



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

En psychologie clinique

Thème

**Le vécu psychologique des femmes enceintes
ayant subi une fausse couche**

Réaliser par :

- Salmi Katia
- Messaoui Miassa

Encadré par :

- Dr. Kheloufi Sihem

Année universitaire : 2022/2023

Remerciement

Tout d'abord, nous aimerions remercier Dieu de nous avoir donné la volonté, le courage et la patience de faire ce travail.

Nous remercions sincèrement : notre promotrice, Dr. Kheloufi Sihem, de nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et l'intérêt qu'elle nous a témoigné à ce travail, pour ses orientations, conseils et surtout pour sa patience. Soyez certaine de notre considération et de notre respect.

Nos remerciements vont aussi aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer notre travail.

Nous tenons à remercier également la Psychologue Mm Debou pour son orientation et sa disponibilité durant notre recherche, ainsi toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et de nous faire part de leur vécu.

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail, et une pensée vas également à nos parents et à tous nos amis(e) qui nous ont soutenus au cours de ces années.

Dédicace

Je dédie ce travail en signe de respect et de remerciement ;

A Mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études, A ma grande mère «yemma alout » que dieu te protège et te garde en bonne santé.

A mes sœurs, Dyhia et Sabrina pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.

A mes frères, Amine et Binor pour leur appui et leur encouragement.

A mes meilleures amies chacune par son nom, Kahina, Assia, Mouma, Nouna, Souad, Hassiba

Sans oublié mon binôme Miassa, que sans elle, ce travail ne serait pas réalisé, c'était un privilège de partager ce mémoire avec toi.

A tous ceux qui m'aiment et cru en moi, merci d'être toujours là.

Katia

Dédicace

Je dédie ce travail

A mon père et mes sœurs et frères qui m'ont toujours soutenue, et encouragée, je vous remercie pour vos conseils qui m'ont guidée vers les pas de la réussite, que dieu vous protèges.

A la mémoire de ma mère et frère inné, paix a leurs âmes.

A mes chers meilleurs amies que j'aime tellement, Sarah, Kihou, Djida, Lilia, Zahia.

A mon binôme Katia, pour tout le moment que n'a passé ensemble pour la réalisation de ce travail.

A la cher personne Amira, pour sa compréhension et qui ma toujours encouragé.

A toutes les personnes qui ont contribué durant mon parcours sans cité un et oublie l'autre.

Miassa

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicace

Introduction 1

Le cadre générale de la problématique

1. La problématique 3
2. Les hypothèses.....4
3. Le choix du thème.....5
4. Les objectifs du choix de thème5
5. Opérationnalisation des concepts clé..... 6

Partie théorique

Chapitre I : La grossesse et la fausse couche.

Préambule.....8

I. La grossesse

1. Définition de la grossesse.....8
2. La fécondation..... 9
3. Les trimestres de la grossesse.....10
4. Les changements Psychologiques et physiques chez les femmes enceintes.....12
5. L'enfant désiré et l'enfant non désiré.....15

II. La fausse couche

1. Définition de la fausse couche.....18
2. Types de fausse couche19
3. Les symptômes de fausse couche21
4. Les causes des fausses couches21
5. La prise en charge et traitement de la fausse couche.....23

Synthèse.....24

Chapitre II : le vécu psychologique de la fausse couche et la nouvelle grossesse

Préambule	25
I. Vécu psychologique de la fausse couche	
1. La définition du vécu psychologique	25
2. Le vécu d'une fausse couche	26
3. Processus du deuil	27
3.1 Étapes du deuil.....	28
3.2 Le deuil après un décès périnatal	29
II. Le vécu de la nouvelle grossesse	
1. La grossesse suivant une fausse couche	31
2. Attachement prénatal au bébé à venir	32
3. Le vécu psychique de la nouvelle grossesse.....	33
4. Les Réactions face la nouvelle grossesse	33
4.1. L'anxiété	34
4.1.1. La définition de l'anxiété	34
4.1.2. Principaux symptômes des troubles anxieux.....	34
4.1.3. Les types d'anxiété	35
4.1.4. L'anxiété chez les femmes lors de la nouvelle grossesse	36
4.2. Angoisse et affects dépressifs	37
5. Enfant de remplacement	37
Synthèse.....	38

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de recherche

Préambule.....	39
1. La démarche de la recherche	39
1.1 La pré enquête	39
1.2 L'enquête.....	40
1.3 Présentation du lieu de la recherche.....	40
1.4 La méthode de recherche	41
1.5 Étude de cas	41

1.6 Entretien clinique de recherche	42
2. Les caractéristiques de groupe de recherche	43
3. Les outils de la recherche.....	44
3.1 Le guide d’entretien	44
3.2 Échelle d’anxiété d’Hamilton	45
Synthèse.....	46

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	47
1. Présentation et analyses des données des entretiens	47
1.1 Analyse du premier cas	47
1.2 Analyse du deuxième cas.....	51
1.3 Analyse du troisième cas.....	54
1.4 Analyse du quatrième cas.....	57
2. Synthèse des cas.....	60
3. La discussion et la vérification des hypothèses de recherche	61
Conclusion	63

Bibliographie

Annexes

Liste d'abréviation :

SA	Semaine d'aménorrhée
ASG	Anxiété spécifique a la grossesse
FC	Fausse couche
IMG	Intervention médicale de grossesse
OMS	Organisation monial de santé
EPH	Établissement public hospitalier
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
C U	Curetage
AVS	Avortement spontané
ESPT	État de stresse post traumatique
NIMH	National Institute of Mental Health

Liste des tableaux :

Tableaux	Titres	Pages
N°1	Tableau récapitulatif de notre population d'étude.	43
N°2	résultats d'échelle du cas n°1.	50
N°3	résultats d'échelle du cas n°2.	53
N°4	résultats d'échelle du cas n°3.	56
N°5	résultats d'échelle du cas n°4.	59

Liste des figures :

Figures	Titres	Pages
N°1	La rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde	10
N°2	évolution de l'embryon, puis du fœtus, au cours de la grossesse.	12

Introduction

Le désir d'avoir un enfant peut être profondément ancré dans la nature humaine. Pour certaines personnes, la parentalité est considérée comme une expression fondamentale de leur identité et de leur épanouissement personnel. Ce désir d'enfant introduit la femme, par son physique à la maternité qui est une relation physiologique et psychologique en même temps. Pour elle, la maternité sera preuve de sa féminité et sexuation entant que femme.

La grossesse est une période de transformation et de développement unique dans la vie d'une femme. C'est une étape où une nouvelle vie commence à prendre forme à l'intérieur du corps de la future mère, elle est généralement une période d'anticipation, de joie et d'attente, mais elle peut aussi être accompagnée d'une myriade d'émotions, de défis et de changements physiques, ainsi certains risques sur la santé de la mère et du bébé.

Il est important de souligner que chaque grossesse est différente, et que le risque de complications peut varier d'une femme à l'autre car plusieurs événements dans la vie quotidienne peuvent infecter le fonctionnement psychique et le comportement de l'être humain, comme la fausse couche.

La fausse couche est une expérience difficile pour toutes les femmes, elle éprouve un large éventail d'émotion qui laisse des séquelles lors de leur prochaine grossesse, la crainte de revivre la même douleur et l'incertitude liée à une autre perte.

Chaque femme réagit différemment à cette nouvelle grossesse, pour certaines elles vivent leur grossesse avec joie et profite de chaque étape, pour d'autres elles le vivent avec une morbidité psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, stresse post traumatique.

Dans notre travail par les effets psychologiques on a choisi d'étudier l'anxiété qui se définit comme un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, d'inquiétude et de terreur face à un péril de nature indéterminée. Cette dernière est liée aux comportements de réaction de combat ou de fuite.

Lorsque la situation anxieuse s'introduit lors d'une grossesse qui suit une perte, elle est perçue comme incontrôlables ou inévitable, elles exigent une adaptation aux transformations profondes qui s'effectuent au niveau de l'organisme et du psychisme.

Notre recherche vise à évaluer l'état d'anxiété chez les femmes enceintes ayant subi une fausse couche, et de décrire les modalités d'annonce brutales éprouvée par des réactions psychologiques spécifique par l'utilisation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

Pour réaliser cette recherche, nous avons commencé par une introduction, l'opérationnalisation des concepts clés suivie d'une problématique dans laquelle nous avons proposé notre objectif de la recherche, nos questions ainsi nos hypothèses en suite on a fractionné le travail en deux grandes parties :

La première partie ; qui comporte l'aspect théorique du thème, et une seconde partie ; qui est réservé pour la partie pratique.

En effet la partie théorique comprend deux chapitres ; le premier, qui s'articule autour de processus de la grosse et les fausses couches, le second ; s'articule autour du vécu psychologique lors de la fausse couche et de la nouvelle grossesse.

La partie pratique, comporte deux chapitres :

Le premier est centré sur la méthodologie de recherche où on peut retrouver des explications concernant la méthode utilisée, des présentations ; des outils de recherche, de l'échantillon et du lieu de stage.

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

Le cadre générale de la problématique

1. Problématique :

La naissance d'un enfant vient au mieux solidifier le lien conjugal, et offrir à chacun un cadre de base à leur développement, pour former une entité familiale. Lorsque la décision de concevoir un enfant soit prise de manière consciente et désirée par le couple cela peut contribuer à la santé mentale et au bien-être général de la femme.

La grossesse est l'état physiologique de la femme enceinte, c'est un ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

La durée normale de la grossesse est de 9 mois, regroupés en trois trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais les obstétriciens comptent souvent en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire en semaine d'absence de règle : le début de la grossesse est alors fixé aux premiers des dernières règles normales ; sa durée étant de 37 semaines d'aménorrhée. Avant 37 semaines d'aménorrhée (Ybert.E, 2010, p428).

Toute femme enceinte est plus ou moins mais toujours, dans un état psychique et physique modifié par rapport à son état habituel, alors il est recommandé de commencer leur suivi prénatal dès les premières semaines de grossesse et de suivre les recommandations de leur médecin en matière de fréquence des visites.

Toutes les grossesses ne parviennent pas à leur terme. Selon les statistiques, environ 12 à 24 % des grossesses se terminent par une fausse couche (Séjourné. N, Callahan. S, Chabrol.H, 2009, p143).

Cependant Il existe des complications de grossesse qui peuvent augmenter le risque de naissance prématurée ou d'autres problèmes de santé pour la mère et le bébé.

Même si la fausse couche est très précoce et que la grossesse n'était pas encore visible, pour beaucoup de femmes, elle représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur. De nombreux auteurs considèrent que bien que précoce, la perte de la grossesse lors d'une fausse couche peut être vécue comme un deuil (Séjourné.N, Callahan.S, Chabrol. H, 2009, p143).

C'est ce qu'a démontré **Marie-José Soubieux** dans son étude intitulé « Le deuil périnatal, un impensable à penser », la mort périnatale contraint les couples à un travail de deuil singulier à double composante narcissique et objectale. Faire le deuil du bébé c'est faire le

deuil des parties infantiles de soi, des conflits non résolus, des relations rêvées parents-enfant soit pour les reproduire, soit pour les réparer (Soubieux , 2014, p04).

Ainsi, la fausse couche peut être une expérience difficile à vivre, en plus du chagrin lié à la perte, pratiquement la moitié des femmes connaîtront une morbidité psychologique, et notamment des symptômes anxieux, dépressifs ou de stress traumatique (Séjourné. N, Callahan.S, Chabrol.H, 2009, p143).

La définition de la fausse couche la plus communément acceptée est celle de l’OMS (1977) qui considère la fausse couche comme l’expulsion de l’organisme maternel d’un embryon ou d’un fœtus de moins de 500 g (Séjourné.N, Callahan.S, Chabrol.H, 2008, p295).

Les femmes traversent une phase d'agitation et de culpabilité face au choc de la nouvelle, puis une période d'adaptation au cours de laquelle elles utilisent différentes stratégies pour faire face à l'événement avant d'atteindre l'étape de la résolution.

Après une fausse couche, il est tout à fait possible de concevoir à nouveau dès leur prochaine ovulation et de mener une grossesse à terme. Cependant, il est important de se rappeler que chaque grossesse est différente et que chaque femme vit et réagit différemment à une nouvelle grossesse.

Le vécu psychologique de cette nouvelle grossesse pour certaines femmes peut éprouver des réactions émotionnelles qui peuvent inclure de l'anxiété, de la peur, de la tristesse, de la colère, de la confusion ou de l'inquiétude quant à leur capacité à concevoir et à maintenir une grossesse à terme à nouveau, et à l'idée de subir une autre fausse couche. Il est important de se donner le temps de guérir émotionnellement et physiquement après une fausse couche avant de recommencer à essayer de concevoir. **John Bowlby** suggère dans « Attachement et perte » en 1978, d'attendre 1 an. Il est en effet souvent décrit une diminution importante du deuil et des affects négatifs qui lui sont reliés au bout de 1 an suivant la perte, il considère alors qu'une nouvelle grossesse ne devrait démarrer avant la résolution du deuil (Shulz. J, 2020, p207).

De nombreuses femmes ont échoué dans leur période de grossesse précédente, et elles ont pu concevoir à nouveau, mais elles ont été victime de nombreux états psychologiques, au premier rang auquel se trouve l'anxiété.

Plusieurs études indiquent que l'anxiété est un phénomène fréquent durant la grossesse, avec une prévalence allant de 13 à 54 %. Les symptômes anxieux seraient aussi plus

importants que les symptômes dépressifs durant la grossesse (Reeves.N et Wendland.J, 2017, p211).

L'anxiété est fréquemment associée dans la littérature. Ainsi, dans le cadre des recherches sur l'anxiété pendant la grossesse, certains auteurs peuvent évaluer l'anxiété chez la femme. **Dunkel Schetter (2011) et Huizink, et al. (2004)**, définissent l'anxiété spécifique à la grossesse comme un syndrome distinct se référant aux peurs exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé (Reeves.N, Pelletier.V, Schauder.C, Thériault.J, Wendland .J, 2016 ,p8).

L'anxiété est généralement décrite comme une inquiétude anticipatoire associée à des signes cliniques tels que la transpiration, la tachycardie, la pâleur, le tremblement.

Il est important de noter que différentes études sont unanimes sur la présence d'anxiété pendant la grossesse suivant une perte. C'est l'équipe française **de Gaudet (2010)** qui retrouve la symptomatologie anxieuse la plus importante comparativement aux autres études (72 % versus 29 %), d'autant plus si la grossesse démarre rapidement après la perte. Ce qui rejoint les résultats de **Hughes et coll. (1999)**, pour eux, si la grossesse survient moins d'un an après la perte, l'anxiété est élevée au troisième trimestre et à un an de post-partum bien qu'elle soit abaissée dans le postpartum immédiat (D.de Wailly, 2018 p 12).

Statham et Green (1994), quant à eux, ne retrouvent pas de différence en fonction du temps écoulé depuis la perte (moins d'un an versus plus d'un an). Reste à déterminer la nature de cette anxiété (D.de Wailly, 2018 p 12).

Dans notre recherche, nous avons voulu comprendre et étudier le vécu psychologique spécifiquement l'anxiété chez les femmes enceintes ayant fait une fausse couche.

Pour cela nous avons posé les questions suivantes :

- 1) La fausse couche influe-t-elle sur le parcours de la nouvelle grossesse?
- 2) Quel est le niveau d'anxiété développé par les femmes enceintes ayant subi une fausse couche ?

2. Hypothèses :

Nous avons formulé des hypothèses à ces interrogations déjà posées dans notre problématique, qui sont les suivantes :

- 1) La fausse couche à une influence sur le vécu psychologique des femmes qui ont conçu à nouveau.
- 2) Les femmes ayant subi une fausse couche développent une anxiété dans leur nouvelle grossesse.

3. Les raisons du choix de thème :

Le choix du thème sur la grossesse après avoir fait une fausse couche est un sujet important et délicat qui peut susciter de nombreuses émotions complexes et variées chez la femme enceinte, ce sujet peut être motivée par plusieurs raisons, car il est peu étudié et mal compris, on peut contribuer à sensibiliser et informer les gens sur les défis et les émotions auxquels les femmes sont confrontés, elles peuvent se réjouir de la perspective d'une nouvelle vie tout en craignant de revivre la même douleur et la même perte.

Il est également important de reconnaître que chaque expérience de perte et de grossesse suivante est unique et que chaque femme a son histoire, elle peut vivre un état de souffrance psychique, et aussi une présentation d'une symptomatologie anxieuse au cours.

Enfin, pour en savoir plus sur les liens entre une nouvelle grossesse et le psychique durant la période transitoire ; et pour accéder à la pratique de l'échelle d'Hamilton, qu'est un questionnaire à choix multiples que les cliniciens peuvent utiliser pour mesurer la sévérité de l'anxiété d'un patient.

4. Les objectifs du choix de thème :

L'objectif de ce travail était de savoir comment les femmes perçoivent leur nouvelle grossesse de manière significative au cours des neuf mois de gestation. Les dimensions psychiques aussi bien que physiologique ont été prises en compte.

Expliqué l'influence de la fausse couche et ces conséquences sur la femme qui a conçu à nouveau, et de comprendre les femmes enceintes à travers les expériences qu'elle a réellement vécues.

L'importance cruciale de la relation mère-fœtus pour le développement émotionnel, social et cognitif de l'enfant à naître.

5. Opérationnalisation des concepts clé :

Grossesse : la période pendant laquelle un embryon ou se développe dans l'utérus d'une femme, à partir de la fécondation jusqu'à l'accouchement.

Femme enceinte : est celle qui porte un fœtus en elle, en développement dans son ventre en période de gestation.

Fausse couche : la perte spontanée d'une grossesse avant que le fœtus ne soit considéré comme viable.

Vécu psychologique : Elle se concentre sur les aspects internes et subjectifs de l'expérience humaine qui reflètent son état psychologique.

Anxiété : état émotionnel caractérisé par une inquiétude, une tension et une activation physiologique. Elle se manifeste par des pensées anxieuses, et des comportements d'évitement.

Partie théorique

Chapitre I

**La nouvelle grossesse et la
fausse couche**

Préambule

La grossesse est un évènement unique, intime et personnel pour la femme. A travers laquelle affirme sa féminité et renforce sa place dans la société. La grossesse fait partie de la sphère privée (la famille) considérée comme son espace naturel, La grossesse est un évènement qui entraîne toute une série de mécanismes pour préparer la venue au monde d'un nouveau-né. Elle propose, comme mère et comme père, de vivre une expérience humaine unique et gratifiante. Mais elle suscite bien des questionnements, des doutes et d'inquiétudes car souvent elle se suit d'une interruption involontaire ce qui pour beaucoup de femmes, elle représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur.

