

**Université Abderrahmane Mira
de Bejaïa**

**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT : SCIENCES SOCIALES**

**Mémoire préparé en vue de l'obtention du diplôme de Master en
psychologie clinique**

Thème

**La dépression chez les femmes ayant fait une fausse
couche**

A l'établissement hospitalier d'Akbou

Réalisé par :

**- MEZIANNE Syla
- OUAZAR Nabila**

Encadré par :

- Mr. FERGANI Louhab

2018/2019

REMERCIEMENT

En premier lieu, nous tenons à remercier toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et de nous faire part de leur vécu.

On remercie notre encadreur, Mr FERGANI pour ses remarque et directives, et aussi pour sa disponibilité tout au long de ce travail du début a la fin.

On remercie les deux psychologues de l'hôpital d'Akbou, « Souhila » et « Athika »

On remercie aussi les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Nous tenons aussi à remercier, toute les personne qui ont contribué de prés comme de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail à toute ma famille, mes très chers et adorables parents, source d'amour, d'affection et de bonne éducation pour leurs sacrifices et engagements, leurs disponibilités à mes cotes et leur confiance

A mes deux chers frères Inoudha et Nordine

A Kousseila ,Saliha et à Katia

A mon binôme sylvia

A mes amies dont je n'ai pas cité les noms

A toute personne que je connais, et qui ma porté aide et contributions a ma réussite durant mon parcours à l'université.

Nabila

Dédicace :

*Je dédie ce modeste travail à tout ce qui son chère à mon
égard :*

*A mes très chers parents, que je remercier énormément pour
leurs soutiens et leurs disponibilités à mes cotes et je présente
ma profonde gratitude pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A mes très chères sœurs et mes frères.

A mon fiancer Hamza et toute sa famille

A mes amies

Sans oublier mon binôme Nabila

*A toute personne ayant participé de près ou de loin à la
réalisation de ce travail et tous ceux qui je connais.*

Sylian

Sommaire :

Introduction	01
---------------------------	-----------

La partie théorique

Chapitre I : L'aspect psychologique et médicale de la fausse couche

Préambule.....	5
1/ la définition de la fausse couche.....	5
2/ l'épidémiologie.....	5
3/ les symptômes de la fausse couche.....	6
4/ les cause de la fausse couche.....	6
5/ le bilan après une première fausse couche.....	7
6/ les type de la fausse couche.....	7
7/ l'aspect psychologique de la fausse couche.....	9
8/ la prise en charge de la fausse couche.....	9
Synthèse	11

Chapitre II : La dépression

Préambule	13
1/ Aperçu historique.....	13
2/ les définitions de la dépression.....	14

3/ les modèles théorique de la dépression.....	15
3-1 le modèle psychanalytique.....	15
3-2 le modèle phénoménologique.....	18
3-3 le modèle cognitivo-comportementale.....	19
3-4 le modèle interactionnel.....	20
4/ les classifications de la dépression.....	21
4-1 selon le DSM-5.....	21
4-2 selon la CIM 10.....	24
5/ la relation entre la dépression et la fausse couche.....	28
Synthèse.....	28

Problématique et hypothèses

Problématique.....	30
---------------------------	-----------

Partie pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule.....	38
1/ la méthode de la recherche.....	38
2/ le groupe de la recherche.....	39
3/ les outils de la recherche.....	40
4/la stratégie de la recherche.....	44
Synthèse.....	45

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

1/ Cas de Fatiha.....47

2/ Cas de Warda.....54

3/ Cas de Yasmine.....60

4/ Cas de Chahra.....66

Discussion générale des résultats..... 75

Conclusion.....79

Bibliographie.....82

Annexes

Introduction :

L'attente et l'envie d'avoir un enfant apparaissent comme une étape importante et fondamentale dans la vie d'une femme. 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.

Plusieurs événements dans la vie quotidienne peuvent infecter le fonctionnement psychique et le comportement de l'être humain, comme la fausse couche. En fait, puisque la grossesse était plus avancée, l'annonce de la venue d'un enfant ainsi que de son départ, touche d'avantage les gens. De plus, considérant que les femmes doivent accoucher d'un enfant mort-né, cela donne l'impression qu'il est plus difficile de vivre ce type de perte versus une fausse couche en début de grossesse, sachant que la perte d'un enfant est un événement traumatique pour les parents, cette perte peut contribuer de la dépression dans l'états ou le sujet est incapable de supporter.

La dépression est un trouble qui touche toutes les catégories soit les personnes malades ou pas, nous pouvons tous souffrir, à un moment ou à un autre d'une dépression, elle se caractérise par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de souffrance et de la tristesse, qui s'accompagne parfois d'anxiété. Cette dépression est un passage important dans le deuil, elle prépare la personne à l'acceptation de la maladie ou bien la perte.

La femme vit dans une pression qu'a fait d'elle une déprimée, ce qu'on à aider à choisir notre thématique de recherche.

Les principaux objectifs de notre recherche sont de mettre la lumière sur le vécu des femmes ayant subi une fausse couche et de mesurer le degré et l'intensité de la dépression de ces femmes.

Pour compléter notre travail de recherche, nous avons adopté un plant de travail qui se compose de :

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre I intitulé la dépression, et chapitre II intitulé la fausse couche.

Une problématique et des hypothèses.

Une partie pratique divisée en deux chapitres : chapitre III :

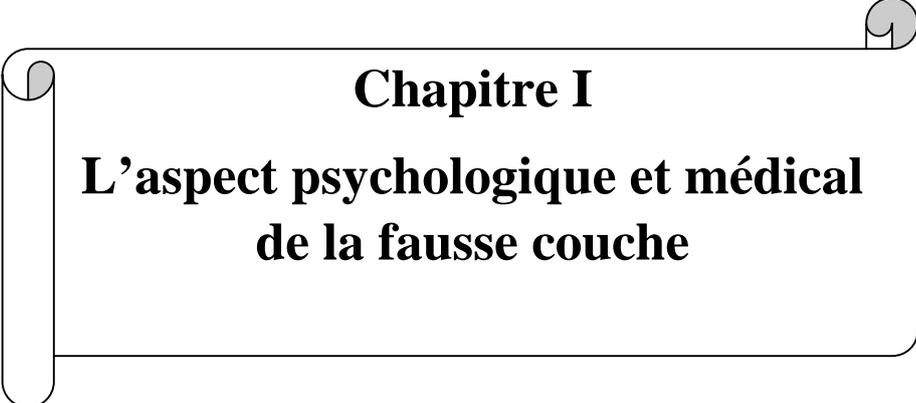
Une partie méthodologique : où nous avons abordé la méthode de recherche, le groupe de notre recherche, et les outils utilisé, au début on a voulu travailler avec un guide d'entretien, l'inventaire de dépression de Beck, et le Rorschach, mais vu que on à pas pu réaliser les conditions de travail pour le Rorschach comme le calme, un bureau ou une chambre individuelle pour les patientes, donc nous avons remplacer le Rorschach par l'échelle de dépression de Hamilton.

Le chapitre IV est consacré pour présenter et analyser les entretiens et les échelles de dépression (Beck, Hamilton) concernant notre groupe de recherche.

Enfin on termine notre étude par une conclusion générale.



La partie théorique



Chapitre I
L'aspect psychologique et médical
de la fausse couche

Préambule :

La fausse couche ou l'arrêt précoce d'une grossesse, est un événement très fréquent qui concerne beaucoup de femme, elle est la complication la plus courante de la grossesse.

Dans ce chapitre on va aborder quelques éléments qui mettent la lumière sur la fausse couche.

1/ Définition de la fausse couche :

Les fausse couches ou appelés les avortements spontanés sont la cause la plus courante des complications intervenant pendant la grossesse et entraînant la perte du bébé. Ces complications sont très différentes d'un point de vue physiologique et psychologique, selon qu'elles interviennent au début où à la fin de grossesse (Babou et Azzeradj, 2017).

2/ Epidémiologie :

Les avortements spontanés en Algérie représente de 10 à 20 % des interruptions de grossesse (les chiffres sont incertains, car certains femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autre ne consultent pas le médecin) les avortements de ce type ont généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation ; alors :

- 31% des grossesses avortent après implantation.
- 10 à 15% des femmes enceintes font une fausse couche(FC) entre 5et 8 SA.
- 70% des œufs fécondés avortent avant 6SA.
- Sur 100 avortements : 58 infra cliniques.
- 1 femme sur 4 saigne au premier trimestre.

