équipe psychosociale afin de mieux évaluer vos besoins. Il est possible que l'on communique avec vous afin de vous offrir l'aide appropriée. Vous êtes évidemment tout à fait libre d'accepter ou de refuser.

S.V.P. répondez aux questions en encerclant le chiffre approprié ou utilisez l'espace pour inscrire vos commentaires ou enfin répondez par oui ou non. Si certaines de ces questions ne s'appliquent pas à votre situation, encerclez N/A (ne s'applique pas)

Votre vie familiale. S.V.P Répondez aux questions suivantes au sujet de votre vie familiale.

▪ **Soutien concret et affectif disponible**

- | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|---|------------------|-----|
| 1. Concernant cette grossesse, mon conjoint se sent : | Très heureux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureux | N/A |
| 2. Concernant cette grossesse ma famille se sent : | Très heureuse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureuse | |
| 3. Concernant cette grossesse, je me sens soutenue par les autres : | Beaucoup | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas du tout | |
| 4. Mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé : | Beaucoup | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas du tout | N/A |
| 5. À la maison avec le bébé j'aurai de l'aide (précisez de qui ?) | | | | | | | | |

Commentaires : _____

▪ **Récents événements de vie stressants (déménagement, changement ou perte d'emploi, maladie ou décès dans la famille, problèmes financiers etc.)**

- | | | | | | | | | |
|---|------------|---|---|---|---|---|-----------------|--|
| 6. Durant la dernière année ma vie a été : | Très calme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très stressante | |
| 7. En même temps que ma grossesse des changements surviennent dans ma vie : | | | | | | | non — oui — | |
| Si oui décrivez les changements : | | | | | | | | |

Commentaires : _____

▪ **Relation avec le conjoint (si cela s'applique)**

- | | | | | | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|---|------------------|-----|
| 8. Ma relation avec mon conjoint est habituellement : | Très heureuse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureuse | N/A |
| 9. Après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et moi nous nous entendions : | Très bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas bien du tout | N/A |

Commentaires : _____

Le stress dans votre vie. S.V.P Répondez aux questions concernant le stress dans votre vie..

22. Dans le passé, j'ai eu un problème de consommation d'alcool : non oui

Commentaires :

23. Chaque semaine je bois _____ consommations.

(1consommation = 1 ½ oz de boisson forte, 12 oz de bière, 5 oz de vin)

Commentaires :

24. À certains moments, il arrive que je boive plus : non oui

Si oui décrivez :

25. Parfois :

- Je pense que j'ai besoin de réduire ma consommation d'alcool : non oui
- Je me sens coupable concernant ma consommation d'alcool : non oui
- Les gens qui critiquent mes habitudes de consommations, me dérangent : non oui
- J'ai besoin de prendre de l'alcool le matin : non oui

26. Dans le passé, j'ai consommé de la drogue : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent

Commentaires :

27. Je consomme de la drogue, pour obtenir un effet agréable :
ex : marihuana Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent

28. J'ai des problèmes de drogue : non oui
Si oui décrivez :

29. Mon conjoint utilise de la drogue pour obtenir un effet agréable :
ex : marihuana Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

30. Mon conjoint a un problème de drogue : non oui N/A
Si oui décrivez

31. Dans le passé mon conjoint a eu un problème de drogue : non oui N/A

Commentaires :

▪ **Relation avec les parents (quand vous étiez un jeune enfant)**

32. Mes parents s'entendaient habituellement : Très bien 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A

33. Parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

34. Parfois mes parents m'effrayaient ou me blessaient : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

35. J'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant : non oui

Commentaires :

Votre vie personnelle. S.V.P Répondez aux questions concernant votre vie et vos émotions.

10. Pour cette grossesse, j'ai rencontré le médecin la première fois à _____ semaines de grossesse.
Il s'agit de mon 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e enfant (indiquer le nombre d'enfants)

11. Je vais prendre des cours prénatals : non — oui —
Si non pour quelles raisons :

Commentaires :

▪ **Sentiments à propos du fait d'être enceinte**

12. Au moment où j'ai su que j'étais enceinte, je me suis sentie : Très heureuse 1 2 3 4 5 Très malheureuse

13. Aujourd'hui je me sens au sujet de ma grossesse : Très heureuse 1 2 3 4 5 Très malheureuse

Commentaires :