Dans ce chapitre on abordera le déroulement de la grossesse et toutes ses étapes ensuite on passera aux fausses couches avec ses types, ses causes, et ses symptômes.

I. La grossesse :

La grossesse est une période de la vie d'une femme pendant laquelle un nouvel être humain se développe dans son corps. C'est un processus naturel et merveilleux qui dure en moyenne neuf mois, bien que la durée puisse varier légèrement d'une femme à l'autre.

1. La définition de la grossesse :

Selon la Rousse (**YBERT, 2010, p 428**) : La grossesse est l'état physiologique de la femme enceinte, c'est un 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 durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est de 283 jours soit 40 semaines (9 mois). Cependant, cette valeur n'est qu'une moyenne et les écarts vont de 266 à 293 jours. L'unité de mesure la plus utilisée actuellement est la semaine. Lorsqu'on parle d'âge gestationnel, on s'exprime en semaine d'aménorrhée révolue. Le diagnostic clinique de la grossesse est habituellement réalisé lors des trois premiers mois (Lansac et Maguin, 2008, p 282).

Le bébé sera considéré comme à terme à partir de 37 semaines et pourrait naître à n'importe quel jour dans la période qui va de 37 à 42 semaines après la dernière menstruation. La majorité des bébés naîtront entre 39 et 41 semaines. Enfin, les 42 semaines de la grossesse (la durée maximale), sont aussi divisées en trois trimestres de 14 semaines chacun. Chaque trimestre correspond à des étapes précises de développement du fœtus.

2. La fécondation :

Le cycle menstruel débute le premier jour des règles et se termine la veille du premier jour des 15 prochaines règles. L'ovulation se produit en milieu de cycle. La durée d'un cycle étant variable d'une femme à l'autre (il peut durer de 21 à 35 jours avec une moyenne de 28 jours), la période d'ovulation n'est pas toujours facile à déterminer précisément pendant le cycle. Surtout quand les cycles ne sont pas réguliers.

L'ovulation correspond à la période du cycle menstruel durant laquelle un des deux ovaires expulse un ovule prêt à être fécondé par un spermatozoïde « Cellule reproductrice produite dans les testicules ».

La fécondation se produit lors de la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde. Pour qu'elle ait lieu, le spermatozoïde doit traverser la couche qui entoure l'ovule. L'ovule et le spermatozoïde fusionnent en une seule cellule, parfois appelée œuf. L'œuf fécondé commence à se développer et descend lentement vers l'utérus pour former un embryon, il s'implantera dans la paroi interne de l'utérus, appelée l'endomètre. L'implantation a lieu environ sept jours après l'ovulation. C'est ce qu'on appelle la nidation. La plupart des femmes font un test de grossesse quand elles se rendent compte que leur menstruation est en retard. Si le résultat du test est positif, cela signifie qu'une fécondation a eu lieu. Dans environ une grossesse sur six, l'embryon ne se développera pas ou le cœur du bébé va cesser de battre rapidement, l'utérus va aussi cesser de grossir, puis il va chercher à expulser son contenu et la grossesse se terminera alors en fausse couche (Dore. N et Le Hznaff. D, 2008).

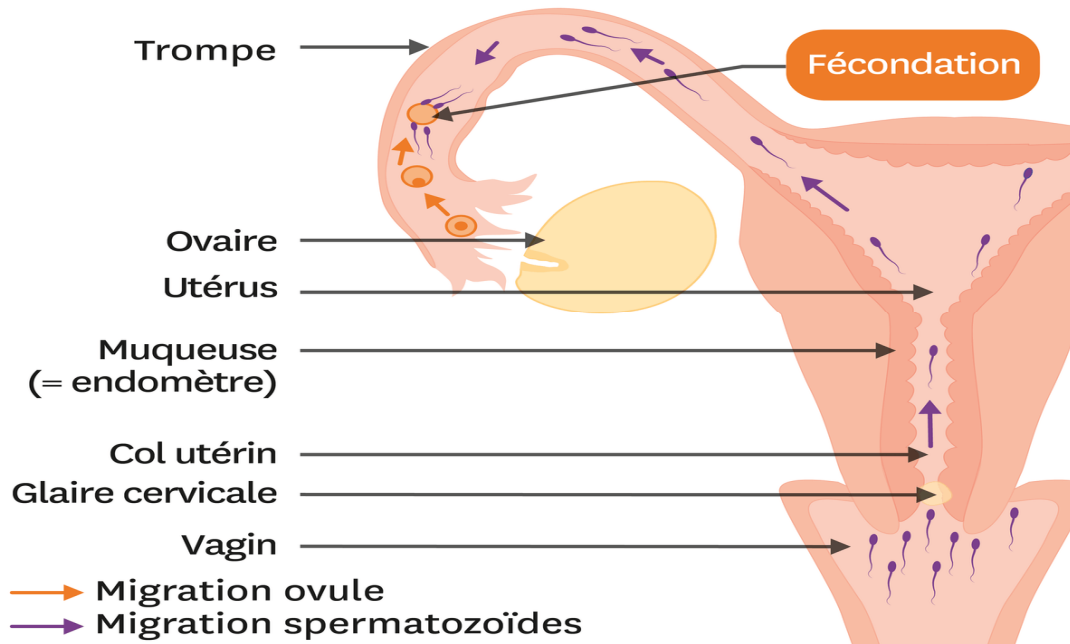


Figure N°1: La rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde.

3. Les trimestres de la grossesse :

Les 40 semaines de la grossesse sont divisées en trois périodes de trois mois que l'on appelle les trimestres de grossesse chaque trimestre est jalonné d'étapes de développement du fœtus, néanmoins il est considéré comme le trimestre le plus fragile durant toute la grossesse, car la plupart des fausses couches se produisent à ce stade.

a. Le premier trimestre :

Le premier trimestre est une incroyable odyssée au cours de laquelle l'embryon se développe rapidement, se muant en un fœtus déjà doté des principaux organes.

Durant le premier mois de la grossesse, la conception généralement a lieu au milieu de cycle menstruel de la femme. Néanmoins lorsque le médecin calculera la date de terme, il ajoutera 41 semaines à compter de la date de début des dernières règles. Dès la fertilisation, le minuscule zygote (fruit de la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule) entame sa division et sa multiplication cellulaire, tout en accomplissant son voyage dans la trompe de Fallope pour devenir un véritable embryon lorsqu'il aura atteint l'utérus.

Au stade de deuxième mois, il est en passe de devenir un petit être tout à fait remarquable. Ses principaux organes ont commencé à se former, il a des doigts, des orteils et deux

ébauches d'oreilles qui se matérialisent par deux petits renflements de part et d'autre de la tête.

Dans le troisième mois, le bébé est officiellement devenu un fœtus. Tous les organes sont présents et il commence à bouger. Lorsqu'il est stimulé, il peut froncer les yeux, ouvrir la bouche, plier les doigts et remuer les orteils. La fonction cérébrale commence également. La tête du bébé s'arrondit peu à peu et son cerveau, ses nerfs et ses muscles commencent également à fonctionner (www.bebe.nestle.fr).

b. Deuxième trimestre :

Le deuxième trimestre débute du quatrième mois de la grossesse, autrement dit à la douzième semaine depuis la conception, ou la quatorzième semaine d'aménorrhée et dure jusqu'au vingt-sixième semaine. Dans ce trimestre les organes du bébé se développent, Le fœtus a désormais la taille d'un pamplemousse et est recouvert d'une substance crémeuse et blanche (le vernix caseosa) protégeant sa peau qui baigne constamment dans le liquide amniotique.

Dans cette phase, la croissance du bébé va ralentir, à l'exception de son poids. Il aborde une autre phase de maturation : il se constitue des défenses. Ses mouvements avec le raccordement des fibres nerveuses entre elle, le développement musculaire et l'augmentation de sa force, ses mouvements deviennent plus ciblés et coordonnés. Et se livre à son propre programme athlétique, il s'étire, s'agrippe et se tourne pour se muscler, améliorer sa mobilité et renforcer ses os. Il se peut que ces mouvements fassent mal au ventre.

c. Troisième trimestre :

Deux mois avant le terme de la grossesse, les cinq sens du bébé sont entièrement développés.

Il réalise des progrès permanents tant dans le domaine physique, Il effectue des mouvements de succion coordonnés, Il avale du liquide amniotique et « goûte » ainsi toutes les saveurs des aliments que sa maman ingère.

Dans le domaine social, Il entend les personnes parler et distingue le timbre de voix de certains individus, Il est capable de reconnaître une musique qu'il entend régulièrement, les jumeaux interagissent dans l'utérus.

Et cognitif, il découvre ses mains et son visage par le toucher, il répond aux sons par des mouvements et une accélération de son rythme cardiaque, son activité cérébrale se modifie également en réponse aux sons perçus.

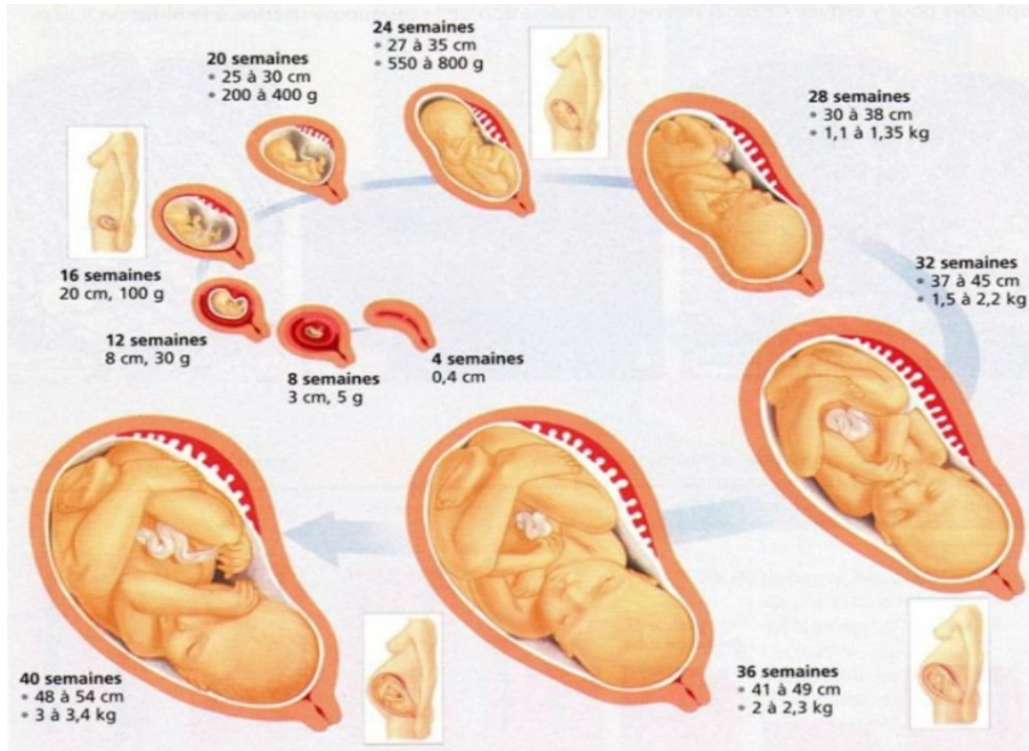


Figure N°2 : évolution de l'embryon, puis du fœtus, au cours de la grossesse.

4. Les changements Psychologiques et physiques chez les femmes enceintes :

a. Les changements Physiques :

Dans le premier trimestre la grossesse implique un métabolisme plus élevé-supérieur à la normale de 10 à 25%, ce qui signifie que toutes les fonctions du corps s'accélèrent, le débit cardiaque s'élève fortement, pour atteindre pratiquement le niveau qui se maintiendra pendant toute la grossesse. Le rythme cardiaque augmente également, et continuera à le faire jusqu'au milieu de deuxième trimestre. La respiration devient plus rapide, car elle envoie plus d'oxygène au fœtus et expirer plus de gaz carbonique. En raison de l'action des œstrogènes et de la progestérone, les seins grossissent et s'alourdissent rapidement et sont souvent très sensibles au toucher. L'utérus s'élargit dès le début de la grossesse, mais on ne le sent pas au travers de la paroi abdominale avant la fin du premier trimestre. De plus, les fibres musculaires de l'utérus commencent à s'épaissir jusqu'à devenir vraiment très solides. La

taille ne s'épaissira cependant pas de manière visible avant la fin de ce trimestre (Bouraoui. F et Bouzid. W, 2014, 11).

Lors du deuxième trimestre On remarque peut-être que les mamelons commencent à sécréter du colostrum, la taille s'effacera, et elle aura « l'air enceinte », les pigmentations augmentera, la gencive peut devenir un peu spongieuses sous l'action des hormones de grossesse. Le reflux œsophagien peut provoquer des brûlures au niveau d'estomac en raison du relâchement du sphincter, en haut de l'estomac. Ce qui permet de provoquer souvent la constipation. Les formes s'arrondissent une fois que l'utérus dépasse le niveau de pelvis, les changements physiques dépendent de nombreux facteurs : la taille, la morphologie, le fait qu'il s'agit ou non d'une première grossesse, la taille de l'enfant. La femme enceinte passera probablement une échographie où peut être on peut déterminer son sexe. Le médecin mesurera la longueur de son fémur et le diamètre de sa tête, ce qui permettra de confirmer la date d'accouchement présumé.

Enfin dans le troisième trimestre la forme morphologique de la femme s'arrondit rapidement et elle sera d'avantage sujette à la fatigue, ne dort pas aussi bien qu'à l'accoutumée, ce qui augmente le besoin de repos. Du fait de l'élongation de ligament, on peut trouver la marche inconfortable. Une fois que l'enfant sera descendu dans le pelvis, on sent moins essoufflée, dans ce cas-là il faut éviter tout travail fatiguant. Les éventuels problèmes d'hypertension peuvent être gênants à la fin de la grossesse. Les signes qui devront être alarmés sont le gonflement des mains, des poignets, des chevilles, des pieds et du visage. Le pré éclampsie peut altérer le fonctionnement du placenta et l'empêcher de transporter efficacement les nutriments jusqu'à l'enfant, dans ce cas, il faut être hospitalisé (Bouraoui. F et Bouzid. W, 2014, p11).

b. Les changements Psychologiques :

Les causes principales de l'expérience émotionnelle du premier trimestre sont les changements physiologiques de la grossesse. Physiologiquement, le niveau sérique élevé de progestérone entraîne des malaises somatiques, des changements dans l'image corporelle (comme le gonflement des seins), ranimant ainsi les fantasmes et émotions de l'adolescence par rapport aux changements corporels. Certaines femmes, surtout celles ayant une perception négative de leur corps avant la grossesse, peuvent avoir de la difficulté à accepter les changements corporels induits par la grossesse. L'acceptation de l'image corporelle est un aspect important de l'identité maternelle. Certaines femmes, dès le début de cette première

phase, ressentent du plaisir et un sentiment d'accomplissement suprême, marqué par une augmentation de l'investissement libidinal du soi, le retrait du monde objectal et une passivité accrue. Pour d'autres, cette phase est un épisode de dépression légère avec une augmentation de l'activité physique dans le but de nier ce nouveau sentiment de passivité.

Les thèmes d'anxiété communément rapportés au premier trimestre sont la peur d'avoir un bébé malformé ou « dévorant » et de faire une fausse couche. Les rêves reflètent des sentiments de dépendance, d'impuissance, de perte de contrôle, de dédain de la malpropreté et des anxiétés par rapport au bébé anal et sale. Selon Judith Kestenberg (1976), cette phase est la période de transition durant laquelle la nidation est accomplie par l'établissement du placenta et la génitalité interne devient le centre d'un enrichissement narcissique. Celle-ci peut également s'identifier au fœtus, comme dans ses fantaisies ; c'est l'enfant d'autrefois à l'intérieur de la mère qui envahit la psyché maternelle, les représentations de l'enfant à venir étant peu présentes jusqu'au jour de la naissance, malgré le corps de l'enfant... La première phase se termine avec l'acceptation du fœtus par « l'incorporation » et avec la réaffirmation de la nouvelle identité de la future mère, apportant ainsi un gain au moi (Abdel-Baki. A et Poulin. MJ, 2004, p12).

La deuxième phase de la grossesse marque le moment à partir duquel la future mère ne peut plus cacher sa grossesse et peut porter fièrement son bébé. Pour la première fois, avec les premiers mouvements fœtaux, apparaît la nécessité de reconnaître le bébé comme une entité séparée quoiqu'encore bien à l'abri, contenu dans le corps maternel. Lorsque le bébé bouge, plusieurs femmes se retirent dans leur monde intérieur, Mais lorsque la future mère fait face à la réalité de cette entité possédant sa propre vie qu'elle ne pourra pas contrôler, une mobilisation des anxiétés de séparation et de castration s'opère. La réalité des coups de pieds fœtaux sécurise le moi, permettant ainsi aux fantaisies primitives autrefois refoulées de refaire aisément surface dans le champ de la conscience ; le fœtus peut être vu comme une créature destructrice et dévorant l'intérieur corporel maternel ou comme quelque chose de sale, de honteux, que la mère doit expulser.

Des travaux récents situent l'élaboration des représentations de l'enfant entre le quatrième et le septième mois, près du terme, la mère envisage le fœtus sous la forme d'un bébé, et plus le terme est imminent, plus elle l'imagine comme un nourrisson idéal ou un enfant grandissant, souvent à l'image de l'enfant parfait qu'elle aurait voulu être.

La fin de ce trimestre est marquée par un gain du moi, soit le maintien d'attitudes maternelles stables à travers la « rétention » (Abdel-Baki. A et Poulin. MJ, 2004, p12).

La troisième et dernière phase de la grossesse prépare la future mère à abandonner l'enfant interne pour diriger sa maternalité envers le bébé extérieur, libre d'attaches. Cette phase est marquée par un inconfort physique et une fatigue, le poids du bébé triple dans les trois derniers mois et celui-ci peut devenir un « fardeau ». Plus les besoins de tendresse et de support maternels de la parturiente s'accroissent, plus les souvenirs de rivalité fraternelle de son enfance apparaissent. Lorsqu'il n'y a pas de fratrie, la rivalité peut être déplacée sur la belle-famille ou sur des amis intimes.