50% font une FCS.

50% iront à terme mais :

Mortalité périnatale X 1,3.

Prématurité X 1,2.

3/ les symptômes de la fausse couche :

Une douleur à type de crampe

Une hémorragie et finalement une expulsion de tissu

Une fausse couche spontanée tardive peut débuter par un jet de liquide lorsque les membranes amniotiques se brisent. L'hémorragie est rarement abondante.

Un col dilaté indique que la fausse couche est inévitable. (Corp et Merck, 2019.)

4/ Les causes de la fausse couche :

Les anomalies chromosomiques constituent les causes les plus fréquentes des fausses couches précoces. Actuellement à cause de cela près de 60 % des grossesses conçues ne vont pas conduire au développement d'un enfant sain. Le plus souvent il en résulte un arrêt du développement après la première division cellulaire. La femme ne remarque même pas qu'elle était enceinte car les règles ne sont pas décalées ou seront à peine décalées.

Les autres causes de fausse coche sont :

Des raisons immunologiques : le plus souvent l'organisme maternel fait une réaction de rejet contre l'œuf fécondé et la nidation normale ne sera pas possible.

Un fibrome.

Des causes hormonales, par exemple un manque de progestérone par insuffisance du corps jaune, hyper et hypothyroïdie.

Des infections, en particulier dans les stades précoces de la grossesse : plus tardivement, il apparaîtra éventuellement des malformations fœtales.

Des médicaments par exemple : les dérivés de la coumarine, les antidiabétiques oraux.

Certains produits de consommation.

Dans près de 25% des fausses couches on ne trouve pas de causes. On les appelle avortement idiopathiques. (Goerk, 2004, P86).

5/ Bilan après une première fausse couche :

- l'examen de l'œuf, s'il montre un œuf clair, apporte la preuve d'une fausse couche génétique.
- L'étude anatomopathologique du placenta peut parfois en apporter aussi la preuve.

On se contentera après le retour de couche de demander une courbe thermique et un examen de femme au 13^e jour du cycle.

Si le col est propre, la glaire limpide, on éliminera une infection.

Si la courbe thermique est biphasique avec un bon plateau de 14 jours, il n'y a pas de dysovulation, on laissera la femme débiter une nouvelle grossesse.

S'il y a une infection de glaire ou dysovulation, il faudra les traiter avant toute tentative de grossesse.

En cas de fausse couche à répétition (Lansac et Magnin et Sentihes, 2013, P 342).

6/ Les types de la fausse couche :

6-1/ Fausse couche précoce :

La fausse couche et toutes les pertes fœtales avant 24 semaine, sont regroupées sous le terme de « fetalosse » ce qui rend difficile l'application des conclusions de ces séries à nos fausses couches précoces.

On en rapproche les œufs clairs « sac ovulaire sans structure embryonnaire visible, avec ou sans vésicule vitelline » dont les mécanismes ne semblent pas être distincts de ceux des fausses couches précoces.

Diagnostic :

Il peut être clinique devant des nétronomie 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 et Carbonne, 2007, Pp 4).

6-2/ La fausse couche tardive :

La fausse couche du 2^e trimestre est très différente de celle du 1^{er} trimestre. Elle est bien moins fréquente et n'augmente pas de façon significative avec l'âge.

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, 2005, P 133).

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.

6-3/ Définition de mort fœtale in utero :

C'est l'arrêt d'activité cardiaque fœtale au-delà de 12-14 semaines d'aménorrhée avec un fœtus dont les mensurations échographiques correspondent effectivement à un terme de plus de 12-14 semaines d'aménorrhée pour les distinguer d'une grossesse arrêtée précoce découvert tardivement.

Diagnostic :

Il peut être suspecté cliniquement devant une disparition du mouvement actif et sera toujours confirmé échographiquement. (Lejeyne et Carbonne, 2007, 6)

7/ L'aspect psychologique de la fausse couche :

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 le projet dont il était porteur. De nombreux auteurs comme **Wallerstedt** et **Higgins (1995)**, et **Hanus (2001)** considèrent que bien que précoce, la perte de la grossesse lors d'une fausse couche peut être vécue comme un deuil. Ainsi, selon **Athey et Spielvogel, (2000)**, la fausse couche peut être une expérience difficile à vivre et, 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. (Natalène et Callahan et Chabrol, 2009)

8/ La prise en charge de fausse couche :

8-1/ Prise en charge aux urgences :**A l'arrivée de la patiente :**

Hémodynamique (pression artérielle, pouls, température) et EVA

Interrogatoire :

Recueil des antécédents notables pouvant influencer la décision du choix de traitement (médical ou chirurgical) : drépanocytose homozygote ; notion de précarité-patiente isolée...

Recueil des traitements habituels de la patiente (antiagrégants/anticoagulants)

Notion de malaise à domicile

Examen clinique avec évaluation de l'abondance des saignements

Echographie pelvienne endovaginale (Nizard, 2017, P2).

8-2/ Le soutien psychologique :

Si la prise en charge des fausses couches est courante pour le praticien, il est important de ne pas la banaliser, au risque d'être perçu comme un manque d'empathie par les patientes. Les différentes phases de deuil ont pu être observées, à la différence qu'il s'agit ici d'une double perte. La perte réelle de l'embryon ou du fœtus, et la perte symbolique de la réalisation du désir d'enfant et du statut social de parent, un sentiment de tristesse liée à la perte est présent et peut avoir des répercussions sur la vie sociale et familiale. La qualité de vie est la plus altérée le 2^e jour après traitement.

Une attention particulière doit être portée aux patientes avec antécédents psychiatriques et notamment dépressifs, qui constituent la population à risque. Dans la grande majorité des cas, ces symptômes psychologiques s'amendent avec le temps (en moyenne en 4 mois).

Il est important d'être disponible pour ces patientes afin de leur faire prendre conscience de la perte et leur permettre d'exprimer leurs réactions par une écoute empathique. (Ferte-d et Robin et Letombe, 2010, Pp 30-31)

C/ Le traitement médicamenteux :**Menace d'avortement :**

Hospitalisation avec d'abord repos strict au lit et ensuite, en l'absence de saignements, repos au lit moins strict. Les médicaments anti-contractions sont peu efficaces en début de grossesse.

Avortement en cours avortement incomplet :

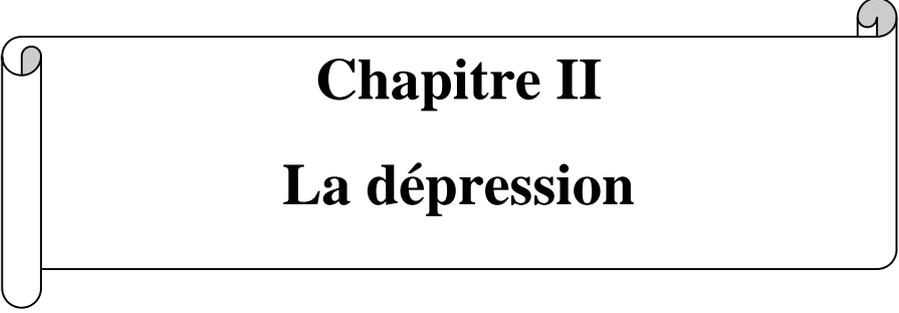
Un geste chirurgical du genre curetage (évacuation instrumentale) est nécessaire pour évacuer complètement l'utérus de tout produit ovulaire.

Avortement complet :

Jusqu'à 8 SA on peut se passer d'un curetage si la cavité utérine est vide aux ultrasons et sous réserve d'une bonne coopération de la patiente. Avec une surveillance régulière des bêta-HCG. Dans tous les autres cas et à la moindre suspicions de reste placentaires intra-utérins, il faut pratiquer un curetage. (Goerk, 2004, P88)

Synthèses :

Dans ce chapitre on a donné les éléments et les données qui éclaire mieux et qui nous permet de comprendre le sens de fausse couche, et pour que les femmes fassent attention pour ne pas avoir le risque de tomber dans cette perte.