▪ **Relation avec les parents**

14. Lorsque j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents : Très bien 1 2 3 4 5 Très mal

15. Comme enfant, je me sentais aimée par ma mère : Beaucoup 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A

16. Comme enfant, je me sentais aimée par mon père : Beaucoup 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A

Commentaires :

▪ **Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère**

17. J'ai des inquiétudes à propos du fait de devenir/d'être mère : Pas du tout 1 2 3 4 5 Beaucoup

Commentaires :

▪ **Bien-être émotionnel**

18. J'ai déjà eu des problèmes émotifs : non — oui —

19. J'ai déjà rencontré un psychiatre/psychologue/travailleur social : non — oui —

20. Actuellement, je rencontre un psychiatre/psychologue/travailleur social : non — oui —

21. Depuis que je suis enceinte, je me sens généralement plutôt : Heureuse Gaie 1 2 3 4 5 Triste « Down »

Commentaires :

▪ **Relation avec le conjoint (si s'applique)**

36. Ma relation avec mon conjoint est habituellement :	Sans tension	1	2	3	4	5	Avec beaucoup de tension	N/A
37. Nous réglons nos conflits :	Sans difficulté	1	2	3	4	5	Avec beaucoup de difficultés	N/A
38. Je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
39. J'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
40. J'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	
41. J'ai été forcée d'avoir des relations sexuelles contre mon gré :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
Commentaires :								

▪ **Éducation des enfants**

42. J'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi :							non	—	oui	—
43. Mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui :							non	—	oui	—
44. J'ai été en contact avec la Direction de la protection Jeunesse (DPJ) :							non	—	oui	—
45. J'ai été punie sévèrement étant enfant :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent			
46. Je crois que les fessés sont nécessaires :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent			
Commentaires :										

47. En général, accordez-vous de l'importance à votre vie familiale ou émotionnelle : Pas du tout 1 2 3 4 5 Beaucoup
48. Quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ?

49. Si vous souhaitez de l'aide psychologique, précisez pour quel type de difficultés?

Résumé

Les facteurs psychosociaux à l'origine des manifestations dépressives au cours de la grossesse

Cette étude porte sur les facteurs psychosociaux à l'origine des manifestations dépressives au cours de la grossesse, son objectif est de décrire, connaître les différents facteurs dit psychologiques et sociaux et leurs impact sur la santé mentale des femmes enceintes comme facteurs déclenchant d'une dépression au cours de cette période. En effet, elle s'est effectuée au sein de l'établissement public hospitalier situé à Sidi Aich, elle se porte sur huit cas de femmes enceintes entre 5 à 7 mois. Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique de recherche semi-directif, l'échelle de dépression de Beck et le questionnaire ALPHA, afin de connaître les différents facteurs psychosociaux qui ont influencé la santé mentale de ces 8 cas de femmes durant la période de grossesse en favorisant l'apparition ou l'évolution d'une dépression dite prénatale. Les résultats obtenus mettent en lumière l'existence de divers facteurs favorisant l'apparition et l'évolution d'une dépression chez la majorité des femmes au cours de la grossesse tel que ; une grossesse non désirée, la préférence pour sexe masculin, les événements de vie stressants, complications liées à la grossesse, absence du soutien familiale, relation conjugale et familiale toxique, la précarité socio-économique.

Mots clés : les facteurs psychosociaux, période prénatale, dépression, grossesse.

Abstract

Psychosocial factors at the origin of depressive manifestations during pregnancy

This study focuses on psychosocial factors at the origin of depressive manifestations during pregnancy, its objective is to describe, know the different so-called psychological and social factors and their impact on the mental health of pregnant women as triggering factors of depression. during this period. Indeed, it was carried out within the public hospital establishment located in Sidi Aich, it concerns eight cases of pregnant women between 5 to 7 months. In order to carry out this work, we opted for the descriptive type clinical method by case study, as well as the semi-directive clinical research interview as well as the Beck depression scale and the ALPHA questionnaire in order to know the different factors. psychosocial factors that could influence the mental health of these 8 cases of women during the pregnancy period by favoring the appearance or the evolution of a so-called prenatal depression. The results obtained highlight the existence of various factors favoring the appearance and evolution of depression in the majority of women during pregnancy, including unwanted pregnancy, preference for male sex, life events stressful, pregnancy-related complications, lack of family support, toxic marital and family relationship, socio-economic precariousness.

Keywords: psychosocial factors, prenatal period, depression, pregnancy.