Des tendances régressives urétrales combinées à l'anticipation de la « perte des eaux » peuvent s'exprimer par la crainte d'accoucher prématurément en urinant. A mesure que la grossesse progresse, un conflit approche. Il s'explique, d'un côté, par le désir de compléter sa grossesse d'une façon satisfaisante, et de l'autre par la peur et l'anxiété engendrées par l'accouchement. Selon la théorie du conflit, plus le but est proche, plus le niveau d'anxiété est élevé.

Les perceptions voluptueuses des mouvements fœtaux, objet de jouissance, se teintent de culpabilité, source d'indicible angoisse face à la perte imminente d'une partie de l'intérieur de soi. Cette période est marquée par des oscillations de l'humeur allant du plaisir face à la perspective que son bébé va devenir réalité, à la peur consciente ou inconsciente qu'elle pourrait mourir en travail, qu'elle pourrait perdre ses organes génitaux qui tomberaient dans le saignement de l'accouchement, qu'elle pourrait perdre le bébé, que son enfant pourrait être anormal, prématuré, ou souffrir et garder des séquelles irréversibles de sa naissance, ce qui se reflète dans ses rêves. Malgré l'intensité des réassurances extérieures, l'anxiété persiste comme si de vieux sentiments de culpabilité refaisaient surface, suggérant qu'elle ne peut rien produire de bien (Abdel-Baki. A et Poulin. MJ, 2004, p13).

5. L'enfant désiré et l'enfant non désiré :

5.1. L'enfant désiré :

Le désir d'enfant se présente souvent comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux. Il est donc nécessaire de différencier le désir d'enfant, du projet d'enfant, du besoin d'enfant et du désir de grossesse.

Selon **Monique Bydlowski**, le désir d'enfant est inconscient, le projet d'enfant est conscient, le besoin d'enfant est un besoin dans lequel l'enfant à venir est censé tout combler, tout réparer, et le désir de grossesse est le désir d'être enceinte sans désir d'enfant comme être distinct de soi.

Au plan conscient, désirer un enfant au sens de projet d'enfant signifie se positionner en tant que parent comme ceux qui nous ont précédés. Élever auprès de soi cet étranger familial mais aussi se perpétuer et dépasser son propre destin. Très tôt nous avons ce désir de ressembler à nos parents, et de fonder une famille plus ou moins analogue à la leur. Le projet d'enfant s'inscrit donc sur le plan conscient et ne recouvre pas exactement le désir d'enfant. Cependant ce projet conscient est toujours infiltré de significations inconscientes qui viendront faire retour dans cet étranger familial. Dans ce cas, projet et désir d'enfant peuvent être différents. Une femme peut faire le choix conscient d'avoir un enfant en dissimulant inconsciemment un autre désir.

Pour **M. Bydlowski** :

« Le désir d'enfant, qui peut paraître la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines, est en réalité un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés. À ces vœux conscients se combinent les représentations inconscientes, et, pour certaines transgénérationnelles, de chacun des deux parents (...) ». (www.psychologue-aquitaine.fr)

La grossesse désirée est un concept important car elle peut avoir un impact significatif sur la santé mentale et émotionnelle des futurs parents, ainsi que sur le développement de l'enfant. Pour les femmes, la grossesse peut être une période de transition importante qui peut affecter leur bien-être émotionnel et leur identité.

- **Le point de vue psychanalytique :**

La psychanalyse identifie plusieurs étapes fondamentales de développement psychoaffectif : le stade oral, jusqu'à 18 mois, le stade anal, de 18 mois à 3 ans, le stade phallique, de 3 ans à 7 ans, puis une période de latence pour enfin arriver à l'adolescence ; C'est à partir de 18 mois que le désir d'enfant naît chez la petite fille. Ce désir provient du désir d'identification à la mère, mère premier objet d'amour, mère source de vie sans laquelle l'enfant ne pourrait vivre.

L'enfant souhaite retourner dans le ventre originel ; Comme cela n'est pas possible, ce souhait est compensé par le désir d'avoir un enfant de sa mère (notamment pour la petite

filles), afin de retrouver cet état initial. Ce désir d'enfant est une façon de s'identifier à la mère et de se rapprocher d'elle, objet d'amour primaire. C'est donc très jeune que le désir d'enfant se développe (Christine. G. B, 2014, p4).

Puis, au stade phallique, ces désirs sont écartés et la situation œdipienne apparaît. Elle se traduit par un désir inconscient d'entretenir un rapport sexuel avec le parent du sexe opposé (inceste) et celui d'éliminer le parent rival du même sexe (parricide). Ce désir libidinal envers le parent de sexe opposé s'accompagne du souhait d'avoir un enfant de son parent. Par ailleurs, le garçon, sachant que son père est un rival, a peur d'être castré par celui-ci. La petite fille, quant à elle, souhaite avoir un pénis, comme son père. Ce désir irréalisable d'avoir un pénis se transformera en désir d'enfant en prenant le père comme objet d'amour : « Si la fillette désire un enfant, c'est de son père qu'elle le veut, en équivalence du pénis convoité qu'elle n'a pas ». Elle tient sa mère pour responsable de sa castration, et la considère alors en concurrente. Ce désir infantile de pénis se retranscrit à l'âge adulte par un désir d'enfant, comme si le ventre arrondi venait remplacer ce dont la femme est dépourvue par nature, « on pense ainsi à certaines grossesses radieuses où l'enfant à venir est porté triomphalement comme un fétiche phallique ».

Monique Bydlowski a écrit les mots suivants, qui illustrent le lien entre désir d'enfant et complexe d'Œdipe : Le désir d'un enfant chez la jeune fille résulte de la combinaison harmonieuse de trois composants et se raconte comme une charade : mon premier est le désir d'être identique à la mère du début de la vie ; mon second est un autre vœu, celui d'obtenir comme elle un enfant du père ; mon troisième est la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme actuel. Mon tout est la conception et la naissance d'un enfant qui va me transformer de jeune femme en mère (Christine. G. B, 2014, p4).

A l'adolescence, le désir libidinal se détourne des figures paternelles et permet l'élaboration d'un amour possible pour un autre homme.

Il y a le bébé réel dans les bras de la mère, mais il y a aussi le bébé que la mère imagine dans son esprit, qu'elle porte dans sa tête. Ces pensées concernant l'enfant déjà né ou à venir s'organisent tout au long de la vie et singulièrement pendant la grossesse, en différentes séries représentations mentales. S'il s'agit donc d'une grossesse désirée (Riazuelo. H, 2017, p63).

5.2. L'enfant non désiré :

Lorsqu'il s'agit d'une grossesse non désirée les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un enfant peuvent éprouver des sentiments de confusion, du jugement de la part des autres, d'anxiété, de dépression ou même des pensées suicidaires.

La grossesse non désirée peut avoir un impact psychologique important sur les personnes concernées, que ce soit la personne enceinte elle-même ou son partenaire. Les personnes peuvent également éprouver des difficultés dans leur relation avec leur partenaire ou leur famille, ainsi que des problèmes financiers. Il est important de souligner que chaque personne réagit différemment à une grossesse non désirée, et que certaines peuvent décider de la poursuivre et d'autres non. (Lors d'une fausse couche certaines personnes ressentent un soulagement lorsque cette grossesse est non planifiée ou non désirée).

II. Les fausses couches :

La fausse couche ou l'arrêt précoce d'une grossesse, est un événement très fréquent qui concerne 12 à 24% des grossesses soit environ 200 000 femmes chaque année en Europe. L'avortement spontané est la complication la plus courante de la grossesse et une femme sur quatre y est confrontée. Même si la fausse couche est très précoce et que la grossesse n'était pas encore visible, pour beaucoup de femmes, elle représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur (Séjourné. N, Callahan. S, Chabrol. H, 2009, p143).

1. La définition de la fausse couche :

La fausse couche est un arrêt spontané de grossesse comme le rappelle le docteur François Jacquemard, gynécologue-obstétricien du pôle santé de la mère et de l'enfant à l'hôpital Américain :

« C'est un processus naturel qui permet d'éliminer un embryon non viable. Quand la nature trouve que quelque chose ne va pas, elle l'élimine. »

➤ La définition de la fausse couche la plus communément acceptée est celle de l'OMS (1977) qui « considère la fausse couche comme l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500g, ce qui correspond à environ 20–22 semaines de gestation. C'est un événement très fréquent qui concerne 12–24 % des grossesses, soit environ 200000 femmes chaque année » (Séjourné. N, Callahan. S, Chabrol. H, 2008, p295).

➤ La fausse couche est l'interruption précoce de la gestation, que ce soit spontanée ou provoquée par une cause soit pathologique, soit traumatique. On la distingue de l'accouchement prématuré relativement à l'absence de viabilité du fœtus (mort-nés compris). Elle désigne aussi une anomalie survenant fréquemment au début de la grossesse .il s'agit d'une épreuve généralement très traumatisante pour la mère est le père .il est à noter que l'apparition d'une fausse couche ne compromet pas la réussite d'une grossesse ultérieure (Lacombe. M, 1998, p11).

2. Types de fausse couche :

On peut distinguer quatre types de fausse couche,

2.1. En fonction de la date de début de la grossesse :

a. Fausse couche précoce :

L'avortement spontané précoce ou fausse couche précoce. Est un événement très fréquent qui survient au premier trimestre de la grossesse et correspond à l'expulsion spontanée de la grossesse. Il pourrait être considéré comme un événement tout à fait banal si l'on considère qu'environ la moitié des œufs fécondés sont perdus et que 15 à 20 % des grossesses reconnues cliniquement sont spontanément interrompues avant 20 semaines de gestation grâce aux travaux réalisés en 1960 par Bouée et al.

Un nombre important de fausses couches (FC) passe inaperçu : plus la FC est précoce, plus elle est asymptomatique car elle va se manifester par un saignement équivalent ou légèrement supérieur aux menstruations habituelles, quelquefois décalé de quelques jours ou semaines par rapport à la date attendue des règles. Si la femme n'a pas eu le temps de découvrir sa grossesse elle n'en fera pas le diagnostic. Il s'agit la plupart du temps d'une aberration chromosomique sans conséquence sur les grossesses ultérieures (Marret. H, Lehr-Drylewicz. A-M, Guyot. H, Simon. E, Wagner-Ballon. J, Diguisto. C, et Renoux. C, 2020, p 60).

• Diagnostic :

Il peut être clinique devant des rétroagie survenant chez une femme enceinte avec expulsion d'un sac ovulaire identifiable. Il est souvent échographique devant la visualisation d'un embryon sans activité cardiaque, ou l'absence et d'évolution échographique à une semaine d'un examen montrant un sac gestationnel vide. La décroissance du taux plasmatique de B-hcG peut permettre de faire le diagnostic sur des grossesses très jeunes sans image

échographique, toutefois, le taux de B-hcG peut continuer d'augmenter modérément alors même que l'activité cardiaque embryonnaire s'est très troublant pour les patientes qui gardent souvent un doute sur la réalité du diagnostic (Lejeune. V, Carbonne. B, 2007, p4).

b. Fausse couche tardive :

La fausse couche tardive se définit par l'expulsion d'un fœtus vivant avant l'entrée en travail au-delà du premier trimestre de la grossesse et avant 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids fœtal inférieur à 500 g. elle se caractérise par des mécanismes de survenue très différents de ceux des fausses couches du premier trimestre avec la quasi disparition des causes chromosomiques, la nette diminution des causes ovulaires et la forte augmentation de causes " mécaniques " utérine (malformation utérine et béance cervicale) ainsi que des causes infectieuses.

Le plus souvent, c'est l'ouverture du col qui la provoque. Elle peut être très discrète, aboutir à une rupture des membranes et à l'expulsion de l'enfant qui était encore vivant (Tournaire. M, 2005, p133).

- **Diagnostic**

Il est cliniquement évident et peut être précédé d'une rupture prématurée des membranes quelques heures ou jours auparavant. Il est important de savoir si le fœtus présentait une activité cardiaque à l'arrivée à la maternité, afin d'exclure une mise en travail à distance d'une mort fœtale in utero.

2.2. En fonction de nombre des fausses couches :**a. Fausse couche isolée :**

La fausse couche isolée qui, comme son nom l'indique, survient de façon isolée, la femme fait une seule fausse couche puis a des grossesses normales. C'est une situation fréquente, puisqu'elle touche environ 15 % des grossesses (Im. V et Briex. M, 2019, p 98).

b. Fausse couche à répétition

Une fausse couche à répétition est définie par au moins 3 fausse couche précoce consécutive avant la 14^e semaine d'aménorrhée (12^{eme} semaine de grossesse) avec le même partenaire chez une patiente de moins de 40 ans elle concerne à 2% des grossesses (Im. V et Briex. M, 2019, p 98).

3. Les Symptômes de fausse couche :

En début de grossesse, le seul signe peut être un saignement vaginal de faible importance. Plus tard au cours de la grossesse, la fausse couche peut être une source d'hémorragie abondante, et le sang peut contenir du mucus ou des caillots.

Les crampes deviennent plus intenses jusqu'à ce que l'utérus se contracte suffisamment pour expulser le fœtus et le placenta.

Si des fragments du fœtus ou du placenta restent dans l'utérus, une infection peut se développer. Parfois le fœtus meurt sans qu'aucun symptôme de fausse couche n'apparaisse. Dans ce cas, le volume de l'utérus n'augmente plus. Les tissus morts dans l'utérus peuvent parfois induire une infection avant, pendant ou après la fausse couche.

4. Les causes des fausses couches :

Les fausses couches sont le plus souvent dues soit à des anomalies génétiques de l'embryon, soit à des problèmes de santé de la mère. Parfois, elles sont dues à une infection ou à la consommation de substances qui augmentent le risque d'expulsion de l'embryon.

4.1. Les causes des fausses couches liées à l'embryon :

Dans environ 60 % des cas, et en particulier pendant le premier trimestre de la grossesse, les fausses couches sont dues à des anomalies de l'embryon qui empêchent son développement normal. Il peut s'agir d'anomalies au niveau :

- **Des chromosomes** : qui se sont mal répartis avant ou après la fécondation.
- **d'anomalies du développement embryonnaire** : par exemple, au niveau du cœur ou du système nerveux.

Dans ce cas, la fausse couche est due à la réaction normale du corps de la mère face à un embryon incapable de survivre (www.vidal.fr)

4.2. Les causes des fausses couches liées à la santé de la mère :

Certaines maladies maternelles augmentent le risque de fausse couche. Par exemple :

- **Des problèmes hormonaux** comme L'insuffisance lutéale (lorsque le taux de progestérone est insuffisant, cela pose problème dans le processus de la nidation), ou L'hyper

androgénie (un taux de testostérone trop élevé chez une femme peut causer des fausses couches).

- **Des anomalies de l'utérus ou du col de l'utérus :**

- Des malformations utérines corporelles: un utérus cloisonné (séparé en 2) ou encore un utérus cordiforme (trop fin et trop allongé) ne peuvent pas toujours permettre à un embryon de se développer.

- L'hypoplasie de l'utérus : pour des raisons inconnues, il arrive que l'utérus soit trop petit pour permettre à la grossesse de continuer.

- Les béances du col : le col de l'utérus est la "porte" qui doit rester fermée jusqu'au moment de la naissance. Lorsqu'il n'est pas suffisamment tonique, il peut s'ouvrir et causer une fausse couche.

On peut également trouver des fibromes, polypes, syndrome des ovaires poly kystiques, des maladies de la glande thyroïde.

4.3. Les causes des fausses couches liées à des facteurs externes :

Parfois, une fausse couche est due à des facteurs indépendants de l'embryon et de la santé maternelle :

Une infection, par exemple la toxoplasmose, la rubéole, la listériose, l'infection par les salmonelles ou le cytomégalovirus, un épisode de forte fièvre ,certains produits chimiques utilisés dans l'industrie, la prise de certains médicaments contre-indiqués pendant la grossesse ;

la consommation de plantes médicinales contre-indiquées pendant la grossesse : par exemple, les plantes amères (absinthe, armoise, génépi, grande camomille, tanaïsie, etc.), les plantes laxatives irritantes (aloès, cascara, séné, bourdaine, rhubarbe de Chine, etc.), ainsi que de très nombreuses autres plantes, parmi lesquelles le genévrier, la menthe pouliot, l'achillée millefeuille, la sauge officinale, etc.

- L'usage de drogues, en particulier l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines ;
- La consommation de boissons alcoolisées.
- La consommation excessive de café qui a été liée à un risque de fausse couche plus élevé dans certaines études.
- Une amniocentèse ou un prélèvement des villosités choriales (placenta) : le risque d'avortement spontané après ce type d'examen est de 0,5 à 1 %. (www.vidal.fr)

5. La prise en charge et traitement de l'avortement spontané :

Trois méthodes différentes peuvent être proposées aux patientes lorsqu'un diagnostic d'avortement spontané est posé.

Tout dépendant de leur condition et de l'évolution de l'avortement spontané, certaines interventions seront priorisées à d'autres. La présentation clinique de l'avortement spontané, ainsi que le souhait de la femme d'en finir rapidement avec les saignements et la douleur sont des facteurs qui influencent la décision que prendra le médecin pour le traitement de la femme.

D'abord, il est possible que l'équipe médicale suggère à la femme d'attendre que l'expulsion se fasse naturellement, c'est-à-dire sans médication. On parle alors d'un traitement «expectatif». Cette technique n'est pas efficace pour tous les cas d'avortement spontané, mais elle est tout de même présentée, particulièrement lorsque la fausse-couche est déjà très avancée, ce qui veut dire qu'il n'y a pratiquement plus rien à expulser de l'utérus. Toutefois, les femmes sont souvent peu enclines à attendre que l'avortement se produise naturellement, elles se disent stressées et ont souvent hâte d'en finir. Cette technique, bien qu'elle soit sécuritaire et relativement efficace, n'est pas instantanée et présente un taux de succès variable selon les délais de temps accordés entre le moment du diagnostic de grossesse arrêtée et l'expulsion. Les principaux avantages de cette prise en charge résident dans les possibilités d'éviter à la fois une intervention chirurgicale et ses complications et les coûts associés (Belleau, J, 2016, p18).