Chapitre II
La dépression

Préambule :

Dans ce chapitre en va abordés l'un des troubles connu comme un trouble de l'humeur, disons qu'il est fréquent beaucoup plus chez les femmes, c'est la dépression qui exprime un abaissement, un fléchissement, un enfoncement par rapport à un état antérieur.

On va aborder plusieurs éléments importants pour mieux connaître et comprendre l'état dépressif et le vécu d'une personne malade.

1/ Aperçu historique :

La dépression a traversé tous les millénaires de l'histoire humaine. Depuis les travaux les plus anciens des médecines grecs jusqu'à la fin du XIX siècle, on a toujours fait une différence entre la maladie dépressive, considérée comme une sorte de folie, et la tristesse normale, similaire à la dépression certes, mais ressentie en réponse à tout un ensemble de circonstances douloureuses. Et puis en 1980, parce qu'on cherchait à rendre plus scientifique le diagnostic en se fondant sur des critères seulement symptomatique et décontextualisés, le DSM 3 a passé à la trappe cette importante distinction traditionnelle, et on l'a oubliée aujourd'hui quand on traite la dépression.

La dépression, contrairement à d'autres troubles mentaux, a un long passé. En fait, elle constitue sûrement la maladie psychologique la plus facilement repérable dans l'histoire: on en trouve des descriptions symptomatiques très semblables depuis 2 500 ans.

Depuis, les premiers textes médicaux de la Grèce antique jusqu'à la précédente version du DSM, la grande tristesse et ses différentes expressions (le désespoir, le chagrin, le découragement, l'abattement, le vide) ont souvent été présentées comme le cœur du trouble dépressif, à côté d'autres symptômes

associés comme la perte d'appétit, l'insomnie, l'irritabilité, l'agitation, le sentiment d'inutilité, les idées et les tentatives de suicide, la peur de la mort, la rumination d'un petit nombre d'idées négatives, l'absence de plaisir et d'intérêt pour les activités quotidiennes, la fatigue, le détachement sociale.

Néanmoins, les traités traditionnels distinguaient tous la dépression en tant que troubles de la dépression normale, faite de cette tristesse profonde, qui partageait pourtant avec la maladie nombre de symptômes mais n'était pas pathologique et restait une réaction proportionnée à de graves pertes. Parmi celles-ci, décès de proche, revers de fortune, les échecs professionnels etc.

De point de vue traditionnel, la dépression est différente de ces réactions normales, soit parce qu'elle survient en l'absence de toute situation qui déclencherait normalement la tristesse, soit parce qu'elle est disproportionnée, en intensité et en durée, aux causes qui la provoquent.

La psychiatrie traditionnelle a donc adopté une approche contextuelle pour diagnostiquer la dépression, sans faire reposer le caractère pathologique sur des critères uniquement symptomatiques ni sur la gravité de la tristesse puisque celle-ci peut être profonde et normale alors même que la tristesse pathologique peut être modérée ; dans ce cadre, le diagnostic repose sur l'analyse du rapport entre les symptômes et les circonstances auxquelles ils répondent. (Rouillon, 2004, Pp 73-75).

2/ Les définitions de la dépression :

En psychiatrie, ce terme définit un symptôme qui représente un sentiment de tristesse pathologique, différent de la tristesse normale.

La dépression a alors été évaluée dans le sillage de la pharmacologie, des études européennes et de la classification américaine du DSM3 en 1980, du DSM3-R en 1987 et du DSM4 en 1992

La dépression n'est pas une maladie rare, loin s'en faut. Sur une période de 6 mois, les dépressions caractérisées (ce terme sera défini plus loin) (Perez de obanos, 2001, Pp5-6)

Les états dépressifs font partie des troubles de l'humeur. L'humeur est défini par J. Delay comme une disposition affective de base « qui donne à chacun de nous états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrême du plaisir et de douleur.

Actuellement la dépression peut être défini comme un trouble psychologique caractérisé par une baisse de l'humeur marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs de la personne. (Peretti, 2013, P3).

La dépression est un trouble fréquent chez l'enfant et l'adolescent. Elle est pourtant souvent mal identifiée, probablement parce que la symptomatologie clinique est moins typique que celle décrite pour adulte. (Graner, 2002, P401).

3/ les modèles théorique de la dépression :

3-1/ le modèle psychanalytique :

Le texte fondamental de **Freud** concernant la dépression s'intitule *Deuil et Mélancolie*. Il a été publié en 1917. La dépression y est conçue comme une réaction de deuil liée à la perte de l'objet d'amour. Ce terme d'objet d'amour étant évidemment à prendre dans un sens très large, puisqu'il peut s'agir d'une « perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place ».

Selon **Freud**, dans la dépression, la perte est moins évidente que dans le deuil, elle peut être inconsciente ou d'une nature plus « morale ». La perte finit par concerner le moi du sujet. Freud émet l'hypothèse qu'une perte du moi peut suffire à déclencher le tableau dépressif. Selon sa célèbre formule, « l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme un objet abandonné ».

Il ajoute : « de cette façon, la perte de l'objet s'était transformée en une perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification ». La perte se transforme en haine de l'objet, haine du moi et donc l'agressivité peut se retourner contre la personne elle-même.

Plus tard, Freud insistera sur la pulsion de mort, expliquant que « ce qui règne dans le surmoi...c'est une pure culture de la pulsion de mort ». (Granger, 2004, Pp 43-44)

Les travaux sur la dépression de **Karl Abraham** (1911) sont antérieurs à ceux de Freud.ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuse » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui-même.

Pour **Karl Abraham** le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation car il « tire son plaisir de ses souffrances ».pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions. IL y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents. Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale narcissique étayée par un objet extérieur.

Les contributions de **Karl Abraham** à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la

compréhension de la dépression du point du vue psychanalytique. (Abbassen, 2013, p 17).

Selon **Mélanie Klein**, dès la naissance, le moi est capable de ressentir et d'éprouver de l'angoisse, de déployer des mécanismes de défenses et d'établir des relations primitives d'objet dans le fantasme et réalité. Ce moi est « dès la naissance est exposé à l'angoisse suscitée par la polarisation innée des pulsions : le conflit immédiat entre la pulsion de la vie et de mort. Il est aussi exposé tout de suite au choc de la réalité extérieure, qui est à la fois angoissante, comme le traumatisme de la naissance, et vivifiante, comme la chaleur, l'amour et la nourriture reçu de la mère » pour cet auteur, la dépression serait une reviviscence, lors de certains événement, des ambigüités affectives éprouvées lors d'une étape du développement de l'enfant qu'elle dénomme la position dépressive. Initialement l'enfant ne reconnaît pas une personne, un objet extérieur dans son intégrité. Ainsi le sein qui le nourrit et la main qui le couche dans son berceau ne son pas intégrés comme éléments d'une même entité (la mère). Le nourrisson, tout en structurant son moi, va se trouver dans une double confrontation, d'une part, la conquête et l'identification à un objet idéal et d'autre part, la menace d'un mauvais objet pour lui-même et son objet idéal, ce stade dit de l'objet partiel, correspond pour **Mélanie Klein** à une position « schizo-paranoïde ». Puis l'enfant va identifier les objets extérieurs dans leur unité ; ainsi il va reconnaître que le sein et la main appartiennent à la même personne. Alors l'enfant se déprime car il prend conscience de l'ambivalence de ses sentiments : il aime le sein qui le nourrit et déteste la main qui l'en écarte. Dans cette période, l'enfant craint que ses sentiments de haine à l'encontre d'une partie de la personne aimée ne la détruisent. Dans les dépressions, le sujet vit à nouveau de tels affects ou se mélangent l'agressivité et l'amour à l'égard du monde extérieur et de lui-même. Un autre apport de **M. Klein** est de considérer l'excitation maniaque comme un mode de défense contre la mélancolie. (Ait yahia et Alia, 2010, p39).

3-2 Le modèle phénoménologique :

Inspiré par la psychanalyse, le psychiatre et phénoménologue allemand **Julius Tellendach** a décrit un type personnalité prédisposant à la dépression sous le nom *Typus melancholicus*. Ce type se caractérise par l'attachement à l'ordre dans tous les domaines.

Dans l'espace, cet attachement se manifeste par le privilège donné à des espaces proches comme le foyer familial, le lieu de travail et la communauté immédiate. Il a une certaine tendance à l'enfermement. Dans le temps, le *typus melancholicus* privilégie le passé, la tradition, la fixité. En ce qui concerne son corps, il met l'accent sur la vie naturelle, l'évitement des abus, des rythmes vitaux stables. Son corps l'ancre dans le monde sans légèreté ni distanciation. Cela se manifeste sur le plan psychologique par une difficulté à jouer, avoir de l'humour ou être ironique. Dans sa relation à lui-même et aux autres, le *typus melancholicus* est consciencieux, exigeant, ordonné, minutieux, scrupuleux, avec une sensibilité extrême à la faute et donc souvent un sentiment d'insatisfaction ou de manquement. Cette personnalité se caractérise aussi par un grand dévouement auprès des membres du cercle familial et social. Le *typus melancholicus* donne même parfois l'impression d'en faire trop et est facilement qualifié d'homme lui sert aussi à acquérir de la considération ou de l'amour. Le travail tient un grand rôle, d'autant que ces sujets éprouvent des difficultés à avoir des activités de loisirs ou à se détendre.

Cet excès de zèle, de dévouement, d'altruisme est source de tension, de surmenage, d'insatisfaction. Lorsque ces conséquences négatives l'emportent, que l'épuisement apparaît, le sujet passe de cet état pré-dépressif à l'état dépressif lui-même. Ces descriptions très riches de **Tellendach** s'appliquent à une partie des sujets dépressifs, comme l'ont montré plusieurs études, mais sans concerner l'ensemble des personnes atteintes de ce trouble. (Granger, 2004, Pp 44, 45).

Von Gebsattel, considérait dès 1928, que chez le patient déprimé « l'avenir est assombri et menaçant mais est donné : le flux du temps n'en vient pas à s'immobiliser ». Rejoignant les vues exprimées par **Eugène Minkowski**, **Von Gebsattel** tendra lui-même à reconnaître dans la dépression un phénomène unitaire qui est ce quel l'on pourrait appeler *un affect spécifique du temps, qualifiant, selon certaines modalités, non seulement l'action et la représentation de l'action, mais le rapport à soi et aux autres.*

Mais ce qui, sans doute, est resté jusqu'à **Ludwig Binswanger** assez largement inaperçu par la «phénoménologie descriptive», c'est en quoi la dépression concerne les conditions intersubjectives de la subjectivité. (Fédida, 2001).

3-3 Le modèle cognitivo-comportemental :

Selon **J. Cottraux**, le déprimé se maltraite en traitant mal l'information. La pensée dépressive s'enracinerait dans une structure cognitive profonde, qui trouve sa traduction superficielle dans des erreurs logiques. Leur dénominateur commun est de produire des interprétations exagérément lugubres de l'expérience vécue. Ces structures sont activées par des événements (pertes, deuil, échec, rejets, séparations, etc.) et aboutissent à des pensées négatives.

Au cours du traitement de l'information, trois types de variables internes interviennent entre les stimuli et les réponses : ce sont les schémas cognitifs, les processus cognitifs et les événements cognitifs (**Hollon et Kriss, 1984**). Ces trois variables sont responsables de la sélection et du traitement des stimuli environnementaux, et interagissent avec les affects et le comportement. (Blackburn et Cottraux, 2011, p 21)

Le modèle de Beck :

Aaron T. Beck, à théorisé la dépression dans une perspective cognitive. Pour lui, le sujet déprimé traite les informations de façon biaisée : il a une vision négative de lui-même, du monde et de l'avenir. Il interprète les situations de façon irrationnelle ayant un discours interne particulièrement négatif. Ces distorsions cognitives sont liées à l'existence de grandes règles de fonctionnement psychologique appelées « schémas cognitifs », dont le sujet n'a pas toujours conscience. Ces schémas se sont formés en partie à la suite d'expériences négative passées.

Ainsi Beck considère que les individus risquant de développer une dépression, pour s'adapter à des expériences de perte ou d'échec, ont construit dans l'enfance des schémas dysfonctionnels tels que « si une personne ne m'aime, je ne peu pas être heureux », ou « je dois réaliser de grandes choses, sinon ma vie ne sera qu'un échec ». Lorsque le sujet rencontre des situations en rapport avec ce schémas, comme par exemple, pour le premier une déception amoureuse et pour le second un échec professionnel, le schéma est réactivé, engendre des pensées négatives et un état dépressif. Par ailleurs, une sorte de cercle vicieux se met en place, les pensées négatives et les conséquences de la dépression venant renforcer le schéma dysfonctionnel. (Granger, 2004).

3-4 Le modèle interactionnel :

Les difficultés dans les interactions sociales peuvent aider à expliquer le manque de renforcement positif. La théorie interactionnelle, développée par le psychologue **James Coyne (1976)**, fondée sur l'interaction réciproque. Le comportement de chacun influence et on retour, est influencé par le comportement des autres. Cette théorie suggère que les personnes vulnérables à la dépression réagissent au stress en demandant plus de réassurance et de soutien social à leurs proches. Les membres de la famille peuvent trouver stressant de s'adapter au comportement de la personne déprimée, surtout au retrait, à la léthargie, à désespoir et à des demandes constantes de réassurance. Les

personnes dont les conjoints sont traités pour montrent une tendance à rapporter des niveaux de détresse émotionnelle supérieurs à la moyenne.

Les résultats des recherches confirment en général l'idée de **coyne** selon laquelle les personnes qui souffrent de dépression provoquant le rejet chez les autres. Mais des chercheurs supposent que ce rejet serait mieux expliqué par un manque de savoir-faire dans les relations sociales (**Segrin et Abramson 1994**). Les personnes déprimées ont tendance à ne pas réagir, à ne pas s'engager, et même à être malpolies lors des relations sociales. (Rathus et Nevid et Greene, 2009, p 173).

4/ les classifications de la dépression :

4-1/ selon le DSM-5 :

Le **DSM-5**, introduit plusieurs changements en ce qui concerne les troubles dépressifs. L'American Psychiatric Association (APA) en a fait une brève présentation.

Les troubles dépressifs incluent, dans cette nouvelle édition:

Le trouble dépressif majeur,

Le trouble dépressif persistant,

Le trouble dysphorique prémenstruel,

Et le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.

Trouble dépressif majeur (dépression majeure) :

Les critères concernant les symptômes centraux du diagnostic de dépression majeure ainsi que celui d'une durée d'au moins 2 semaines demeurent inchangés. Ainsi le critère A (au moins 5 symptômes sur 9 dont 1 des 2 premiers) est

inchangé ainsi que celui d'une détresse clinique ou d'une perturbation du fonctionnement (critère C devenu B).

A la différence du DSM-IV, la coexistence, dans un épisode de dépression majeure, d'au moins 3 symptômes de manie (insuffisants pour satisfaire les critères d'un épisode maniaque) est maintenant reconnue au moyen du spécificateur "avec des caractéristiques mixtes". (Le critère B du DSM-IV excluait le diagnostic de dépression majeure en présence de ces symptômes de manie.)

La présence de ces caractéristiques mixtes dans un épisode de dépression majeure augmente la probabilité que la maladie se situe dans un spectre bipolaire; cependant si la personne n'a jamais rencontré les critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, le diagnostic de dépression majeure est retenu.

Suppression de l'exclusion du deuil :

Dans le DSM-IV, le diagnostic de dépression majeure ne peut être posé en cas de symptômes dépressifs qui durent depuis moins que 2 mois suivant la perte d'un être cher (l'exclusion du deuil). La suppression de cette exclusion, qui est très controversée, a plusieurs raisons, explique l'APA:

L'implication que le deuil dure généralement seulement 2 mois est inappropriée (il durerait plus souvent entre un et 2 ans);

Le deuil est un stress psychosocial sévère qui peut précipiter un épisode dépressif majeur, lequel augmente le risque de deuil complexe persistant qui figure dans le chapitre des troubles qui nécessitent plus d'études avant une inclusion dans la liste des diagnostics applicables;

La dépression liée au deuil survient plus fréquemment chez des personnes ayant des facteurs de risque pour la dépression;

Enfin, les symptômes dépressifs associés à la dépression liée à un deuil répondraient aux mêmes traitements psychosociaux et médicamenteux que ceux de la dépression non liée aux deuils.

Trouble dépressif persistant (dépression persistante) :

Le trouble dépressif persistant inclut la dysthymie du DSM-IV et la dépression majeure chronique, lesquelles seront distinguées par des spécificateurs.