La deuxième option est la prise de médication, entraînant l'expulsion des produits de conception. On parle alors de prise en charge médicale. Une dose de misoprostol oral ou vaginal est administrée à la patiente. Ce médicament entraîne des contractions utérines qui provoquent, pour la plupart du temps dans les 24 heures suivant la prise de la médication, l'expulsion des produits de conception. Quelques effets secondaires sont associés au misoprostol, notamment des nausées et vomissements, des diarrhées ainsi que de grandes douleurs, nécessitant la prise d'analgésie par la femme. Ces deux premières prises en charge ne requièrent pas d'hospitalisation. En effet, dans les deux cas, les femmes seront retournées à domicile et revues après quelques jours pour un suivi échographique ainsi qu'une prise de sang de contrôle. Ceci veut donc dire qu'elles ont un contact très bref avec le milieu où elles ont été évaluées, dans la plupart des cas, l'urgence.

La troisième et dernière option proposée est une intervention chirurgicale nommée la dilatation-curetage. On pratique cette opération pour diverses raisons, notamment lorsqu'une fausse-couche n'est pas complétée et qu'on souhaite vider de son contenu l'utérus. Cette opération a longtemps été considérée comme la meilleure pratique pour traiter les avortements spontanés, car son taux de succès est élevé. Également, la procédure est rapide, ce qui est décrit comme moins pénible par certaines femmes. Toutefois, comme pour toute intervention chirurgicale, des risques de complications dues à l'intervention ou à l'anesthésies peuvent survenir, tels que des infections. Aussi, les femmes doivent être hospitalisées en chirurgie d'un jour et parfois même demeurer à l'hôpital pour la nuit. Ce séjour plus long en milieu hospitalier permet cependant de développer et d'offrir des interventions de soutien psychologique aux patientes (Belleau. J, 2016, p18).

Synthèse :

La grossesse normale est une période de neuf mois pendant laquelle le bébé grandit et se développe dans l'utérus, une fausse couche peut survenir lorsqu'une grossesse se termine involontairement avant la 20^e semaine de gestation.

Pendant la grossesse, le corps subit plusieurs changements pour soutenir la croissance et le développement du bébé, il subit des changements sur le plan physiques, notamment une prise de poids, une augmentation de la taille de l'utérus et des seins, des nausées et des vomissements, et sur le plan psychologique, les femmes enceintes peuvent éprouver des sautes d'humeur, de l'anxiété et une dépression prénatale.

La plupart des grossesses se déroulent sans problème, mais des signes et des complications potentielles peuvent survenir, tels que les saignements, les douleurs abdominales et les contractions prématurées. La fausse couche peut être causée par des facteurs tels que les anomalies chromosomiques, les infections, les déséquilibres hormonaux et les maladies chroniques.

Il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer une grossesse normale ou causer une fausse couche, notamment l'âge de la mère, la santé générale, les antécédents médicaux et la génétique.

Chapitre II

**Le vécu psychologique de la
fausse couche et de la
nouvelle grossesse.**

Préambule :

La fausse couche est une expérience difficile pour de nombreuses femmes, et cela peut avoir un impact significatif sur leur vécu psychologique. Dans ce chapitre on abordera premièrement quelques réactions psychologiques courantes que les femmes peuvent vivre après avoir fait une fausse couche, ensuite on parlera des étapes du deuil lors d'une mort périnatale en générale, car la fausse couche est une histoire qui se termine mal et qui demande un travail de deuil, le deuil d'un enfant pas encore né.

La perte d'une grossesse est un évènement majeur qui peut avoir de nombreuses conséquences sur le vécu de la grossesse suivante ainsi que sur les attitudes parentales et l'enfant à venir.

I. Le vécu psychologique de la fausse couche :**1. La définition du vécu psychologique :**

Afin de parvenir à comprendre la situation dans laquelle se trouve la femme suite à une fausse couche, nous allons aborder la notion de vécu psychologique, on va d'abord commencer par une définition du terme vécu ensuite nous allons présenter la dimension du vécu psychologique.

Selon le dictionnaire de psychologie (2013), le vécu désigne : « l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective » (Doran. R, Parot. F, 2013, p746).

En effet, le concept de « vécu » semble évident, est un vécu ce qui fait partie de la biographie d'une personne, donc de sa vie.

Quant au psychologique : « désigne tout le fait existant à un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis » (Sillamy. N, 1980, p962).

Le terme psychologique est aussi définie comme appartenant à la psychologie qui est: « la science des faits psychiques » (Sillamy. N, 2003, p212).

Donc le vécu psychologique désigne selon Carl Rogers:« expérience » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un évènement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient ».

En conséquence, le vécu psychologique fait référence à la manière dont l'individu perçoit les événements qui l'affecte, autrement dit c'est l'ensemble des sentiments, des émotions, des pensées que l'individu ressent face à une situation et cette expérience n'est pas accessible qu'au sujet concerné et renvoie à une histoire, une épreuve qui a été nécessairement vécu par une personne.

2. Le vécu d'une fausse couche :

Banalisée parce que fréquente, la fausse couche n'en est pas moins douloureusement vécue par un certain nombre de femmes. Il a fallu attendre les années 1980 pour qu'elle soit considérée comme une source de deuil et que ses effets soient étudiés en termes de chagrin, d'anxiété, de dépression ou de stress. La moitié des femmes concernées connaîtront une souffrance psychologique significative. L'annonce de la fausse couche constitue un grand choc pour les couples ; des réactions de stupeur ou de dissociation ne sont pas rares, d'autant plus lorsqu'il n'y avait pas de signes annonciateurs.

Au niveau physique, toutes les femmes ne ressentent pas nécessairement de douleur, mais celle-ci peut être importante et d'autant plus mal vécue qu'elle est perçue comme inutile. L'attente entre le diagnostic et l'intervention est généralement vécue de manière insupportable ; certaines femmes expriment du dégoût et le besoin d'être débarrassée au plus vite de l'embryon mort. Après l'intervention, les femmes sont généralement rassurées mais cela laisse la place aux éprouvés de chagrin et de tristesse et au sens à donner à cette perte.

Beaucoup de femmes expriment une culpabilité, elles se sentent impuissantes à empêcher la mort de leur enfant et de ce fait elles se considèrent comme responsables. La recherche d'explications apparaît comme un élément central et beaucoup de femmes s'interrogent sur les raisons de leur fausse couche : elles peuvent envisager des causes aussi variées que le stress professionnel, la punition divine, la maladie, un problème médical, une anomalie fœtale ou le destin (Dr.de Wailly, 2020, p 61).

Dans leur étude, **Legendre, Gicquel, Lejeune et al,(2014)** relèvent les conséquences psychologiques des fausses couches. Chagrin, culpabilité, traumatisme, anxiété et dépression sont retrouvés chez ces femmes. Le chagrin serait comparable à celui observé dans les suites de la perte d'un proche. La dépression, retrouvée dans 50 % des cas, se normaliserait à 1 an. L'anxiété, dans 20 à 40 % des situations, qui pourrait persister jusqu'à 6 mois après l'événement, serait davantage liée au risque de récurrence et à l'augmentation de l'âge de la

femme et à la crainte de ne pouvoir accéder au statut de mère. Mais à long terme, la symptomatologie anxieuse et dépressive serait comparable à celle retrouvée dans la population générale.

Les auteurs relèvent qu'un suivi psychologique n'apporte pas de bénéfice évident en termes d'amélioration des scores de dépression et d'anxiété, mais permet tout de même de contenir les femmes face à leur sentiment d'isolement. En revanche, une attitude empathique et bienveillante de la part de l'équipe soignante favorisera un meilleur vécu psychologique. Nous relativisons largement ce constat retrouvé par **Legendre et al. (2014)** puisque nombreuses femmes expriment un sentiment de détresse et d'isolement dans les suites de la perte et sont en demande d'un espace pour pouvoir élaborer l'issue de la grossesse et le retentissement sur leur histoire de femme, de mère. De plus, lors d'une grossesse suivante, avec l'état de transparence psychique de la grossesse, l'antécédent de perte, même précoce, est ravivé.

Une étude récente réalisée par **l'Imperial College de Londres** va dans le même sens, montrant qu'une femme sur trois ayant vécu une fausse couche avant 12 SA se trouverait dans un état de stress post-traumatique pouvant durer pour la moitié d'entre elles jusqu'à 9 mois. À 9 mois après la fausse couche, 17 % des femmes présentent encore de l'anxiété et 6 % une dépression modérée à sévère (D.de Wailly 2020, p61).

3. Processus du deuil :

Le deuil fait partie des événements de vie auquel chaque être humain est confronté. La conscience de cette perte s'accompagne d'une forte souffrance. Le mot deuil vient étymologiquement du mot latin *dolere*, douleur. Dans le dictionnaire de la langue française (Petit Larousse), le deuil nomme à la fois la perte de quelqu'un, la tristesse qui accompagne cette perte ainsi que les différents rites qui en découlent. Étant pourtant la finitude de chaque être humain, la mort inflige une souffrance extrême aux personnes de l'entourage du défunt. Cette situation pourrait s'expliquer par le refus de cette finitude : « Personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même pour l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité.

La mort d'une personne aimée est la confrontation à notre propre finitude, d'où, notamment, le travail psychique considérable nécessaire à l'élaboration du deuil. Le deuil est long et douloureux mais n'est pas un état pathologique : « Qu'il ne nous vienne jamais à

l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal» (Shulz. J, 2020, p 127).

3.1. Étapes du deuil

Nous allons aborder les étapes du deuil, et le travail psychique qu'il impose, Bien que chaque processus de deuil soit singulier, les auteurs l'ont communément divisé en trois étapes : choc, état dépressif, adaptation. Elles se succèdent en se chevauchant dans un processus qui n'est pas toujours linéaire. Le plus souvent, elles se succèdent en une année. Nous verrons que les complications du deuil sont liées à la succession de ces phases.

- **Choc, sidération, déni**

Suite à l'annonce du deuil suit une période de choc. « Refus, négation de la mort occupent alors toute la scène ». La sidération mentale s'ajoute à l'arrêt de toutes les fonctions psychiques. La décharge émotionnelle aiguë, les cris, les hurlements rendent compte de cette stupéfaction et de la volonté de dénier la réalité. La sidération agit à trois niveaux : les affects sont anesthésiés, les perceptions émoussées, l'organisme est paralysé physiquement ainsi qu'intellectuellement. C'est un temps marqué par la recherche constante du défunt. Le sujet est obnubilé par les photos et les souvenirs. Il ressent le besoin de parler de lui avec les personnes qui l'ont connu. Des signes peuvent être également interprétés comme signifiant la présence du défunt. La première étape du deuil est aussi marquée par la colère. Le sujet se sent abandonné par le défunt et lui en veut. L'ambivalence à la base de toute relation est l'origine de cette colère. La rage pouvant être trop culpabilisante, elle peut être déplacée sur une autre personne. C'est la colère qui permet de rester en lien avec l'objet perdu. Sa persistance marquerait donc le refus du caractère irréversible de la perte et l'espoir de tenter encore de le retrouver (Shulz.J, 2020, p127).

- **État dépressif**

Vient ensuite une période dépressive avec humeur triste, douleur morale, agressivité, ralentissement psychomoteur. Cette phase est due au travail de deuil lui-même : « Chacun des souvenirs, et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était rattachée à l'objet, est positionné, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido ».

De nombreuses altérations somatiques apparaissent comme des troubles de l'appétit et du sommeil, ainsi qu'une fatigue intense conduisant à un désinvestissement des occupations

antérieures. On voit alors un retrait du monde extérieur : « Dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide ». Tout plaisir est considéré comme une trahison envers le défunt, et l'attention ne peut être portée que sur lui : la réaction à la perte d'une personne aimée comporte la même humeur douloureuse, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, dans la mesure où il ne fait pas penser au défunt, la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit, ce qui voudrait dire remplacer celui dont on est en deuil, le fait de se détourner de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt (Shulz. J, 2020, p127).

Cette phase dépressive tient une place fondamentale dans le travail de deuil. Elle dépend à la fois de la personnalité de l'endeuillé et de la relation établie avec le défunt. Le statut du défunt est prépondérant.

- **Adaptation**

La troisième et dernière phase est celle de l'adaptation avec réapparition de l'intérêt, disparition de la tristesse et capacité de penser à l'avenir. L'endeuillé peut réaménager un espace psychique pour les vivants. « Après l'achèvement du travail de deuils le Moi après redevient libre et non-inhibé ». Les facultés entravées sont récupérées et le sujet peut à nouveau profiter de la vie. « Il y a de nouveau investissement de la libido dans un objet – une personne ou une activité – qui rend compte de cette capacité à créer des liens

Cependant, la fin du deuil conduit non pas à un retour à l'état d'avant le deuil, mais à un changement, une maturation de la personne que nous comprendrons en expliquant le travail psychique du deuil (Shulz. J, 2020, p127).

3.2. Le deuil après un décès périnatal

Chaque personne vit à sa façon la perte d'un enfant à naître. Le deuil qui peut suivre cette perte est influencé par différentes circonstances. Pour certaines personnes, le lien affectif avec l'enfant a commencé dès le projet de grossesse. Pour d'autres, la perte du bébé représente la perte d'une identité de parent ou encore du projet de famille.

Généralement, les hommes et les femmes ne vivent pas le deuil de la même façon. Le deuil et ses différentes phases peuvent aussi être vécus à différents moments pour chaque personne.

L'arrêt de la grossesse interrompt le processus de maturation. Les ressources du Moi de la femme peuvent s'avérer insuffisantes pour surmonter une crise aussi intense. Cet arrêt soudain d'un processus de maturation pourrait expliquer le désir parfois imminent de refaire

un enfant le plus vite possible. Comme si le processus pouvait reprendre et se conclure avec cette seconde grossesse. D'autres réactions fréquentes à la perte périnatale comme l'intolérance et la rage face à d'autres femmes enceintes ou ayant un bébé « pourraient être dues moins à la perte d'une personne en particulier qu'à l'interruption majeure que la perte de cet enfant représente dans le processus de développement, surtout s'il s'agit d'une première grossesse » (Shulz. J, 2020, p127).

Ceci amène à la nécessité d'un « soutien social ». Le rôle d'un groupe de parole pour alléger la souffrance et encourager la compréhension de la perte périnatale peut ne pas être restreinte à l'objectif habituel de faciliter le processus de deuil, mais de façon tout aussi importante, il peut fournir un groupe de référence auquel les parents touchés peuvent se joindre et auquel ils peuvent appartenir.

De nombreux auteurs mettent l'accent sur le fait que la perte périnatale représente la perte d'un être aimé, un être distinct de soi. En effet, à partir du 3^e trimestre de la grossesse (et du terme de « viabilité »), la mère commence généralement à avoir des représentations de l'enfant comme un être distinct et séparé de soi. Cette dimension appréhende donc le deuil périnatal sous l'angle plus classique du deuil. Dans ce contexte, la spécificité de la perte périnatale serait que le deuil est compliqué de par l'absence de souvenirs avec l'enfant mort, souvenirs qui servent généralement d'étayage à l'élaboration d'un deuil, mais aussi par la soudaineté de cette perte qui laisse parfois les parents sidérés et désorientés. Le manque de soutien familial et médical face à ce qui est encore aujourd'hui considéré comme un non-événement (« tu en referas un autre ») est aussi un facteur de difficulté d'élaboration du deuil (Shulz. J, 2020, p127).

Lors de la mort d'un fœtus, le deuil peut être bloqué, c'est-à-dire que l'effet traumatique empêche l'élaboration du deuil « Le traumatisme provoqué par la mort d'un fœtus ou d'un bébé peut produire un effet de clôture de la pensée. L'événement traumatique peut devenir un temps arrêté, un temps impersonnel et incorporel. Il s'agit d'un deuil bloqué : il y a effet traumatique sans deuil ».

Le deuil nécessite la reconnaissance de la perte de l'enfant. Habituellement, il se manifeste par de fréquents accès de colère disproportionnés et de désespoir qu'un tel malheur soit survenu et des souvenirs vivaces de l'enfant perdu durant une longue période jusqu'à des mois ou des années après. Graduellement, les parents deviennent capables de se détacher de

leur investissement émotionnel et de réinvestir leur énergie vers d'autres relations. Si les parents ne sont pas prêts à le faire, ils ne peuvent pas élever un nouvel enfant dans un environnement émotionnel favorable. Remplacer un enfant par un autre entraîne les parents à un certain déni de la mort du premier enfant. Le remplacement de l'enfant agit alors comme une barrière à la reconnaissance de la mort de l'enfant parce que l'enfant réel existe comme un substitut. Ainsi, les premières étapes du deuil sont prématurément interrompues et le processus de deuil continue indéfiniment avec l'enfant de remplacement agissant comme le vecteur du deuil parental (Claire. S, 2004, p269).

Les complications du deuil consistent en une perturbation de ses grands processus qui permettent sa réalisation, à savoir l'acceptation de la réalité, l'intériorisation de la relation et l'élaboration des sentiments de culpabilité. Le cheminement naturel du deuil, dans ce cas, est partiellement bloqué et ses manifestations ne sont pas appropriées.

II. le vécu de la nouvelle grossesse :

1. La grossesse suivant une fausse couche :

La perte d'un bébé pendant la grossesse est un événement tragique que les parents auront à traverser. Parfois le couple se sépare, ne parvenant pas à vivre ensemble ce deuil. Dans d'autres cas, une grossesse va faire suite à la perte, parfois très rapidement. Il a été constaté qu'à la suite d'une perte périnatale, les taux de conception augmentent. « Souvent après la mort du bébé, les parents souhaitent avoir rapidement un autre enfant. La conception est parfois perçue comme le seul remède à leur douleur insupportable ». Montrent que 86 % des patientes démarreront une nouvelle grossesse dans les 18 mois suivant la perte.

Après la perte d'un bébé, la question se pose souvent rapidement pour les couples de démarrer une nouvelle grossesse. Parfois très vite comme une urgence pour survivre, parfois avec plus de retenue. Le plus souvent, le désir d'enfant est marqué par une ambivalence, plus ou moins consciente. Certaines femmes disent ne pas vouloir démarrer une grossesse, d'autres voudraient que la grossesse arrive très vite et elle met 1 an à démarrer... les questions du délai nécessaire pour concevoir un autre enfant suite à une mort prénatale, l'impact du deuil sur la grossesse suivante et l'investissement de l'enfant suscitent beaucoup de discussions et de controverses (Shulz. J, 2020, p207).

Certains auteurs considèrent qu'un « temps d'élaboration du désir d'un nouvel enfant différent est nécessaire ». **Bowlby** considère que un deuil actif d'au moins 6 mois et une

persistance d'éléments dépressifs jusqu'à 2 ans après. Une grossesse trop rapprochée de la mort du bébé inhiberait le deuil et pourrait conduire à une idéalisation de l'enfant suivant ou à l'inverse à des mouvements de rejet et de maltraitance. Une autre étude montre que le fait de devenir rapidement enceinte peut agir comme un mécanisme de déni du deuil, en bloquer le processus et ainsi le prolonger en majorant la difficulté à s'attacher à l'enfant suivant. Cependant une autre étude démontre qu'un long délai entre la perte fœtale et la conception était associé à des difficultés à faire face à cette nouvelle grossesse et à une tendance plus forte au désespoir.