Trouble dysphorique prémenstruel :

Un nouveau trouble dit dysphorique prémenstruel est ajouté. Dans le DSM-IV, des critères diagnostiques de ce trouble étaient décrits dans la section regroupant les troubles nécessitant plus d'études avant d'être inclus dans les diagnostics reconnus.

Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle :

Un nouveau diagnostic de trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (disruptive mood dysregulation disorder) vise à réduire le sur diagnostic et le sur traitement du trouble bipolaire chez les enfants, explique l'APA. Ce diagnostic s'applique aux enfants et aux adolescents jusqu'à 18 ans qui présentent une irritabilité persistante et des épisodes fréquents de manque de contrôle du comportement important.

Spécificateurs pour les troubles dépressifs :

Des spécificateurs, choisis pour leur pertinence concernant le pronostic et les décisions de traitement, portent sur la suicida lité, les symptômes mixtes (manie) et la détresse anxieuse.

D'autres troubles qui figurent parmi les troubles dépressifs sont:

Le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament

Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale

Le trouble dépressif non spécifié.

4/2 Selon la CIM10 :

La dépression répond aujourd'hui à des critères diagnostiques précis selon la CIM 10 :

A- Critères généraux (obligatoire) :

C1- l'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.

C2- Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.

C3- critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho active ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en f00-f09.

Syndrome somatique :

On considère habituellement que certains symptômes dépressifs _ appelés ici « somatiques »_ ont une signification clinique particulière (dans d'autres classifications, des termes comme ceux de « biologique », « vitaux », « mélancoliques » ou « endogénomorphes » ont été utilisés pour désigner ce syndrome).

Le cinquième caractère du code peut être utilisé pour spécifier la présence de l'absence d'un syndrome somatique, le diagnostic de syndrome repose sur la présence d'au moins quatre des symptômes suivants :

- (1)– Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- (2) Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ;
- (3) Réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil)
- (4) Dépression plus marquée le matin.
- (5) Éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués signalés par d'autres personnes) ;
- (6) Perte marquée d'appétit ;
- (7) Perte de poids (au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois)
- (8) Diminution marquée de la libido.

Dans les descriptions cliniques et directives pour le diagnostic de la CIM 10. On considère qu'un épisode dépressif sévère s'accompagne habituellement d'un syndrome somatique, et qu'il n'est pas ainsi nécessaire de spécifier la présence ou l'absence de ce dernier. Dans le domaine de la recherche, il peut toutefois être utile de pouvoir noter l'absence d'un syndrome somatique au cours d'un épisode dépressif sévère.

Épisode dépressif léger :

A- Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif.

B- Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- (1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ;
- (2) diminution marquée de l'intérêt ou plaisir pour des activités habituellement agréables ;

(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C- Présence d'au moins un des symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes ;

(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

(2) Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

(3) Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

(4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

(5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés observés) ;

(6) Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier la présence d'un « syndrome somatique » (selon la définition donnée page 76)

00 sans syndrome somatique.

01 avec syndrome somatique.

Episode dépressif moyen :

A- Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif.

B- Présence d'au moins deux des trois symptômes du critère B.

C- Présence de plusieurs symptômes du critère C. pour atteindre un total d'au moins six des symptômes.

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier la présence d'un « syndrome somatique ».

10 sans syndrome somatique.

11 avec syndrome somatique.

Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques :

En présence d'une agitation ou d'un ralentissement important, le patient peut être réticent ou incapable de décrire certains symptômes.

Un diagnostic global d'épisode dépressif sévère peut néanmoins être justifié dans ce cas.

A- Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif

B- Présence des trois symptômes du critère B

C- Présence de plusieurs symptômes du critère C. pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

D- Absence d'hallucinations. D'idées délirantes ou de stupeur dépressive.

Episode dépressif sévère avec symptômes psychotique :

A- Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif

B- Répond aux critères d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotique sauf en ce qui concerne le critère D.

C- Ne répond pas aux critères de la schizophrénie ou du trouble schizo-affectif, type dépressif

D- Soit (1) soit (2) :

(1)Présence d'idées délirantes ou d'hallucinations, autres que celle décrites comme typiquement schizophrénique dans le critère G1(1) b, c et d (c'est-à-dire des idées délirantes qui ne sont pas tout à fait invraisemblables ou culturellement inadéquates, et des hallucinations ne consistant pas en des voix parlant à la troisième personne ou faisant des commentaires au fur et mesure).

(2)Stupeur dépressive.

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier le caractère congruent ou non congruent à l'humeur des symptômes psychotiques :

- avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

(Par exemple idées délirantes de culpabilité, d'indignité, de maladie physique ou de désastre imminent, ou hallucinations auditives à thème de dérision ou de condamnation).

- avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

(Par exemple idées délirantes de référence ou de persécution, ou hallucination dont le contenu n'est pas en rapport avec des thèmes dépressifs).

5- La relation entre la dépression et la fausse couche :

La perte de l'enfant à venir et surtout l'importance donnée à la place de l'enfant imaginaire et au projet qu'il comporte, reflet du désir maternel qui reste en suspens, qui conditionnent la survenue des manifestations dépressives. (Ferreri et Ferreri et Nuss, 2003, 136).

Synthèse :

Pour conclure, la dépression est une maladie mentale très fréquente dans notre société et qui peut avoir un impact sur toutes les facettes et qui peut toucher toute femmes quelles que soit leurs âges. Elle se diffère d'une femme à une autre et d'un niveau à un autre.

La problématique :

La grossesse est l'état de la femme enceinte. Elle commence avec la fécondation et se termine avec l'accouchement. C'est la gestation.

La durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est de 283 jours soit 40 semaines 1/2 d'aménorrhée, 10 mois lunaires, 9 mois du calendrier. 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.

Au cours de la grossesse, la femme comme son enfant en devenir se trouvent confrontés à divers risques sanitaires. Pour cette raison, il est important que toutes les grossesses soient suivies par des agents de santé qualifiés.

On a toujours désigné l'accouchement comme l'acte par lequel une femme enceinte se délivre du produit de la conception. C'est là le sens général attribué à cette expression.

Quelques auteurs ont pris l'accouchement dans un sens général, comme **Maygrier** et **Capuron**, disent que l'accouchement n'est, à proprement parler, que l'expulsion d'un fœtus vivant et à terme. Désormeaux définit l'accouchement comme « une fonction qui consiste dans l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de la matrice, ou ils se sont développés pendant la durée ordinaire de la gestation ».

L'accouchement naturel, l'expulsion du produit de la conception est une conséquence, une suite naturelle de la grossesse.

L'accouchement ne s'accomplit pas, comme les autres fonctions, dans le silence de l'organisme ; il est caractérisé par des sensations douloureuses et par des efforts volontaires, qui ne s'observent dans aucune autre fonction. Donc la

première manifestation de l'accouchement est la douleur ; celle-ci ne fait qu'augmenter en intensité à mesure que le drame se déroule, et ne cesse que quand il est entièrement accompli (Jccoud, 1864, Pp 226-228)

Dans le service gynéco à l'EPH d'AKBOU, on à trouvé des femmes qui on échoué dans leur période de grossesse et ils ont subit une fausse couche.

Les fausse couches ou appelées les avortements spontanés sont la cause la plus courante des complications intervenant pendant la grossesse et entraînant la perte du bébé. Ces complications sont très différentes d'un point de vue physiologique et psychologique, selon qu'elles interviennent au début où à la fin de grossesse (Babou et Azzeradj, 2017).

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 le projet dont il était porteur. De nombreux auteurs comme **Wallerstedt et Higgins (1995)**, et **Hanus (2001)** considèrent que bien que précoce, la perte de la grossesse lors d'une fausse couche peut être vécue comme un deuil. Ainsi, selon **Athey et Spielvogel, (2000)**, la fausse couche peut être une expérience difficile à vivre et, 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. (Natalène et Callahan et Chabrol, 2009)

La dépression en psychiatrie, se définit comme un symptôme qui représente un sentiment de tristesse pathologique, différent de la tristesse normale.

Les états dépressifs font partie des trouble de l'humeur. L'humeur est définit par **J. Delay** comme une disposition affective de base « qui donne à

chacun d'états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrême du plaisir et de douleur.

Actuellement la dépression peut être définie comme un trouble psychologique caractérisé par une baisse de l'humeur marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs de la personne. (Peretti, 2013)

La perte de l'enfant à venir et surtout l'importance donnée à la place de l'enfant imaginaire et au projet qu'il comporte, reflet du désir maternel qui reste en suspens, qui conditionnent la survenue des manifestations dépressives. (Ferreri et Ferreri et Nuss, 2003, P 136)

Des études se sont focalisées sur la dépression et l'anxiété suivant la fausse couche. **Friedman** et **Garth** (1989) ont utilisé le présent State Examination (PSE) pour évaluer la « constitution » psychiatrique chez les femmes quatre semaines après la fausse couche. Ils ont trouvé que 48% de l'échantillon avaient des scores suffisamment élevés sur l'échelle pour les qualifier de « cas », ce qui est quatre fois plus haut que chez les femmes dans la population générale. Une fois diagnostiquées, ces femmes ont toutes été classées comme ayant des troubles dépressifs. **Klier** et ses collègues (2000) ont trouvé de la même façon que les femmes qui ont fait une fausse couche avaient un risque de développer un trouble dépressif comparées à une cohorte locale. **Thapar** et **Thapar** (1992) ont également trouvé que les femmes qui ont fait une fausse couche expérimentent un degré d'anxiété et de dépression significatif à la fois lors de l'entretien initial et également six semaines après, comparativement au groupe contrôle. Au contraire, **Prettyman** et ses collègues (1993) ont utilisé une échelle de dépression et d'anxiété (HAD) et ont trouvé que l'anxiété, plutôt que la dépression était la réponse prédominante à 1,6 et 12 semaines après la fausse couche. De plus, **Beutel** et ses collègues (1995) ont rapporté qu'immédiatement après la fausse couche la majorité de l'échantillon expérimentait des niveaux

élevés de morbidité psychologique, comparé à une cohorte locale et un groupe contrôle de femmes enceintes, et la plupart de ces troubles persistaient après 12 mois de suivi. Les auteurs ont conclu que la dépression et le chagrin devaient être considérés comme deux réactions distinctes à la perte de grossesse, avec le chagrin comme réaction normale et la dépression ne se développant que lorsque certaines circonstances sont rencontrées. Cette étude a aussi montré qu'une large minorité ne rapportait pas d'émotions négatives après la fausse couche, suggérant qu'un focus sur l'anxiété, la dépression et le chagrin pouvait faire partie de l'expérience de fausse couche. (Ogden, 2018)

Dans une autre étude antérieure, **Hutti** (1986) a conduit des entretiens en profondeur à deux moments avec deux femmes. Les résultats ont montré que bien que les deux femmes se réfèrent à un inventaire similaire d'événement, l'importance qu'elles attachent à cet événement était différente et dépendante de leur expérience passée. Par exemple, une femme qui a déjà fait une fausse couche et a été décrite comme ayant plus de contrôle sur son traitement médical a vécu sa première fausse couche se la représentent comme « une menace grave à la perception de soi comme femme pouvant avoir des enfants ».

Bansen et **Stevens** (1992) se sont centrés sur 10 femmes qui ont expérimenté leur première perte d'une grossesse désirée. Les auteurs ont conclu que la fausse couche était « un événement silencieux » qui n'était pas discuté dans la collectivité. Les femmes ont été décrites comme incapables de partager leurs expériences et se sentaient isolées en conséquence. Lorsqu'elles ont eu l'opportunité de parler de leur perte, elles ont réalisé à quel point la fausse couche est commune et ce fut une source réconfort pour elles. Les auteurs ont conclu que la fausse couche constituait un événement de vie majeur qui changeait la manière dont les femmes voyaient leur vie dans le présent et affectait la manière dont elles planifiaient le future.

Maker et Ogden (2003) ont réalisé des entretiens en profondeur avec un échantillon hétérogène de 13 femmes qui ont vécu une fausse couche jusqu'à 5 semaine auparavant. Les femmes ont décrit leurs expériences en utilisant une série de thèmes qui ont été conceptualisés en trois étapes : le bouleversement, l'ajustement et la résolution. Pour la majorité d'entre elles, l'étape du bouleversement était caractérisée par le sentiment d'être mal préparée et par des émotions négatives. Certaines femmes qui ont eu une grossesse non désirée ont décrit leur choc concernant le traumatisme physique de la fausse couche, mais elles ont décrit leur expérience comme un soulagement.

Ensuite, les femmes ont décrit une période d'ajustement impliquant des comparaisons sociales, du partage et une recherche de sens. Cette dernière s'attachait notamment à la compréhension du lien de causalité, qui laissait une minorité, en particulier celles qui avaient eu de précédentes fausses couches, frustrée par l'absence d'une explication médicale satisfaisante. Le stade final de résolution était caractérisé par une baisse des émotions négatives, la croyance par certaines que la fausse couche était une expérience d'apprentissage, et l'intégration de cette expérience dans leurs vies.

Cette résolution semblait plus positive pour celles ayant déjà des enfants, alors qu'elle semblait plus négative si les femmes n'étaient pas à leur première fausse couche.

Les auteurs affirmaient que, plutôt que d'être un déclencheur de la morbidité psychologique, une fausse couche doit être conceptualisée comme un processus impliquant les stades de bouleversement, d'ajustement et de résolution. (Ogden, 2018, P488)

Dans notre recherche on à utiliser un guide d'entretien pour ces femmes qui contient trois axes avant, pendant la grossesse et après la fausse couche. On

à utiliser aussi l'inventaire de Beck avec l'échelle d'Hamilton pour évaluer le degrés de la dépression.

A la lumière de ce que venons de dire nous pouvons poser la question suivante :

Quel est le niveau de dépression développé par les femmes ayant subi une fausse couche ?

On a formulé des hypothèses dans le but de répondre à la question posé dans notre problématique sont :

L'hypothèse générale :

Les femmes ayant subi une fausse couche développent une dépression.

Les hypothèses partielles :

- a) les femmes ayant subi une fausse couche développe une dépression modérée.
- b) les femmes ayant subi une fausse couche développe une dépression sévère.

La partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule :

Dans la recherche il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, et dans ce chapitre on a procédé par la définition des méthodes appliquées dans notre recherche, Après avoir entamé la pré-enquête, puis la présentation de lieu de recherche, population d'étude ainsi que les outils de recherche qu'on a utilisé.

1/ La méthode de la recherche :**1-1/ La méthode de recherche :**

Chaque élaboration d'un travail a besoin d'une méthode de recherche pour une bonne organisation et une bonne conduite d'une recherche clinique.

Pour décrire et comprendre le fonctionnement mental et les comportements, les chercheurs en psychologie disposent de méthodes descriptives, qui si elles n'ont pas vocation à rendre compte des liens de causalité entre les processus mentaux ou entre les comportements, sont indispensables à la boîte à outils du psychologue car elles lui permettent de décrire les comportements humains dans leur globalité. Elles sont néanmoins sujettes à un certain nombre de biais méthodologiques que le psychologue doit, dans la mesure de possible, contrôler. La méthode descriptive utilise l'observation, l'enquête, l'entretien et l'étude de cas. (Grégoire Borst et Arnaud Gachia, 2016, p19).

1-2/ L'étude de cas :

L'étude de cas permet d'analyser en profondeur des phénomènes dans leur contexte, qui est sa plus grande force. Le recours à la méthode qualitative doit néanmoins obéir à des normes scientifiques et être empreint d'une rigueur au moins équivalente à celle des méthodes quantitatives de recherche.

De là l'importance de pouvoir compter sur l'étude de cas, qui propose une démarche intégrée où la fiabilité et la validité des données sont démontrées. (Gagnon, 2012).

2/ Le groupe de la recherche:

Le groupe de recherche est composée de quatre femmes ayant fait une fausse couche qu'on présente dans le tableau suivant :

Tableau 1 : le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Groupe de recherche	Cas de Fatiha	Cas de Warda	Cas de Yasmine	Cas de Chahra
Age	39 ans	28 ans	35 ans	33
Niveau D'instruction	2 AS	BAC+5	aucun	1 AS
Nombres D'enfants	2	0	1	3
Age des enfants	13 et 9 ans	0	10 ans	10, 8 et 5 ans
Nombres de fausse couche	1	1	6	2
Moment de la fausse couche	8eme semaine	7eme semaine	8eme semaine	4eme semaine
Moment de consultation	Le lendemain	Après 2 semaines	Le même jour	Après 2 jours

Ce tableau indique les cas qu'on à sélectionner pour notre recherche, en fonction des différents caractéristiques.