Il apparaît donc que les études qui portent sur le « bon délai » entre la perte et la nouvelle grossesse sont contradictoires. En effet, pour chaque femme, chaque histoire, chaque couple, une nouvelle grossesse peut prendre un sens différent. Il est difficile de « différencier les mères pour qui la grossesse suivante aide à résoudre la problématique de deuil et les mères qui l'évitent » (Shulz. J, 2020, p207).

« La nouvelle grossesse est souvent cachée et se déroule dans le silence ». Les parents ne se sentent plus tout à fait capables de mettre au monde un enfant bien portant. Ils ont peur de décevoir leurs familles une nouvelle fois et « leur sentiment d'estime de soi est perturbé ». Souvent, leur entourage ne parle plus de la grossesse d'avant, voulant se focaliser sur l'avenir.

2. Attachement prénatal au bébé à venir :

Le concept d'attachement prénatal, au croisement de diverses théories psychopathologiques, a été introduit en 1981 par le chercheur américain **Cranley**. Elle le définit comme l'importance avec laquelle la mère s'engage dans des comportements reflétant une affiliation et des interactions avec son futur enfant. En 1996, Müller précise le concept, qu'elle définit comme la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus (Shulz. J, Emmanuelle Mériot-M, 2014, p31).

L'attachement au bébé commence tôt dans la grossesse, dès la dixième semaine. Il est favorisé par l'apparition des mouvements fœtaux et augmentera de façon progressive jusqu'à la fin de la grossesse. Les représentations maternelles de l'enfant à venir et le degré d'attachement prénatal sont prédictives du comportement maternel après la naissance, de l'attachement maternel post-natal à l'enfant (Müller, 1996) et des interactions précoces mères enfant. Les résultats concernant l'évolution de l'attachement prénatal lors d'une grossesse qui suit une mort prénatale sont contradictoires. Des études ont montré que l'attachement prénatal

est diminué lorsque la grossesse fait suite à un deuil prénatal, et ce d'autant plus que l'anxiété de la mère est élevée (D. S. Armstrong, 2004). Il apparaît que la crainte d'oublier l'enfant mort, d'avoir l'impression de l'abandonner en investissant le nouveau bébé est un frein à l'accroissement de l'attachement prénatal (Shulz.J, Emmanuelle Mériot-M, 2014, p31).

3. Le vécu psychique de la nouvelle grossesse :

Un deuil prénatal se traduit par un remaniement profond et durable pour les parents aussi bien au niveau social, physique que psychologique, et cela à long terme. La grossesse suivante est souvent attendue comme une réparation de la perte précédente. Néanmoins, la peur de la répétition envahie souvent le vécu de cette grossesse. Les parents peuvent se sentir isolés et différents des autres couples. Certains peuvent rapporter qu'il est difficile de développer un lien paisible à l'enfant à naître au fil de la grossesse.

Une grossesse après une perte périnatale est caractérisée par une augmentation des symptômes anxieux ou dépressifs, et une prévalence élevée de symptômes post-traumatiques. Les femmes ayant un antécédent de perte prénatale ressentent de la tristesse et une préoccupation excessive durant la grossesse suivante. Les femmes qui ont connu une fausse couche tardive, qui ont eu un enfant né sans vie ou décédé en période néonatale, ressentent un attachement plus bas au 1er et au 2e trimestre en comparaison de femmes au même terme de la grossesse (Beauquier-Maccotta. B, 2020, p217-).

4. Les Réactions face la nouvelle grossesse :

Si démarrer une nouvelle grossesse est signe d'espoir et de vie, elle est aussi marquée par la possibilité qu'un drame survienne à nouveau. Elle est alors souvent reçue par les couples avec cette ambivalence. La joie est parfois prédominante, pour d'autres c'est la tristesse qui déborde. C'est « une tâche à accomplir » parfois un « véritable chemin de croix à accomplir. Pour d'autres encore, la surprise vient parler de ce vécu paradoxal. (Shulz. J, 2020, p207-).

4.1 L'Anxiété :

4.1.1 La définition de l'anxiété :

L'anxiété est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications physiologique (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls ...) qui ne manquent jamais dans l'angoisse (Sillamy, 2003, p25).

L'anxiété est concédée comme une réponse émotionnelle normale et universelle qui permet une mobilisation de l'organisme face à une situation perçue comme menaçante ou dangereuse. Elle est caractérisée par l'inquiétude, un processus cognitif d'anticipation qui implique la présence d'appréhension et de pensées répétitives. Elle est nécessaire à la survie et à l'adaptation puisqu'elle oriente l'attention vers le danger, prépare l'organisme à agir et améliore les performances de l'individu en le motivant à se surpasser (St-Pierre.C, 2020).

4.1.2 Principaux symptômes des troubles anxieux :

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

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

- **Le comportement anxieux :**

Les anxieux essaient inévitablement de se tenir à l'écart de ce qui cause leur anxiété. Qu'il s'agisse de serpents, de hauteurs, d'autoroutes, de souvenirs de fichus moments, ou de parler en public les anxieux cherchent à s'échapper. L'un des exemples les plus courants et les plus évidents de comportements d'évitement induit par l'anxiété, c'est la manière dont les gens réagissent à leurs phobies (Dr. Charles. H. Elliot, Dr Laura L. Smith, et All, 2009, pp14-15).

- **Symptômes physiques :**

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

(Dr Charles H. Elliot, Dr Laura L. Smith, et All, 2009, pp14-15).

- **Le mode de pensées anxiogène :**

Dépendre toujours de l'approbation des autres ; Être perfectionniste ; Les pensées affluentes sans cesse ; Manque de concentration ; Exagération ; Vivre dans l'avenir en prédisant le pire. (Dr Charles H. Elliot, Dr Laura L. Smith, et All, 2009, pp14-15).

4.1.3 Les types d'anxiété :

- **L'anxiété état :**

Selon **Spielberg (1966)**, l'anxiété état est une émotion transitoire caractérisée par un arousal (état de veille) physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. L'état d'anxiété est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace. Cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace (Bouvard. N et Cotraux. J, 1996, p103).

Cela signifie que l'état d'anxiété est temporaire et s'exprime par les réactions émotionnelles. L'état d'anxiété est aussi, un ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiments d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologiques (système nerveux autonome et système sympathique) (Bruchon. M et Quintard. B, 2001, p283).

- **L'anxiété trait :**

L'anxiété trait est par contre une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant. Selon **FRAMOSE J.P 1993**, le trait d'anxiété est une caractéristique durable de la personnalité, il se définit comme une prédisposition à percevoir certaines situations comme plus ou moins menaçantes et y répondre par des états d'anxiété plus ou moins élevés.

Bruchon-Schweitzer 2001, a son tour défini trait d'anxiété comme ; dimension de la personnalité qui se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'Anxiété-état (Bruchon-S-M, 2002).

4.1.4 L'anxiété chez les femmes lors de la nouvelle grossesse :

Les études de psychologie médicale ont mesuré que l'anxiété est significativement plus élevée chez la majorité des femmes (64,7 %) lors de la grossesse qui suit une perte périnatale. Une équipe américaine a affiné ces données en mettant en évidence que le niveau d'anxiété était supérieur en cas d'antécédent de perte périnatale même si le niveau « d'optimisme » concernant la grossesse en cours était similaire. Cette même équipe a démontré que l'anxiété lors de la grossesse suivante était d'autant plus élevée que la mère assignait une personnalité au fœtus décédé.

Deborah Armstrong et Marianne Huttai (1998), quant à elles, ont mis en évidence dès leurs premiers travaux que le niveau d'anxiété pendant la grossesse qui suivait la mort prénatale était inversement lié au degré d'attachement prénatal, concept que nous définirons plus loin. Cela signifie donc que moins le bébé à venir peut-être investi, plus les manifestations anxieuses sont élevées (Shulz. J, 2020, p207-).

Par ailleurs, les études s'intéressant à l'évolution de l'anxiété en fonction du stade de la grossesse ont conclu que l'anxiété est plus élevée au 1er trimestre qu'au 3e trimestre, que la femme ait un antécédent de décès périnatal ou non. Enfin, le degré d'anxiété lors de la grossesse suivant une perte périnatale est plus élevée si le délai entre les deux grossesses est inférieur à 12 mois.

Comme nous l'avons vu, il a été retrouvé dans de nombreuses études que le niveau d'angoisse et d'anxiété est beaucoup plus élevé que dans des grossesses sans antécédents. Elle est d'autant plus vive à l'approche des dates anniversaires, tant sur le calendrier que dans les stades de la grossesse suivante (terme ou date de la mort) : « l'angoisse de revivre la même chose, l'angoisse de découvrir les mêmes problèmes, l'angoisse de ne plus sentir le bébé bouger, l'angoisse de le voir immobile à l'échographie (...), l'angoisse de ne jamais y arriver » (Shulz.J, 2020, Pp207-215).

Pour cause, ces femmes sont porteuses de l'immense responsabilité de devoir mettre au monde un enfant bien portant. Le vécu global de la grossesse est alors teinté par cette angoisse. Le ressenti des mouvements fœtaux par exemple n'est pas source de projection et de rêverie. Ces mouvements sont marqueurs de la vitalité du fœtus et sont source de panique lorsqu'ils s'arrêtent

Claire Squires remarque, quant à elle, que l'angoisse n'est pas sans lien avec les affects dépressifs. C'est lorsque les femmes commencent à être rassurées, par les examens médicaux, sur l'issue positive de cette nouvelle grossesse qu'elles semblent reprendre goût à la vie. Cet état est néanmoins fragile et soumis aux inquiétudes de chaque nouvel examen, de chaque nouvelle date (Shulz. J, 2020, p207).

4.2 Angoisse et affects dépressifs :

Une grossesse après un décès périnatal est plus à risque de symptômes dépressifs et anxieux intenses qu'une grossesse sans antécédents. Les couples, primipares ou multipares, ne se sentent plus capables de mettre au monde un enfant bien, Ils ont peur de décevoir leurs

familles une nouvelle fois et leur sentiment d'estime de soi est perturbé. Les affects de tristesse sont également très marqués. Cet état affectif marque la spécificité du deuil prénatal avec tout son potentiel mélancolique qui peut parfois être évité en aidant les femmes à objectaliter la perte et le bébé mort.

Le vécu global de la grossesse est teinté par l'angoisse. Les couples se projettent peu dans le futur, de crainte de voir l'événement se reproduire. Les mouvements fœtaux ne sont pas source de rêverie mais marqueurs de la vitalité du. L'angoisse est d'autant plus vive à l'approche des dates anniversaire, tant sur le calendrier que dans les stades de la grossesse suivante (terme ou date de la mort) (Shulz.J et Emmanuelle Mériot-M, 2014, Pp31-35).

5. Enfant de remplacement

La peur d'une nouvelle perte et l'enfant de remplacement, sont les principales complications psychologiques lors de la grossesse suivante a grossesse après perte périnatale celui dont l'identité est déformée par la projection de l'image du disparu lorsque le deuil des parents n'est pas suffisamment évolué. La peur d'une nouvelle perte est présente dans toutes les grossesses après mort périnatale, mais l'intensité de cette peur varie d'une femme à l'autre. Elle est en partie justifiée par la réalité du risque de récurrence. Après les pertes périnatales précoces comme les fausses couches, cette peur s'atténue et finit parfois par disparaître lorsque le deuil en a été bien élaboré et lorsque l'âge gestationnel de la perte précédente est dépassé (Dr. Pierre. R, 1998).

Dans les grossesses après mort d'enfant à la naissance, elle augmente en général à l'approche des dates anniversaires, date du calendrier ou âge gestationnel de la perte précédente. Dans les cas légers, elle se limite à une humeur anxieuse. Dans les cas plus graves, elle prend la forme d'un trouble anxieux généralisé qui se manifeste par des bouffées d'angoisse qui rendent la future mère irritable, épuisée, pressée d'en finir et redoutant en même temps l'approche du terme. Dans les cas extrêmes, la peur atteint l'état de trouble panique.

L'angoisse envahit complètement le champ de la conscience. la peur d'une nouvelle perte a inhibé les étapes de l'attachement qui doivent normalement s'élaborer pendant la grossesse. Ces mères se disent étonnées de se trouver devant un enfant inconnu. Elles sont incapables d'entrer dans l'état de préoccupation maternelle primaire qui leur permet de s'adapter au bébé réel et d'établir avec lui une relation gratifiante. L'absence d'éclosion du sentiment d'amour

maternel les choque. Le désarroi psychologique qui s'en suit augmente leurs difficultés d'attachement à leur enfant et contribue à expliquer la négligence, la maltraitance et les troubles psychologiques dont il risque de souffrir plus tard. (Dr. Pierre. R, 1998).

Synthèse :

On a évoqué dans ce chapitre que la grossesse qui suit une fausse couche est une étape d'une grande complexité où vie et mort s'entrechoquent. De la décision de concevoir à nouveau, à la relation avec le bébé suivant, en passant par le vécu de la nouvelle grossesse et son intrication avec le processus de deuil.

La grossesse suivante est l'occasion de revisiter la grossesse précédente. C'est l'opportunité pour les mères endeuillées de mettre en mots les affects bruts consécutifs à la perte, de mettre du sens pour inscrire cet événement traumatique dans l'histoire individuelle, conjugale et familiale.

On à également vu dans ce chapitre que la grossesse suivante n'est pas sans risque d'un point de vue psychologique, les femmes peuvent ressentir de la tristesse, une préoccupation excessive durant la grossesse suivante ainsi qu'une anxiété.

Pour éviter cette souffrance dans la vie des victimes il faut une prise en charge immédiate et ne pas banaliser les douleurs vécues par les personnes qui on traversé cette épreuve.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de recherche

Préambule

La recherche scientifique nécessite une méthodologie rigoureuse qui est considéré comme un ensemble de principes et de protocoles, qui sont utilisés pour analyser et interpréter les résultats de la recherche afin de répondre à une question de recherche ou de vérifier ou d'affirmer une hypothèse.

Ainsi, Ce chapitre est consacré à présenter les différentes étapes suivies dans le développement de notre travail de recherche. Après avoir débuté par une pré-enquête, une enquête, puis la présentation de lieu de recherche, le groupe de recherche ainsi que les outils de recherche que nous avons utilisée.

1. La démarche de la recherche :**1.1 La pré enquête :**

Dans les premières phases du travail évaluatif, il est recommandé de réaliser une pré-enquête afin de dresser un état des lieux du dispositif, Cette pré-enquête doit permettre à l'évaluateur de mieux cerner les objectifs du dispositif, de révéler le socle théorique et s'assurer de l'utilité et de la disponibilité des données (Brito. O, 2018, pages 23).

Dans le but de vérifier la faisabilité de cette recherche, nous avons débuté notre travail par une pré-enquête qui a été effectuée à l'Hôpital Rachid bel Hocine, Sidi Aïch, au service de maternité gynéco, d'une durée très limité suite au manque du temps, on a été orienté par la psychologue du service médecine, par la suite nous avons discuté avec la gynécologue du service, qui nous a confirmés qu'elle reçoit des femmes enceintes qui subissent des fausses couches.

Durant cette durée nous avons eu la possibilité de leur effectuer un entretien clinique, afin de cerner leurs vécu psychologiques, précisément l'anxiété vécue durant cette nouvelle grossesse, et de discuter avec elles sur les différents symptômes et problèmes qui conditionnent leurs vies.

La pré enquête nous a permis de recueillir des informations sur le thème de notre recherche et à élaborer nos hypothèses, sur lesquels nous avons appliqué notre guide d'entretien, ce qui nous a permis d'apporter quelques modifications aux questions posées et les reformulant afin qu'elles soient plus claires et compréhensibles dont « quel est leur motif de consultation ? », « est ce que la grossesse est programmée », « est ce que elle ont une contrainte vis avis de la santé du bébé ? », « est ce que elles ont eu besoin d'un soutien

psychologique lors de la fausse couche » et nous avons utilisé l'échelle Hamilton pour mesurer leur niveau d'anxiété.

1.2 Enquête :

Notre enquête s'est déroulée au sein de l'établissement public Rachide Belhoucin, qui a duré 45 jrs (du mois mars au mois avril), durant laquelle nous avons rencontré les femmes enceintes ayant subi une fausse couche.

Durant notre enquête nous avons respecté la volonté des concernés à prendre part ou pas de la recherche, garantissant par le consentement éclairé des participantes. En leurs expliquons notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible.

Pour cela nous avons adopté des outils de recherche qui nous ont facilité le travail avec nos patientes, qui comporte un entretien pour chaque patiente auquel vont répondre à toute une série de questions contenues dans le guide d'entretien, ensuite on leur a passé une échelle d'anxiété (échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété), qui contient 14 items. L'entretien et l'échelle s'est déroulés en langue française et la langue maternelle (Kabyle).

1.3 Présentation du lieu de la recherche :

L'EPH Rachid Belhoucine de Sidi-Aich qui est un établissement public hospitalier qui est construit en 1985. Il est Disposé de plusieurs services :

- Sous-sol Services Généraux.
- 1^{er} étage Administration / Pédiatrie.
- 2em étage Réanimation/ Maternité gynécologue.
- 3em étage Médecine Interne.
- 4em étage Chirurgie Générale.
- 5em étage Ophtalmologie O R L.

Nous avons mené notre recherche dans le service Maternité gynéco qui se compose d'un bureau de consultation, d'un autre bureau de consultation spécialisé écographie, de deux salles de soins, deux pharmacies, 5 chambres de garde, une salle de curetage, trois salles de pré travaille ou les femmes se préparent pour accoucher, et un bloc d'accouchement, il y a également 40 lits et 12 chambres dont une qui est réserver uniquement aux césariennes post opérations.

Dans ce service on retrouve deux médecins généralistes, une secrétariat médicale et trois gynécologues qui travaillent en permanences. Les infirmières et les sages femmes travaillent par un système de 8h à 18h la journée en équipe de 2 à 3 sages femmes et 2 a3 infirmière, ainsi pour la garde de nuit.