3/ Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on s'est basé sur trois techniques de recherche, l'entretien clinique de recherche, l'échelle de BECK, et l'échelle d'HAMILTON.

3-1/ L'entretien clinique de recherche:

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il consiste 'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (Chahraoui et Bénony, 1999, Pp 11.12).

L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent dent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener une investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. (Chahraoui et Bénony, 1999. P 16)

Le guide de l'entretien :

Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. (Chahraoui et Bénony, 1999. P 68)

Le type d'entretien qui convient à notre recherche est l'entretien semi-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet.

Nous avons effectué les entretiens à base d'un guide formulé à l'avance qui contient trois axes (avant la grossesse, pendant la grossesse, après la fausse couche) qui composent d'un ensemble de questions visant à recueillir des informations concernant nos hypothèses. (Voir annexe 1)

Le déroulement de l'entretien :

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec les femmes ayant fait une fausse couche, après avoir bien donné une explication sur le travail que nous aurons à faire ensemble, et par conséquent on a eu un accord oral pour la participation dans notre recherche.

Dans la deuxième partie, on a utilisé notre guide d'entretien axés sur des thèmes précis. Les questions destinées aux femmes ayant fait une fausse couche

portent sur leurs vécu, leurs milieux familiaux avant et après la fausse couche .En plus en présenté l'échelle qu'on va appliquer.

Ensuite la collecte des données et la passation de guide d'entretien avec ses femmes dans le but de recueillir des données.

La durée des entretiens était de 30 à 45 minutes, pour la passation de guide d'entretien qui se constitue par trois axes : les informations avant la grossesse, pendant la grossesse, et après la fausse couche. La passation était dans les chambres des malades de CHE d' AKBOU.

3-2/ L'échelle de dépression de Beck : C'est un deuxième outil de travail dans notre recherche (voir annexe 3)

L'inventaire de dépression de Beck :

Beck depression inventory (BDI) a été initialement publié en 1961 dans sa forme à 21 items. Une forme abrégée à 13 items a été traduite et validée en français. Le questionnaire est centré sur les cognitions dépressives. Chaque item est représenté par une série de 4 affirmations, le sujet doit choisir la formulation qui correspond le mieux à son état du moment. (Rouillon, 2004, P 11).

Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui convient.

La cotation :

Chaque item est constitué de phrases correspondant à degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte

de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

Application :

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

Intérêt limite :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

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

C/L'échelle d'Hamilton : c'est un troisième outil de recherche dans notre travail (voir annexe 4)

L'échelle d'Hamilton: est une échelle d'hétéro-évaluation de la dépression la plus utilisée. Elle permet d'évaluer le degré de sévérité d'une dépression diagnostiquée. L'échelle comprend 17 items portant sur les symptômes dépressifs. (Charvoz, 2008, P139)

Application :

Le clinicien choisit entre trois (0-2) ou cinq (0-4) niveaux de réponses, selon les questions, correspondant au mieux aux réponses fournies par le sujet et à l'observation de ce dernier.

Intérêt limite:

L'addition des points indique :

Une dépression légère si elle se monte entre 10 et 13 points

Une dépression modérée si elle se situe entre 14 et 17 points

Une dépression sévère si elle atteint 17 points

4/ La Stratégie de la recherche :

Durant notre première visite, au service de maternité de l'établissement public hospitalier d'Akbou, situé à la Wilaya de Bejaia, nous avons pu avoir UN accord officiel pour effectuer notre recherche. Au sein de cet établissement.

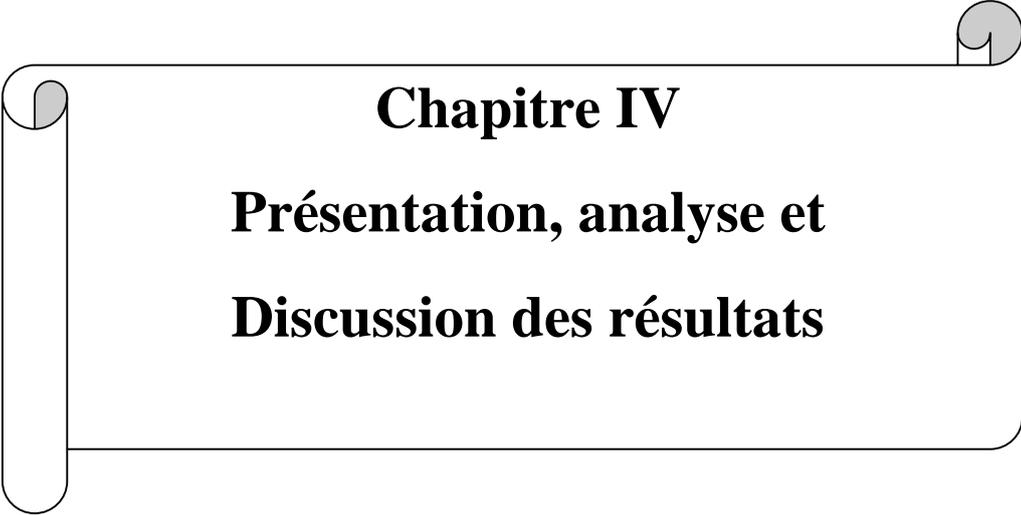
Durant notre séjours a l'hôpital d'Akbou, on à été encadré par une psychologue clinicienne, qui nous ai orienté vers les chambres des malades pour appliqué notre guide d'entretien et les échelles sur notre population de recherche, afin d'avoir des données pertinents pour confronter notre hypothèses à la réalité du terrain

L'hôpital d'Akbou est un établissement de santé public datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872. En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière et l'activité est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du Chahid Akloul Ali en 1970. Cet établissement se situe à 70 km du chef-lieu de la Wilaya de Bejaia, avec une surface de 108 m². la Daïra d'Akbou est situé dans la vallée de la Soummam, en Petite Kabylie. Description de services de chirurgie : Le service de chirurgie a

était ouvert en 1993, il compte deux unités : Unité femme et enfant (y compris service pédiatrie), une unité homme. 1. service maternité et gynécologie.

Synthèse :

Ce chapitre nous a servi dans la limitation de notre recherche, nous avons suivi les étapes de la réalisation du cadre méthodologique, afin, d'éclairer et de faciliter l'application de nos outils d'investigation, et aussi dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses formulées au début de la recherche.



Chapitre IV

**Présentation, analyse et
Discussion des résultats**

Préambule :

Nous tenons dans ce chapitre de faire une présentation et analyse des données de notre stage. On va faire une présentation de quatre cas, femmes ayant fait une fausse couche, pour les quelles on a fait passer le guide de l'entretien et l'inventaire de dépression de Beck ainsi l'échelle d'Hamilton

Le cas de Mme Fatiha :**1-1 Présentation de cas :**

Il s'agit de Mme Fatiha âgée de 39 ans, femme au foyer. Elle a deux enfants, une fille âgée de 13 ans et un garçon âgé de 9 ans. Mme Fatiha était très coopérative avec nous

Elle a fait trois grossesses, elle a fait sa 1ere fausse couche à la 8eme semaine, elle vit dans une grande famille, elle ne présente pas d'autre maladies organique, sa relation avec son mari est perturbée ainsi que sa belle familles, son niveau d'instruction est moyen, on a vu Mme Fatiha après une journée de sa fausse couche.

1-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans une chambre d'observation de l'unité hospitalière « gynécologie » de l'hôpital d'Akbou, le sujet est trop fatigué et sous traitement.

Lors de l'entretien, MmeFatihaest apparu négligée, pyjama mal boutonné ...) elle nous a parlé tristement et avec une baisse voix, son discours était cohérent sans éléments délirants. Lorsqu'on la interrogé sur sa relation familiale, Mme Fatihanous a confié qu'elle a des conflits avec sa belle-famille et que ça, a affecté sa relation de couple (*otamsafhamghara wahi dyamas that3adaliyid les problèmes dorgaziw, ntanagh lwahi...o3ran mlih wokhamiw*) (j'ai du mal à les

supporter, ce sont des gens difficiles, ils se mêlent entre moi et mon mari. Cependant, ils nous créent des obstacles) par contre la présence d'une très bonne relation avec ces deux enfants (*arawiw tehibiniyi mlih akthar nvavathsan, tmalin bzaf arghori, nothni kan is3igh gadonithayi*) ces deux enfants représentent la joie et la paix pour elle.