1.4 La méthode de recherche :

La psychologie clinique est une pratique qui s'intéresse avant tout au sujet qui souffre, qui peut être malade. Cette définition souligne l'importance d'admettre une méthodologie capable de répondre avant tout à l'originalité de son sujet et aux enjeux subjectifs qu'il soulève, c'est l'originalité de la méthode clinique.

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique descriptive qui permet de décrire les particularités de chaque individu. **Sillamy** l'a défini comme « une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée » (Sillamy, N. 2003, p58).

Autrement dit, notamment pour **Chahraoui. Kh** et **Bénony. H** la méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations pour développer l'étude de cas, qui est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes (Chahraoui. Kh et Bénony. H, 2003, p11).

- **Étude de cas :**

Une méthode d'analyse plus complète qui mène à décrire la vie psychique du patient, sa situation, ses difficultés, mais aussi de recueillir de plus exhaustivement possible l'ensemble des données (notamment d'anamnèse) qui permettent d'expliquer l'origine de ce qui est observé ainsi que son évolution.

Il s'agit donc d'une méthode dont l'objectif est d'aller bien au-delà des autres contextes possibles (comme le bilan de personnalité) en ce qu'elle met en avant une certaine logique de fonctionnement, en plus de la question du sens des éventuels troubles présentés.

Également, l'étude de cas est la méthode la plus en lien avec la démarche thérapeutique auprès d'un patient. Il s'agit ici plus de comprendre avant tout l'individu que son problème (Bioy. D, Fouques. A, 2016, p10).

1.5 Entretien clinique de recherche :

La première action que nous avons menée après la prise de contact avec les patientes, est de nous entretenir avec elles, par le biais de l'entretien clinique.

En psychologie clinique, l'entretien se définit par rapport aux trois niveaux d'investigations : en premier ; d'aide ou de soins psychologiques, correspond à apporter un soutien, changement et apaisement, soit psychologique. Le deuxième, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, il concerne l'élaboration d'un diagnostic, soit en psychologie clinique ou en psychiatrie, des états et des souffrances qu'a le sujet. En dernier, de recherche clinique, il paraît qu'il se focalise sur l'étude de nouvelles problématiques, variables (Bénony. H et Chahraoui. Kh, 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. L et Pedinielli. J-L, 2006, p 41).

Dans l'entretien clinique de recherche, renvoie à trois dimensions spécifiques : une inscription dans le champ des pratiques professionnelles du clinicien. Une attitude clinique caractéristique qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance. Des compétences cliniques et pratiques de celui qui mène l'entretien de recherche (Bioy. A, Castillo. M-C et Koenig. M, 2021, p288).

L'entretien clinique de recherche est un outil riche permettant une formidable voie d'accès à la complexité du vécu subjectif et intersubjectif pour une meilleure connaissance des phénomènes en psychologie clinique et psychopathologie (Bioy. A, Castillo. M-C et Koenig. M, 2021, p288).

1.5.1 L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien-chercheur dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais exprimées à un moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association, par exemple.

De même, comme dans l’entretien clinique non directif, le clinicien énonce la question, puis s’efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé ici est avant tout une trame à partir de laquelle l’interviewé va pouvoir dérouler son récit (Chahraoui. Kh, 2021, p28).

2. Les caractéristiques de groupe de recherche

Toute recherche scientifique s'intéresse nécessairement à une population étant donné que ses résultats seront mis à la disposition de celle-ci en vue de trouver la solution à un problème auquel elle est confrontée.

La population d'étude désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous, une même propriété et qu'ils sont de même nature.

Selon **MUCHIELLI**, la population d'étude est définie comme un groupe humain concerné par les objectifs de l'étude. **L. D'HAINAUT**, quant à lui, définit la population d'étude comme un ensemble des éléments parmi lesquels on aurait pu choisir l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui possèdent les caractéristiques que l'on veut observer (Herve. B et Chahraoui. Kh, 2003).

Tableau n° 01 : Tableau récapitulatif de notre population d'étude.

Nom	Age	Niveaux d'instruction	Profession	Nombre de fausse couche	Nombre d'enfant	Le mois de la grossesse actuelle
Souad	5 ans	Secondaire	Enseignante de broderie	3	Aucun	26 SA
Nawal	29ans	Universitaire	Comptable	1	Aucun	8 SA
Lydia	28ans	Universitaire	Enseignante	1	Aucun	16 SA
Chahra	40ans	secondaire	Femme au foyer	3	Aucun	15SA

Partant de ces différentes définitions, nous pouvons donc dire que notre groupe d'étude est constituée de toutes les femmes qui ont subi une ou plusieurs fausses couches et qui sont actuellement enceinte, de différents âges et de n'importe quels niveaux d'instruction.

3. Les outils de la recherche

Notre sélection des techniques utilisés, est dans le but de la réalisation de cette recherche, et de mesurer les variables d'étude, et d'Obtenir les données et les informations nécessaires pour vérifier les hypothèses.

Notre recherche, se focalise donc sur les outils et les instruments que nous avons utilisés dans notre travail pour recueillir des informations personnelles, qui nous permet d'accéder au vécu psychologique chez les concernés. À savoir, nous avons commencé de mener notre entretien clinique de type semi directif avec un guide d'entretien et une échelle d'anxiété (Hamilton) qui nous permet d'avoir les données qui se relie au vécu psychologique chez les femmes enceintes ayant subi une fausse couche.

3.1.1 Le 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 fonction, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer, dont le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance, et celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe .il s'agit davantage de thèmes à abordée que le chercheur connaît bien (Benony. H et Chahraoui. Kh, 1999, pp 68-69).

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 04 axes, composent d'un ensemble de questions visant à recueillir des informations concernant nos hypothèses.

Axe I : les informations personnelles sur le sujet.

Axe II : les informations concernant le vécu psychologique de la fausse couche.

Axe III : les informations sur le soutien émotionnel après la fausse couche.

Axe IV : les soucis et le vécu psychologique de la nouvelle grossesse.

3.2 Échelle d'anxiété d'Hamilton :

Avant d'entamer le mode d'utilisation d'échelle d'Hamilton, on va essayer d'abord de définir les échelles d'une manière globale.

Les échelles permettent d'évaluer des construits, non directement observables. Les échelles sont constituées d'un ensemble d'énoncés (les items) qui sont les indicateurs (variables observables) de la dimension psychologique que l'on souhaite mesurer.

(Fernandez. J-L, Pedinielli. J-L 2006, p41).

- **Aperçu historique et présentation de l'échelle d'Hamilton :**

L'HAM-M a été l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans "l'ECDEU Assistent Manuel ". Traduite en français par PICHOTP.

- **Mode de construction**

Cette échelle permet de mesurer le degré d'anxiété et d'évaluer l'efficacité d'un traitement sur les symptômes anxieux grâce à 14 items. Le questionnaire est rempli par le médecin qui doit choisir l'intensité, pour chaque symptôme, qui lui paraît le mieux correspondre à l'état actuel du patient. La notation va de 0 (absence du symptôme) à 4 (intensité maximale), et elle concerne différents symptômes.

- **Notation :**

La notation à l'échelle d'anxiété de Hamilton est conduite par le clinicien. L'administration de cette échelle dure en général de 10 à 15 minutes.

A la fin de l'évaluation, le clinicien calcule la somme des scores attribués à chaque item individuel et obtient un score composite d'anxiété pouvant aller de 0 à 56.

Plusieurs scores seuils sont utilisés en pratique clinique et en recherche. Des scores seuils optimaux ont été proposés:

- 0-7: pas d'anxiété ou anxiété minimale
- 8-14: anxiété légère
- 15-23: anxiété modérée

- 24 et plus: anxiété sévère

- **Mode de passation :**

Le test d'anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étapes.

L'évaluation commence une semaine avant qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neuropsychologue, ou encore un neuropsychiatre. Il comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété.

- **Consigne :**

Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours

- **La cotation :**

Au cours du test, le praticien évalue chaque item et attribue chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

La note « 0 » est donnée lorsque le symptôme est absent.

La note « 1 » correspond à une présence très légère.

La note « 2 » est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

La note « 3 » correspond à une forte présence du symptôme.

La note « 4 » correspond à une intensité maximale (invalidante).

Synthèse :

Dans Ce chapitre, nous avons pu comprendre le déroulement de la démarche clinique, elle assure l'organisation et la planification de cette recherche portée sur « le vécu psychologique chez les femmes enceintes ayant subi une fausse couche, particulièrement l'anxiété chez elles», afin de vérifier les hypothèses élaborées au début de notre recherche.

De ce fait, nous allons consacrer le chapitre qui va suivre à la présentation de nos cas avant d'exposer à l'analyse et l'interprétation des résultats obtenues à travers les techniques justifiées dans le chapitre que nous venons de conclure.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule :

Après avoir tenté de donner un aperçu théorique de notre thème, puis de présenter la méthode et les outils d'investigations de notre pratique, ce présent chapitre intitulé «Présentation des cas, analyse et discussion des hypothèses» est consacré comme l'indique son nom, pour l'analyse des données et des résultats obtenus à travers notre entretien et l'échelle d'Hamilton, afin de confirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

I. Présentation et analyse des données des entretiens et de l'échelle**1. Présentation de cas N°1 :**

Souad est une femme âgée de 35 ans demeurant de wilaya de Bejaia, avec un niveau d'instruction secondaire, elle travaille comme enseignante de broderie. Le cas de Souad est particulier, elle est mariée depuis 13 ans, elle n'a toujours pas d'enfant, elle a fait trois FIV qui ont toutes fini par une fausse couche, elle est actuellement à 26 semaine d'aménorrhée.

1.1 Présentation de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans une chambre de malade où elle a été hospitalisée pendant 3 jours à l'hôpital de Sidi Aïch, car elle était trop faible et trop fragile au point qu'elle a eu une hyperglycémie et une hypertension artérielle. Après avoir lui expliqué le but de notre entretien, elle nous a de suite donné son consentement et elle a accepté de participer à notre recherche, elle s'est montrée compréhensive, coopérative et à l'aise.

Au cours de l'entretien Souad nous a confié que depuis son mariage son rêve est d'avoir un enfant, mais elle n'a jamais réussi, selon ses dires " j'étais prête à tout faire pour avoir un enfant". Car quand elle fait le test de grossesse elle le trouve positif, mais lors de l'échographie ils trouvent le sac gestationnel vide pas d'embryon.

Souad c'est effondré en larmes on nous racontant son vécu « *Ma ademkthigh ayen ise3dagh qarghas a rebi dachu ikekhmagh mi ydyedra wanachtha* » ; « *quand je me rappelle de tout ce que j'ai vécu je me dis mon dieu qu'est-ce que j'ai fait pour mérité ça* ». 5 ans après le mariage elle avait des doutes sur leur fertilité, ils étaient dans le flou elle et son mari avec aucune réponse à leurs questions.

Suite à ça ils ont décidé de se soigner à la clinique Tiziri à Alger. Après 2 ans de batterie ils ont découvert que son mari avait des problèmes de fertilité (spermatozoïde est faible), et suite au conseil de médecin elle a décidé de faire sa première FIV, qui a échoué au cours de

16ème semaine sans aucune raison médicale, car à ce moment elle avait aucun problème de santé, mais elle nous a confié que elle avait des problèmes familiaux en nous disant : « *peut-être c'était à cause nl khle3ath d leqlqath parceque s3igh les problèmes whidtenoudiniw* » ; « *peut être a cause de stresse et l'inquiétude, parce que j'ai des problèmes avec mes belle sœurs* » . C'était un moment difficile chargé d'émotion, ainsi qu'un grand choc pour elle « *unwigharaaydighli, nwichimi d la FIV deytéf* » ; « *je ne pensai pas le perdre, avec la FIV j'ai cru qu'il tiendra* »

Pour Souad cette fausse couche n'était pas un obstacle, avec le soutien de son mari ils ont décidé de refaire d'autres FIV. Suite à ça Souad à refait deux autres tentatives de plantation avec un intervalle de 6 à 9 mois, qui ont tous fini par un échec, qu'elle décrit en disant « *chaque tentative est un espoir, je préfère urefdeghara s thadisth, wala adettarfadagh ayditteghlay* » ; « *je préfère ne pas tomber enceinte que de refaire des fausses couches à chaque fois* », pour elle c'était une période traumatisante qu'il a rendu triste et mélancolique au point qu'elle atteint le diabète.

Durant l'entretien elle nous a confié que le plus dur pour elle, en plus des échecs, c'est de gérer la pression extérieure, en nous disant « *si tu n'as pas d'enfant, attes3oud toujours la pression sociale, ma3na khdemagh le courage il3amriw qarghasrebidarzaq* » ; « *si tu n'as pas d'enfant tu aura toujours la pression sociale, mais je suis courageuse je me dis c'est dieu qui donne* ».

Par ailleurs après ces expériences successives d'avortement spontané, Souad a toujours eu foi en dieu « *tefagh g rebi d nettaidittaken d nettaig-tteksen* » ; « *je crois en mon dieu, c'est lui qui donne et c'est lui qui enlève* », Elle était soutenue par sa famille et ses beaux-parents essentiellement par son conjoint, ce qu'il a aidé à surmonter son moral après toutes ces déceptions, Et il l'a encouragé à faire une quatrième FIV après 9 mois de sa dernières fausse couche.

Souad nous a confié lors de l'entretien qu'elle avait besoin d'un soutien psychologique lors de ces fausses couches, mais elle n'y était pas, elle n'a pas pu dépasser cette expérience jusqu'à avoir cette nouvelle grossesse, elle est actuellement à 26 semaines d'aménorrhée, grâce à la 4em FIV.

Avec une voix qui prie tout un nouveau tournant elle nous a confié en disant « *j'étais choquée quand j'avais su que je suis de nouveau enceinte, et je suis très heureuse je ne réalise pas, mais à la fois j'ai trop peur aydeyghli une autre fois* ». Sous l'effet de la nouvelle ,

Souad est à la fois très heureuse, sa satisfaction de tomber enceinte qui demeure un rêve réalisé, mais elle s'inquiète en même temps.

Durant l'entretien Souad est apparue stressée et irritable on a remarqué une crainte et des inquiétudes vis-à-vis de son bébé, « *ttenoughnouyagh, ughalagh sensible arlahwayjghasttavstouhth, ugadaghuttawdeghara a terme* » ; « *je suis devenue sensible au tout petit détail, j'ai peur ne pas y arriver à terme* ». Car elle avait des problèmes familiaux principalement avec ces belles-sœurs au point qu'elle est hospitalisée durant 3 jours « *noughentiyyithenoudiniw, youliyiseker, les problèmes tekend toujours s ghouresent* » ; « *mes belles sœurs se disputent toujours avec moi, j'ai eu une hyper glycémie c'est, elles la source des problèmes* », Malgré ça, et malgré l'intensité de ses inquiétudes, la relation avec son mari n'a pas changé au contraire elle est devenue plus solide.

L'envie de son mari d'être père et d'avoir son premier enfant l'a rendu plus protecteur et très attentif pour tout ce qui concerne sa femme, plus qu'avant, « *il fait toutes les tâches ménagères à ma place il m'aide beaucoup il fait tout le possible pour garder notre bébé* ».

Pour conclure on peut dire que pour Souad l'envie d'avoir un enfant est un besoin primordial chez elle, ces fausses couches à répétition n'ont pas été un obstacle pour la réalisation de son rêve, mais le fait d'avoir vécu le même événement traumatisant, perturbe son état psychique actuelle, ce qui a provoqué chez elle un état d'inquiétude de peur et de d'angoisse durant cette nouvelle grossesse.

1.2 Présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :

Tableau N°2 : résultats d'échelle du cas n°1.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse				X	
Tension					X
Craintes			X		
Insomnie				X	
Dysfonction intellectuelle				X	
Humeur dépressive		X			
Symptômes –musculaire	X				
Symptômes –sensorielle		X			
Symptômes cardio-respiratoires				X	
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs			X		
Comportement au cours de l'entrevue				X	

Lors de la passation de l'échelle d'Hamilton, Souad a mis 11 minutes pour répondre , elle a obtenu un score de 28 points ce qui signifie qu'elle a une anxiété grave a sévère.

Elle a obtenu (3) réponses de degré (1) dans les items « humeur dépressive, Somatique - sensoriel, et symptômes gastro-intestinaux », et (3) réponses de degré (2) dans les items « craintes, symptômes respiratoire, symptômes neuro-végétatifs », (4) réponses de degré (3)

dans les items « humeur anxieuse, insomnie, dysfonction intellectuelle, symptômes cardio-respiratoire, », et une réponse de degré (4) dans l'item « tension », et nous avons noté un degré de (3) dans la comportement au cours de l'entrevue.

D'après les réponses obtenues et l'observation du comportement, Souad avait l'air très inquiété et irritable, comme l'indique bien l'item humeur anxieuse, avec un degré de (3).

Lors de la passation de l'échelle on a constaté qu'elle manifeste un état affectif ainsi des signes de tristesse sur son expression faciale.

Son niveau d'anxiété est exprimé à travers divers symptômes ::::: qu'on a remarqué lors de la passation de l'échelle , ainsi qu'un changement d'humeur constaté à l'entretien et confirmé à l'échelle d'Hamilton dans l'item humeur dépressif avec un degré de (1), on peut expliquer ceci par un sentiment d'ambivalence entre la peur et l'espoir.

On a déduit également des craintes par rapport à sa santé et celle de son bébé, qui se présente dans l'item craintes avec un degré de (2).

Selon les résultats obtenus de l'analyse de guide d'entretien et l'échelle d'Hamilton, on à constater un facteur important qui est un ensemble des inquiétudes qu'elle faisait durant sa grossesse, qui se focalise par des soucis par rapport aux complications qui peuvent survenir au cours de la grossesse, à cause du vécu des fausse couches à répétitions, ajoutant à cela des soucis par rapport aux problèmes familiaux qui touche son état physique et psychique.

2. Présentation de cas N°2:

Nawel est une femme âgée de 29 ans, demeurant de la wilaya de Bouira, avec un niveau d'instruction universitaire, elle travaille comme comptable, mariée depuis un an. Nawel n'a pas d'enfant, elle a fait une fausse couche précoce (3 semaines), 6 mois après, elle a réussi de concevoir à nouveau et elle est actuellement a 8 semaines d'aménorrhée.

2.1 Présentation de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans la chambre de malade dont la patiente se trouve à l'hôpital Rachid Bel Hocine à Sidi Aïch, elle était sous traitement. Après avoir lui expliqué le but de notre entretien elle a répondu favorablement et elle s'est montrée très compréhensive et à l'aise.

Quand on a débuté notre entretien elle nous a confié la cause de l'interruption de sa première grossesse, qui sont les trajets qu'elle menait entre son domicile et son travail, car elle ne prend pas soin d'elle, ce qui a provoqué un saignement vaginal léger, selon ses dires : « *mi walagh les saignements ni fqaghbliyeghliyid, mais ma belle-famille me rassure bli c'est normal, s3igh l'espoir blidelkthvmachi d la fausse couche* » ; « *quand j'ai vu les saignement j'ai su que je fessait une fausse couche, mais ma belle famille me rassurerait, j'avais un espoir* ».

Suite aux saignements qu'elle a eus, elle a consulté un médecin qui lui a confirmé que c'était bel et bien une fausse couche.

Nawel a très mal vécu cette annonce, elle nous a confié qu'elle a beaucoup pleuré car ils voulaient tellement cet enfant, elle et son mari. Durant cette période elle avait des vertiges et de l'anémie, la patiente était bien soutenue par ces deux familles et par son conjoint, son mari était le plus présent et l'a soutenue émotionnellement, elle a ressenti le besoin d'un psychologue mais son mari a pris le rôle, selon ses dires « *loukan machi dargaziw, ilaq udipassighara lmahnani* » ; « sans l'aide de mon mari je n'aurais pas dépassé cette épreuve ». 15 jours après la perte elle a repris ses forces.

6 mois après la perte elle a conçu à nouveau, elle a désiré cette nouvelle grossesse plus que son époux contrairement à la première, car il avait peur sur la santé de sa femme.

la bonne nouvelle déclarée par le médecin, a rendue Nawel très heureuse, puisque elle a toujours voulu un enfant « *ferhaghmlih mi ydeyanaaqilin enceinte, mais en même temps ugadaghaydeyaghli comme le premier* » ; « *j'étais très heureuse quand j'ai su que je suis de nouveau enceinte mais au même temps je crains de le perdre comme le premier* », Nawel s'est montrée très stressée par rapport à la santé de son bébé elle a perdu l'envie de manger et elle avait une fatigue extrême, elle nous a confié qu'elle est très inquiète car elle est malade depuis sa nouvelle grossesse à cause des vomissements qu'elle a eu, et elle est hospitalisée pendant 5 jours, selon ses dires « *ugadagh adeydou ltoufaniw mara dettaragh, ugadagh aydeyghli am umenzouni* » ; « *j'ai peur de le perdre à force des vomissements* »

Cette nouvelle grossesse a solidifié sa relation avec son mari, on a remarqué durant l'entretien qu'il ne l'a pas laissée seule il l'appelle durant tout l'entretien, il s'inquiétait pour elle.

2.2 Présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :

Tableau N°3 : résultats d'échelle du cas n°2.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse		X			
Tension				X	
Craintes				X	
Insomnie					X
Dysfonction intellectuelle		X			
Humeur dépressive		X			
Symptômes-musculaire			X		
Symptômes -sensorielle					X
Symptômes cardio-respiratoires		X			
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux					X
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs	X				
Comportement au cours de l'entrevue				X	

Lors de la passation de l'échelle d'Hamilton, Nawel a mis 9 minutes pour répondre, elle a obtenu un score de 28 points, ce qui signifie une anxiété grave à sévère.

Elle a obtenu 5 réponses de degré (1) dans les items « humeur anxieuse, humeur dépressive, dysfonctionnement intellectuelle, symptômes cardio-vasculaire, symptômes respiratoire », et (1) réponse de degré (2) dans l'item « Somatique musculaire », (2) réponses

de degré 3 dans les items « tension, craintes », et (3) réponses de degré (4) dans « insomnie, Somatique -sensoriel, symptômes gastro-intestinaux », nous avons noté un degré de (3) dans le comportement au cours de l'entrevue.

D'après les réponses obtenues et l'observation du comportement de la patiente, on a constaté que son niveau d'anxiété est exprimé à travers divers symptômes, elle était très agitée lors de la passation de l'échelle.

Pour Nawal, la satisfaction de retomber enceinte demeure un rêve réalisé, mais des manifestations anxieuses par des idées de malheurs qui sont toujours présentes, qui s'exprime par une crainte intense que la fausse couche reproduit, selon elle « *j'ai peur de le reperde* », elle trouve des difficultés d'endormissement, des cauchemars fréquents, comme l'indique l'item insomnie avec un degré de (4).

Un autre signe d'anxiété, elle se culpabilise de la perte de sa première grossesse, elle revit toujours les souvenirs douloureux de cet événement, on nous disant « Si je savais j'aurais fait attention ».

Nous pouvons alors affirmer que la source d'anxiété vécue par notre sujet peut s'exprimer par son doute et son incertitude vis-à-vis de la santé de son bébé. On peut déduire une anxiété particulièrement estimée chez elle à cause de la perte de sa première grossesse.

3. Présentation de cas N°3 :

Lydia est une femme âgée de 28 ans, de la wilaya de bejaia, avec un niveau d'instruction universitaire, elle travaille comme enseignante, mariée depuis un an et demi, elle est atteinte du cholestérol, elle n'a pas d'enfant, elle a fait une seule fausse couche précoce (12SA), et elle est à 14 SA.

3.1 Présentation de l'entretien :

L'entretien avec Lydia s'est déroulé dans la chambre des soins, dans l'unité hospitalière gynécologie à l'hôpital de Sidi Aïch. Elle s'est présentée pour une consultation chez la gynécologue. Durant la passation de l'entretien, Lydia était calme, le contact avec elle est très facile et prête à faire l'entretien, elle était contente quand on lui a proposé de participer dans notre recherche.

Lors de l'entretien Lydia a commencé à nous raconter comment elle a eu sa fausse couche, en nous disant qu'elle l'a découvert lors de sa consultation chez le gynécologue durant l'échographie de datation (12SA), ils ont vu que le cœur du fœtus s'est arrêté de battre, néanmoins cette fausse couche n'avait aucun signe et aucune douleur elle est arrivée en silence, selon ses dires « *je n'ai jamais imaginé qu'il était mort pour moi tout se passait bien... C'était le choc, j'ai senti à l'intérieur de moi une boule qui me coupe le souffle* ». Lydia était très attaché à son fœtus, depuis son mariage avoir un enfant était un projet pour elle et son mari, mais ils n'ont pas réussi à concevoir durant la première année de leur mariage.

En plus de l'annonce de la fausse couche pour Lydia le plus dur c'était le retour à la maison avec son fœtus décédé en attendant la date prévue de l'aspiration, et le fait de porter la vie puis la mort en l'espace de quelques secondes était très dur et épuisant pour elle. Ainsi le fait qu'elle a vécu cette nouvelle toute seule, l'annoncer à son mari et sa famille c'était très difficile, ils attendaient ce bébé avec impatience car c'était le premier de la famille.

La culpabilité, l'impression d'avoir failli, le jugement des gens, et l'impuissance, se sont des sentiments persistants durant cette période chez Lydia. Selon elle « *J'avais l'impression que j'ai échoué, le fait de ne pas s'être rendu compte qu'il était plus envie, les remarques des gens en me disant qu'il vaut mieux que ça arrive maintenant qu'à 6 mois* ». Pour elle C'était l'expérience la plus dure qu'elle a pu vivre toute sa vie.

Lydia était très bien entouré elle a eu le soutien de toute sa famille, ainsi celui de son mari, même s'il était tout aussi triste qu'elle, mais il n'a pas arrêté de l'épauler durant toute cette période, il était son pilier, « *j'étais très bien entouré, mon mari était hyper courageux, il était très présent pour moi et il m'a surmonté le moral* ». Pour Lydia la fausse couche était encore dans l'esprit mais le désir d'avoir un enfant était toujours présent, un mois après elle à retomber enceinte.

Deux sentiments partagent Lydia, quand elle a su qu'elle est de nouveau enceinte, celui de la joie car c'est ce que dont elle a toujours voulu, et celui de la peur, la peur que l'expérience de la fausse couche se reproduit, elle nous a confié que lors de sa première consultation elle n'arrive pas à se rendre toute seule, on nous disant « *j'attends toujours un nouvel échec, je pense que je n'arriverai jamais amener ma grossesse à terme* ».

Pour conclure on peut dire que lors de l'entretien on a remarqué chez Lydia une certaine tristesse sur son visage, avec des gestes incontrôlables, et une ambivalence dans ses sentiments, la joie d'avoir pu conçu à nouveau, et la peur de revivre le même événement

traumatisant, elle à fini par nous disant« *j'ai tellement peur de re-subir la fausse couche, car même si physiquement ça ne me fait pas mal, mais psychologiquement c'est très difficile*».

3.2 Présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :

Tableau N°4 : résultats d'échelle du cas n°3.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse					X
Tension				X	
Craintes			X		
Insomnie		X			
Dysfonction intellectuelle	X				
Humeur dépressive				X	
Symptômes -musculaire		X			
Symptômes-sensorielle			X		
Symptômes cardio-respiratoires	X				
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux	X				
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs		X			
Comportement au cours de l'entrevue				X	

Lors de la passation de l'échelle d'Hamilton, Lydia a mis 8 minutes pour le répondre, elle a obtenu un score de (21) points, ce qui signifie qu'elle a une anxiété modérée,

elle a obtenu (4) réponses de degré (1) dans les items « insomnie, Somatique musculaire, symptômes respiratoire, symptômes neuro-végétatifs », et (2) réponses de degré (2) dans les items « craintes, somatique sensoriel », (2) réponses de degré (3) dans l'item « tension, humeur dépressive », et (1) réponse de degré (4) dans « humeur anxieuse », et nous avons noté un degré de (3) dans « le comportement au cours de l'entrevue ».

D'après les réponses obtenues et l'observation du comportement lors de la passation de l'échelle d'Hamilton, nous avons pu analyser que l'état psychique de Lydia est altéré, elle manifeste une tristesse profonde à cause de la fausse couche qu'elle a eu il y a 4 mois, comme le confirme l'échelle d'Hamilton Item humeur dépressif avec un degré de (3), ainsi que des signes d'anxiété qu'on a pu confirmer dans l'item humeur anxieux avec un degré de (4), on a trouvé en premier lieu des inquiétudes, l'héritabilité et le pessimisme,

Lydia manifeste un sentiment de contraintes vis-à-vis du déroulement de sa grossesse comme l'indique bien l'item craintes avec un degré de (2).

Lydia nous a déclaré qu'elle ne présente pas de problème physique, comme le confirme les items « symptômes cardio-vasculaire, symptômes gastro-intestinaux, symptômes génito-urinaire », avec un degré de (0).

À travers l'analyse de notre entretien et l'échelle d'Hamilton, nous avons déduit chez Lydia que la peur que cette grossesse soit soldée par un échec empêche sa joie, ce qui a provoqué chez elle une anxiété.

4. Présentation de cas N° 4 :

Chahra est une femme, âgée de 40 ans, de la wilaya de Bejaia, d'un niveau d'instruction secondaire, c'est une femme au foyer, mariée depuis 3 ans, elle n'a pas d'enfant, elle a eu trois fausses couches, et elle est actuellement à 15 SA.

4.1 Présentation de l'entretien :

Notre entretien s'est déroulé à l'hôpital de Sidi Aïch, dans la chambre des soins, dans l'unité hospitalier gynécologie, Chahra y était pour une consultation chez la gynécologue, elle nous a montré une grande simplicité, mais avec une part d'hésitation pour parler, on a essayé d'abord

de lui parler sur des généralités pour la rassurer et l'attirer vers nous, après avoir gagné sa confiance, on a entamé nos questions.

Durant l'entretien Chahra nous a confié que avant même qu'elle soit mariée son rêve est d'avoir un enfant, après le mariage ce rêve c'est accentué encore plus, car pour elle s'est mariée tard, ce qui a provoqué chez elle une inquiétude vis-à-vis de son âge.

Avec une tristesse marquée sur son visage Chahra a commencé de nous parler de ses pertes précédentes, en nous disant que ses deux premières pertes étaient des fausses couches précoces évacuer naturellement, sans aucun signe, elle les a eu juste après son mariage, avec un intervalle de 6 mois. C'était désespérant pour elle car elle ne représente aucune maladie mais elle gardait toujours espoir ; « *j'avais foi en dieu, je savais que je pourrais retomber enceinte* ».

Un an après elle a retombé enceinte pour la troisième fois, mais cette grossesse a soldé par une fausse couche tardive (20) SA. Chahra nous a confié qu'elle a très mal vécu sa dernière fausse couche, elle avait des douleurs atroces dans le bas de ventre, elle s'est rendue directement à l'hôpital avec son mari car elle avait très peur de refaire une fausse couche, avant d'arriver à l'hôpital Chahra perdait déjà ses eaux « *mi walagh aman ni faqegh direct bliyeghliyid* » ; « *quand j'ai vu les eaux, je me suis rendu compte que je l'ai perdu* ».

Dès son arrivée à l'hôpital le médecin lui annonce qu'elle faisait une fausse couche, et que l'embryon n'est plus dans le sac gestationnel, ils l'ont fait passer au bloc opératoire pour subir un curetage, c'était une épreuve traumatisante pour elle, avec une grande laidure et au bord des larmes que Chahra nous raconte son vécu ; « *jusqu'aujourd'hui je n'arrive pas à dépasser cet événement... Car j'étais à 5 mois et j'y croyais vraiment qu'il survivra* » elle rajoute « *j'ai eu des épisodes où je n'arrivais pas à arrêter de pleurer j'étais tellement frustré* »

Chahra n'était pas seule durant cette épreuve elle a eu le soutien de ces deux familles, surtout celui de son mari qui s'est montré courageux.

Quatre mois après ce drame Chahra retombe enceinte pour la 4ème fois, actuellement elle est à (15 SA), le fait qu'elle soit de nouveau enceinte la rassure, car elle sait qu'elle ne représente pas de problème de fertilité, ni elle ni son mari, mais l'angoisse et le stress s'empare sur elle « *j'ai toujours l'impression que cela est terminé, je n'arrive plus du tout à me projeter pour l'avenir* », la vie de Chahra tourne autour de son enfant et la peur de le perdre.

On a remarqué durant l'entretien que Chahra n'était pas joyeuse et qu'elle n'a pas pu faire son deuil elle a retombé enceinte rapidement après sa dernière perte ce qui a endommagé son état psychique.

4.2 Présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :

Tableau N°5 : résultats d'échelle du cas n°4.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse				X	
Tension				X	
Craintes			X		
Insomnie		X			
Dysfonction intellectuelle		X			
Humeur dépressive					X
Symptômes –musculaire		X			
Symptômes-sensorielle			X		
Symptômes cardio-respiratoires	X				
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux	X				
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs		X			
Comportement au cours de l'entrevue				X	

Lors de la possession de l'échelle d'Hamilton, Chahraa a mis 15 minutes pour répondre, elle a obtenu un score de (22) points, ce qui signifie qu'elle a une degré d'anxiété modérée.

Elle a obtenu (5) réponses de degrés (1) dans les items « insomnie, dysfonction intellectuel, symptômes musculaire, symptômes respiratoire, symptômes neuro-végétatif », et (2) réponses de degré (2) dans les items « symptômes sensoriels, crainte », (2) réponses de degré (3) dans « humeur anxieuse, tension », et (1) réponse de degré (4) dans « humeur dépressive », et nous avons noté un degré de (3) dans « le comportement au cours de l'entrevue ».

Durant la passation de l'échelle Chahra avait un visage crispé ainsi que des mouvements subis et rapide. Parmi les signes d'anxiété constatée à l'entretien, et qu'on a pu confirmer par l'échelle d'anxiété d'Hamilton, on trouve au premier lieu l'inquiétude et l'hérabilité présenté par l'item « humeur anxieuse » avec un degré de (3), ainsi qu'une humeur dépressive avec des signes de tristesse, on a également déduit des craintes qu'on trouve dans l'échelle avec un degré de (2) qui sont par rapport à la santé de son bébé

Nous avons constaté que Chahra est envahi par des idées de malheur et d'incapacité de se détendre, et ceci se présente dans l'item tension avec un degré de (3), ce qui a été confirmé également lors de l'entretien « j'ai peur de refaire une fausse couche, au point je ne pense qu'à ça ».

À travers cette analyse il est possible de déduire que tous ces symptômes d'anxiété constaté à l'entretien avec Chahra et confirmé par l'échelle, sont une manifestation clinique d'une anxiété qui a un effet sur la santé psychique de cas, et qui dévoile la crainte de refaire une fausse couche.

5. Synthèse des cas :

Nous avons essayé à travers notre recherche de décrire l'impact et l'influence que peut avoir une fausse couche sur la nouvelle grossesse.

Malgré que notre population d'étude était restreinte mais sa diversité nous a permis d'obtenir des témoignages riches. Les femmes que nous avons rencontré sont de milieux sociaux très différents, leur activités professionnelles sont variées : Femme au foyer, enseignante, comptable...etc. Toutes les femmes que nous avons rencontrées nous ont déclaré qu'elles avaient désiré leur grossesse.

Cependant nous avons constaté que leur état de santé était plus au moins désagréable car elles avaient souffert de troubles fonctionnels : troubles alimentaires, trouble du sommeil.

Toutefois quelques-unes ont manifesté des problèmes particuliers dont l'anémie, hyperglycémie, hypertension artérielle, cholestérol... et cela a été déclaré durant la grossesse.

Nous avons constaté que la fausse couche est considérée par ces femmes qui y sont confrontés, comme un événement stressant et une épreuve inattendue et brutale, qui peut impliquer une douleur soudaine ; des saignements et une hospitalisation. Elle constitue ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu un état de stress et d'anxiété et des symptômes de reviviscement lors de la nouvelle grossesse.

Nous avons constaté également que toutes les femmes sont devenues hypersensibles, irritables au cours de leur grossesse, elles ont émergé un sentiment de confusion entre la perte précédente et la nouvelle grossesse ce qui a induit à développer des morbidités psychologiques dont on trouve au premier rang l'anxiété. Cependant cela n'a pas altéré leur relation conjugale car les conjoints étaient très compréhensifs.

L'entretien clinique et les résultats de l'échelle d'Hamilton, nous ont permis d'accéder à des données qui permettent de constater, après analyse, que nos cas ont montré des résultats différents, 2 d'entre elles présentent un niveau d'anxiété élevé, et les 2 autres ont montré un niveau modéré, car la fausse couche nécessite un travail de deuil mais dans tous les cas éprouvés on a remarqué que ce travail n'a pas été élaboré ce qui a engendré chez ces femmes un vécu psychologique perturbé.

II. Discussions des hypothèses :

Dans cette partie, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique afin de les affirmer ou de les infirmer, et mettre en relation des résultats de cette recherche et l'état actuel des femmes enceinte ayant subi une fausse couche et particulièrement en ce qui concerne l'anxiété qu'elles subissent après avoir eu une ou plusieurs interruptions spontanées de grossesse.

Après l'évaluation de l'échelle d'Hamilton avec l'analyse des entretiens, on va discuter nos hypothèses qu'on a supposées. À l'aide des résultats donnés dans notre recherche sur quatre cas des femmes enceintes ayant subi une fausse couche.

Notre première hypothèse qui est « La fausse couche à une influence sur le vécu psychologique des femmes qui ont conçue à nouveau. » on l'a confirmé, en s'étayant sur les

résultats de l'entretien semi-directif on a trouvé que toutes les femmes qu'on a traitées présente une morbidité psychologique tels que la dépression, l'anxiété, l'angoisse, etc.

Nous avons constaté également que presque la totalité des femmes sont devenues hypersensibles et irritables, et cela à cause des effets traumatique de la perte qui a empêché l'élaboration du deuil, cette nouvelle grossesse a réactualisé le travail du deuil chez elles.

Concernant la deuxième hypothèse qui est : «Les femmes ayant subi une fausse couche développent une anxiété dans leur nouvelle grossesse. », on a constaté que le niveau d'anxiété se diffère d'un cas à un autre, car nos quatre cas ont développé une réaction anxieuse avec des niveaux différents pour chaque cas, on a trouvé que deux cas souffrent d'une anxiété élevée, et les deux autres cas souffrent d'une anxiété modérée, cette différences des niveaux peut s'expliquer par rapport a la façon dont elles ont fait leurs deuil, et comment elles perçoivent cette nouvelle grossesse.

Ainsi on remarque un lien entre la grossesse qui suit une perte et l'anxiété, , car d'après l'entretien semi directif qu'on a entamé avec nos patientes, on a constaté que plusieurs d'entre elle , souffrent d'un degré d'anxiété plus ou moins élevé qui a été manifesté dans leur discours et l'observation de leurs comportements et ainsi dans leurs réponses au questionnaire d'entretien et de l'échelle, Il est important de noter que différentes études sont unanimes sur la présence d'anxiété pendant la grossesse suivant une perte. C'est l'équipe française **de Gaudet (2010)** qui retrouve la symptomatologie anxieuse la plus importante comparativement aux autres études (72 % versus 29 %), d'autant plus si la grossesse démarre rapidement après la perte. Ce qui rejoint les résultats de **Hughes et coll. (1999)**, pour eux, si la grossesse survient moins d'un an après la perte, l'anxiété est élevée au troisième trimestre et à un an de post-partum bien qu'elle soit abaissée dans le postpartum immédiat. (D.de Wailly, 2018 p 12).

On a remarqué aussi que le degré de l'anxiété varie selon la situation des femmes, car l'effet de l'environnement favorable et non favorable qui déroule autour de leur situation familiale, économique, financière et sociale, et la qualité de cet environnement dépend mauvais au bon, joue un rôle important dans l'apparition de ce degré.

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

Conclusion

Au terme de ce travail, nous pouvons dire que la fausse couche est un événement douloureux pour la femme, même si précoce, il vient heurter les désirs et les planifications du couple. Cette perte de projet de vie est vécue physiquement et psychiquement par les femmes. Tout au long de la recherche nous avons essayé d'aborder le phénomène de la fausse couche et sa relation avec la nouvelle grossesse.

On peut dire que même si les cas pris dans notre travail sont restreint, les résultats obtenu confirment nos hypothèses « la fausse couche a une influence sur le vécu psychologique des femmes qui ont conçu a nouveau », « les femmes ayant subi une fausse couche développent une anxiété dans leurs nouvelle grossesse ». On constate l'existence d'un lien fort entre la nouvelle grossesse suit une perte et l'anxiété, c'est-à-dire tout les cas étudiés souffrent d'une anxiété.

A l'aide d'un guide d'entretien effectué et l'échelle d'anxiété d'Hamilton qui nous a aidées à détecter le niveaux d'anxiété des femmes enceintes ayant vécu une fausse couche, appliquée en fonction d'une méthode clinique descriptive, qui nous a permis de comprendre profondément notre population d'étude.

Durant notre recherche on a pu récolter des données on répondant aux questions de guide d'entretien, et après l'analyse des résultats on a confirmé notre hypothèse sur la présence de l'anxiété dans nos cas. En termes de ce travail, nous déduisons que la majorité des femmes enceintes ayant subi une fausse couche souffrent d'une anxiété soit modéré ou bien élevé, Elle peut avoir des effets négatifs non seulement sur la santé de la maman, mais aussi sur celle du bébé quelle porte en elle, et être à l'origine de différents problèmes qui affecteront l'enfant tout au long de sa vie; qu'il faut savoir prendre en compte et traiter. Et que le soutien psychologique est indispensable pour les aider à dépasser cette souffrance.

La synthèse de notre travail nous donne la lumière sur la réalité que vivent les femmes pendant leur grossesse suit une interruption spontanée, mais son reste très limitée pour comprendre et mettre une analyse approfondie sur le phénomène.

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

Bibliographie :

Ouvrages et revues :

- Abdel-Baki. A, Poulin. MJ, (2004), « *Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement* », vol. 41, N°2.
- Bénony. H, Chahraoui. Kh, (1999), « *L'entretien clinique* », Paris, France.
- Bioy A, Castillo. M-C, Koenig M, (2021), « *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* ».
- Brito. O, (2018), « *Deuxième étape. Mener une pré-enquête* » Dans, « *Évaluer les dispositifs éducatifs et socioculturels* ».
- Beauquier-Maccotta. B, (2020), « *La grossesse suivant une interruption médicale de grossesse : soutenir l'attachement prénatal* ».
- Bouvard.M et Cotraux. J, (2002), « *protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », Paris, 3ème éd.
- Bruchon-Schweitzer. M, (2002), « *Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes* », Paris, éd Dunod.
- Bioy.A, Fouques. D, (2016), « *Présentation de la psychologie clinique* », Dans « *Psychologie clinique et psychopathologie* ».
- Chahraoui. K, (2021), « *L'entretien clinique de recherche* », Dans « *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* ».
- Christine. G.B, (2014), « *Grossesses non prévues : significations et fonctions* ».
- De Wailly. D, (2018), « *La grossesse suivant un décès périnatal L'enfant palimpseste* », Dans « *Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse* ».
- De Wailly. D, (2020), « *Les pertes spontanées : fausses couches et morts fœtales in utero* » dans « *Le Deuil Périnatal* ».
- Dr. Charles. H, Elliot, Dr. Laura. L, Smith, et All, (2009), « *Guérir l'anxiété chez les nuls* ».
- Dore. N, Le Henaff. D, (2008), « *Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans* », Québec.
- Fernandez. L, Pedinielli. J-L, (2006), « *La recherche en psychologie clinique* », Dans « *Recherche en soins infirmiers* », (N° 84).

- Lacombe. M, (1998), « *les perceptions des infirmières de la situation des femmes qui vivent une fausse couche* », Canada.
- Lansac, Maguin, (2008), « *Obstétrique* », 5e Ed: Masson.
- Lejeuneet. V, Carbonne, B, (2007), « *fausse couche et mort fœtales* », Masson, paris, France.
- Marret. H, Lehr-Drylewicz. A-M, Guyot. H, Simon. E, Wagner-Ballon. J, Diguisto. C , et Renoux. C, (2020), « *Elle a fait une fausse couche précoce (14SA) : comment la prendre en charge et l suivre à domicile* », dans « *120 Questions en Gynecologie-Obstetrique (4)* ».
- Reeves. N.a b c, Wendland. J. c, (2017), « *Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse* », Volume 65.
- Reeves. N, Pelletier. V, Schauder. C, Thériault .J, Wendland. J, (2016), « *Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse* ».
- Rousseau. P, (1998), « *Abord transgénérationnel*», dans « *Deuil périnatal* ».
- Riazuelo. H, (2017), « *35 grandes notions de Périnatalité* », Paris, Dunod.
- Soubieux. M-J, (2014), « *Le deuil périnatal, un impensable à penser* ».
- Séjourné. N, Callahan. S, Chabrol. H, (2008), « *L'impact psychologique de la fausse couche* », Volume 7
- Shulz. J, (2020), « *Psychopathologie psychanalytique du deuil périnatal* ».
- Shulz, J, Mériot, M-E, (2014), « *Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale* ».
- Shulz. J, (2020), « *La grossesse suivante* », dans, « *Le Deuil Périnatal* ».
- Séjourné. N, Callahan. S, Chabrol. H, (2009), « *La fausse couche : une expérience difficile et singulière* », Vol. 21
- Squires. C, (2004), « *L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante* ».
- Ybert. E, (2010), « *Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles* », Paris, Larousse.
- Virginie Im, Michel Briex, (2019), « *La fausse couche : fake news ?, (Bébés de rêves. Rêves de bébé)* », Dans Spirale /2 (N° 90).
- Tournaire, M. (2005), « *Le bonheur d'être mère, la grossesse après 35ans Odile Jacob* », France.

Dictionnaire :

- Doron. R, & Parot. F, (2013), « *Dictionnaire Larousse de psychologie* », Paris.
- Sillamy, N, (1980), « *Dictionnaire de psychologie* », France.
- Sillamy. N, (2003), « *le dictionnaire de la psychologie* », Larousse, Paris.
- Ybert. E, (2010), « *Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles* », Paris, Larousse.

Thèses :

- Christine. G.B, (2014), « *Grossesses non prévues : significations et fonctions* ».
- Bouraoui. F, et Bouzid. W, (2014), « *Le vécu psychologique de l'accouchement des femmes césarisées et l'accueil du bébé* ».
- J. Belleau, (2016), « *L'expérience des femmes consultant pour un avortement spontané sans prise en charge chirurgicale* », CHU Sainte Justine.
- Pierre. C. ST, (2020), « *l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire* ».

webographie :

- Dore. N, Le Henaff. D, (2008), « *Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans* », Québec. [http://mobile.inspq.qc.ca./mieux vivre/grossesse](http://mobile.inspq.qc.ca./mieux_vivre/grossesse)
- Gatzoff. A. S, « [Le désir d'enfant?](#) » (psychologue-aquitaine.fr) 03/06/2023
- <https://www.vidal.fr/sante/grossesse/conception-suivi-grossess> 03/06/2023

Annexes

Annexes N°1 :

Axe I : informations personnelles sur le sujet

- Votre prénom ?
- Vous avez quel âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Depuis quand êtes-vous marié ?
- Vous avez des enfants ? Si oui combien ?
- Présence d'une maladie ? La quelle
- Le mois de votre grossesse ?
- Le motif de consultation ?

Axe II : le vécu de la fausse couche

- Comment avez-vous appris que vous faisiez une fausse-couche ?
- Ou vous avez fait votre fausse couche (endroit). ?
- A quel terme étiez-vous ?
- Qu'elle est la cause selon votre médecin traitant ?
- combien de fausse couche avez-vous eu depuis votre mariage
- Avez-vous des problèmes de santé avant la fausse couche
- Avez-vous un lien de sang avec une personne qui est dans le même cas que vous ?
- Quelle a été votre réaction lors de l'annonce de la fausse-couche ? Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

-Comment vivez-vous le fait d'avoir fait une fausse-couche vis à vis de votre famille ?

-Quel a été votre état de santé après la fausse couche ?

-Comment trouvez-vous par rapport à d'autres femmes qui ont des enfants ?

Axe III : le soutien émotionnel après la fausse couche

- Étiez-vous seule ou accompagnée au moment de l'annonce ?

-Étiez-vous soutenue pendant cette période ? Par qui ?

-Qu'elle était la réaction de votre famille et surtout la belle famille ?

-Est-ce que la fausse couche a influencé votre relation avec votre mari ? Si oui comment ?

-Avez-vous ressenti le besoin d'un soutien psychologique ?

-Comment vous avez surmonté cet événement ?

Axe IV : Le vécu psychologique de la nouvelle grossesse

- Combien du temps avez-vous pris pour retomber enceinte

-Quelle a été votre réaction lors de l'annonce d'une nouvelle grossesse ?

-Qu'est-ce que représente l'enfant pour vous

-Est-ce que s'est programmé ? Est-ce que votre mari est d'accord

-votre relation de couple a-t-elle changé au cours de cette grossesse ?

-Comment votre belle-famille a réagi quand elle a reçu la nouvelle ?

-Avez-vous des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?

-Quel est votre état de santé actuelle ?

-Comment vous portez-vous pendant cette nouvelle grossesse ?

-Quels sont les effets de vos sentiments et vos symptômes sur votre grossesse, et votre relation avec les autres ?

-Avez-vous souffert des troubles de l'humeur (les deux phases maniaques et dépressives), de perte d'appétit ?

-Vous sentez-vous maussade, triste, irritable, désespéré ?

-Avez-vous des contraintes vis à vis de la santé de votre bébé ? -Faites-vous des soucis de ne pas arriver à temps à la maternité ? (Avez-vous une crainte de refaire une fausse couche)

Annexe N°2 :

Axe I : informations personnelles sur le sujet :

- Amek ismim?
- Achehal gel3amrim?
- Achehal itheghrid ?
- Dachu idelkhdmam?
- Achehal gmi ithezwdjed?
- Tes3id derya ? Mayla ih achehal?
- Tes3id lahlak ? Mayala ih dachuth?
- Achehal lchehour n tadisthim?
- Iwachu idruhdh ar tviv?

Axe II : le vécu de la fausse couche

- Amek ithe3almed bli tghliyamed tadisth ?
- Anwa amkan imdghli tadisthim ?
- Achehal igs3a letoufanim ?
- Dachu id sseba imdina tviv ?
- Achehal tadissin imdighlin gassmi ithezwdjed ?
- Tes3id ighvlan g seham uqvl amdekhsser tadissthi ?
- Tes3id yakan hed izedkhsser tadisseth g thewachultim ?
- Amek itekhdmed mi medkhesr tadisth ? Dachu ithehoussed ?
- amek idettwalid tam3icheth whid twachultim imi medakhsser tadisth ?
- Amek ithela seham gmi medeghli tathisth ?

- Amek idettwalid imanin ar l'khalath igsse3an derya ?

Axe III : le soutien émotionnel après la fausse couche

- Tlid imanin negh ila hed yidem assmi ithe3almed ?

- Toufid hed ar thamam gl waqthni ? Mnhouth ?

- Amek ithehouss thewachultim whid twachoult n wergazim imi 3elmen ?

- Mayla akhettur ni n tadisth tevdalam lm3icha whid wergazim ? Mayla ih amek ?

- Mayla tehoused touhwajed un psychologue gl waqthni ?

- Amek idesoulid imanin gmi ithes3dad akhettur ni ?

Axe IV : Le vécu psychologique de la nouvelle grossesse

- Achehal lwaqth ithetfed blik t3awded terfded s thadisth?

- Amek ithehoussed assmi ithe3almed blik aqlikm s thadistht nayed ?

- Amek idettwalid ghourem aqchich ?

- Mayla thevghamtt thadisthayi tajdit ? Mayla iqvl wargassim ?

- Tevdel lem3icha wehid wargazim s thadisthayi tajdit ?

- Amek ithehouss thewachult n wargazim imi tha3lem s lkhevr ajdid ?

- Mayla thettwalid imanin uthezmiridara attekmed lkhdemam ?

- Amek sseha ynem aka thura ?

- Amek ithettehadard ak imanin s thadisth ayi thajdit ?

- Dachuthent tyawsiwin n wayen ithettehoussud f tadisthim, whid lm3icha d wiyad ?

- Mayla tes3id lahlakth la3qel (avrid attild gl hala le3ali, avrid attilid gl hala ndiri , negh mayla therouham nafiha nl makla ?

- Thettehoussoud i lahezen,dl khouf, désespéré ?

- Mayla thettagaded f sseha nl toufanin ?

- Mayla tougaded uthettawedara ar tharaweth ?(mayla tougaded atte3iwded akhttur n tadisth).

Annexe N°3 :

13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?					
	Consigne : Encercliez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. [1959], Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

Résumé :

Notre recherche porte sur le vécu psychologique des femmes enceintes ayant fait une fausse couche, cette dernière a pour objectif de décrire la nature de vécu de la nouvelle grossesse par rapport à la fausse couche qu'elle a eu, et les réactions qu'elle subi au cours, spécifiquement l'anxiété chez elles. Avec la nouvelle grossesse, c'est un autre bébé qui est à investir. Trop souvent la gestion des situations délicates se fait par la négation des ressentis réels, et d'une expérience qu'elle vit tout seule dans son environnement, tant familial que médical qui sais pas prendre on compte ce qu'elle éprouve, elle vit cet événement comme un traumatisme qui engendre une anxiété. Cet état affectif marque la spécificité du deuil prénatal.

Pour vérifier nos hypothèses nous nous sommes présenté au sein de l'établissement suivant : établissement hospitalier Rachid Bel Houcine, Sidi aich, Nous avons illustré notre recherche avec quatre cas clinique que nous avons rencontrés pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, à l'aide du guide d'entretien et une échelle d'anxiété nommé échelle « d'anxiété d'Hamilton ».

Les résultats obtenus s'inscrivent dans la présence de l'anxiété, le résultat de l'échelle d'Hamilton, nos sujets ont démontré la présence d'un niveau important de l'anxiété.

Abstract :

Our research focuses on the psychological experience of pregnant women who have had a miscarriage, the latter aims to describe the nature of the experience of the new pregnancy in relation to the miscarriage she had, and the reactions she suffered. during, specifically the anxiety in them. With the new pregnancy, another baby is to be invested. Too often the management of delicate situations is done by the negation of real feelings, and of an experience that she lives all alone in her environment, both family and medical, who do not know how to take into account what she feels, she lives this event such as a trauma that creates anxiety. This affective state marks the specificity of prenatal bereavement.

To verify our hypotheses, we presented ourselves at the following establishment: Rachid Bel Houcine Hospital, Sidi Aich, We illustrated our research with four clinical cases that we encountered. To carry out this work, we opted for the clinical method by case study, as well as the semi-directive clinical interview, with the help of the interview guide and an anxiety scale called the "Hamilton anxiety" scale.

The results obtained fall within the presence of anxiety, the result of the Hamilton scale, our subjects demonstrated the presence of a significant level of anxiety.