Elle a désiré sa grossesse autant que son époux, (*vghigh adarnogh darya dherous sin, avghigh kol yiwana azdarnogh agmas athiwanas...matalayagh arwarawiw farhagh thatogh alhemiw*), son désir le plus profond est de donner pour chacun de ses enfants, son âme sœur (garçon et fille). Pour elle ses enfants représentent l'espoir dans sa vie. La bonne nouvelle déclarée par le médecin la rendit très heureuse (*farhagh mlih imiydana akliyin enceinte*), en parallèle la joie de son mari, (*yfragh missanigh akliyin enceinte*), pendant la période de la grossesse je faisais des tâches ménagères seule sans l'aide de mon conjoint (*khadmagh kan chghol wahdi gokham yarna g khila yidnagh, même argaziw oyit3iwinara*).

Elle a perdu son fœtus à trois mois (*ighliyid g thaltachhor iydighli*), (*imiydina tviv chokigh mlih onwighara aki*). Lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle le sujet a été rentré dans un état de choc ainsi que son mari (*nachoki isnine*). Néanmoins le mari n'a pas réagi à la situation (*kifkifis yakan yala odyamzagara yidhew gthazwara, anomaghth akani machi wassayi si zik aka otrajoghara un plus zgas dayan nomaghth*). Le comportement de son mari et devenu une partie de sa vie ainsi que le comportement de sa belle-famille qui a accepté cette nouvelle le plus normalement du monde car Mme Fatiha n'a aucune importance pour eux, (*oydanin walo ossantoki3ara zgi oyatehibinara*). Cependant sa fausse couche est due au choc car son mari a fait un accident de voiture, et elle n'a pas supporté la nouvelle (*khal3agh mi 3almagh s l'accidentani la3cha tharna zrighthid iblissé g kojaris*), l'état de santé de son mari lui a créé des complications. On ajoutant à ça, cette dernière a perdu goût à la nourriture

(*othatghara aki chewiya kan oulach lgout*). (*La3cha oganghara tdkolayaghad kol dkika, ozmirghara adagnagh normal alma dasvah*). Mme Fatiha souffre d'un trouble de sommeil. Ce qui a endommagé son état physique (*3ayogh mlih machi akayi iligh, thora fchlagh kan toujours*).

L'état de Mme Fatiha la conduit a perdre l'espoir de son avenir (*a3yigh dayan, oulach aki l'espoir arazath miyroh wayi, ohsighara adzamragh adarnogh arazath*). Elle a perdu la confiance en soi et au sujet de l'avenir.

D'après l'analyse du guide de l'entretien qu'on a eu avec Mme Fatiha, on a constaté que malgré ses deux enfants qui sont déjà à ses cotés, cette incident a laisser une trace dans sa vie car elle considère ce bébé comme un remède qui va l'aider à surmonter et a soulager ce qu'elle vit quotidiennement dans son entourage. Cependant, sa perte lui a causé une dépression de type sévère.

2 /L'échelle de Beck :

2-1 Présentation et analyse de l'échelle de Beck : (voire l'annexe n°3).

1 /Tableau n° (2) résultat du cas n° (2) :

item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de dépression
cotation	3	2	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	24	sévère

2/ l'analyse de l'échelle de Beck :

Mme Fatiha était triste et désespérée après avoir subi sa première fausse couche (*haznagh mlih, oulighara bien aki*). L'échelle de Beck confirme que le sujet souffre d'une tristesse car dans l'item A, elle à coté le degré 3 « je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter ».

Elle a manifesté un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir (*otrajogh khra arazath, oma dkra oritchongé, kifkif kan*). L'échelle de Beck, l'item **B**, elle a coté le degré 2 « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer » (*wayi kan is3igh ayisafrah adyili arthama wathmathnis*).

Le sentiment d'échec est très présent chez Mme Fatiha (*mara talayagh ardafir siwa lakhsara itafagh*). Sur l'échelle de Beck, elle a marqué l'item **C** qui a le degré de 3 « j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants) » pour elle l'échec est présent dans toutes sa vie surtout en ce qui concerne les relations avec tout le monde sauf avec ces deux enfants (*thazwara dimawlaniw nwich atvadal fali, ofigh kthar ghorgaziw dimawlani*).

Elle n'arrive pas à gérer les situations qu'elle vit convenablement. L'échelle de Beck, l'item **D**, elle a marqué le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances », Mme Fatiha est incapable de diriger une mauvaise situation (*mara adechero lhaja fachlagh, ozamraghara atagéré, ita3riyi milh atas3adigh*).

Elle a aussi manifesté le sentiment de la culpabilité (*loukan ghir oukhli3ghara akani, lokan anwich aka...jamais adkhamagh akani, ndamagh mlih*). L'échelle de Beck, l'item **E**, elle a marqué le degré 2 « je me sens coupable » alors elle se culpabilise trop et si le temps revient en arrière elle ne va pas réagir comme d'habitude (*awah adafagh adyokal lwakth ardafir, jamais adkhamagh akani*) l'accident de son mari la épuisé ou elle a perdu la conscience.

Elle a un sentiment de dévalorisation et elle est déçue d'elle-même (*oralhigh ikra gadonithayi*). L'échelle de Beck, l'item **F**, elle a marqué le degré 1 « je suis déçu de moi-même » elle a perdu confiance on soi (*imi dami othhodarghara, lkima ntyamat otasthahlaghara*) pour elle, la mère doit protéger ces enfants et elle a échoué dans sa mission.

En ce qui concerne les pensées de Mme Fatiha, ce sont négatives car elle pense beaucoup de la mort (*dalmouth kan arayissalkan*). L'échelle de Beck, l'item **G**, elle a marqué un degré de 1 « je pense que la mort me libérerait » alors pour elle la mort est la solution tous ces problèmes.

Aujourd'hui les gens sont moins valorisés pour elle, car ils n'ont pas une importance dans sa vie (*l3ivad thora oythoki3ara zakssan, ot kayimagh had*). L'échelle de Beck, l'item **H**, elle a marqué le degré 1 « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois »

Elle est devenue irresponsable dans sa vie (*ozmirghara aki adadidigh kra lhaja ghas tavaztoh*). L'échelle de Beck, l'item **I**, elle a marqué le degré 3 « je ne suis plus capable de prendre la moindre décision » puisque elle est déçu de soi-même alors elle a perdu la confiance on soi, pour cela elle évite la moindre décision de ça part.

L'apparence physique, à une grande importance aux yeux de Mme Fatiha elle a peur de la perdre (*déjà s3igh 39 ans*). L'échelle de Beck, l'item **J**, elle a marqué le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux » la crainte de paraître plus âgé est marqué chez elle.

La force et l'énergie de Mme Fatiha sont vraiment épuisées, car maintenant elle a besoin de plus d'effort pour faire les tâches, qu'elle a déjà l'habitude de faire auparavant le fait facilement, (*thora naksagh milh awah aka iligh*). Echelle de Beck, l'item **K**, elle a marqué le degré 2 « il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit ».

Le sujet souffre vraiment d'une asthénie remarquable qui se voyait sur son visage et qu'elle en dit (*3yigh mlih wlh arfachlagh aki moralement et physiquement*). L'échelle de Beck, l'item **L**, elle a marqué le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

À propos de son appétit, Mme Fatiha affirme qu'elle a perdu son appétit (*awah lmakla oulach akith othatghara, oulach lgout*). L'échelle de Beck, l'item **M**, elle a marqué le degré 3 « je n'ai plus de tout d'appétit » le sujet a perdu le goût de la nourriture après avoir vécu sa fausse couche.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, cette dernière nous a permis de constater que Mme Fatiha souffre à cause de sa fausse couche et sa relation avec son mari et sa belle-famille que l'ont rendu désespéré et sans espoir dans son avenir. Ses souffrances représentent une dépression de type sévère chez elle

3- L'échelle d'Hamilton :

Tableau n°2 analyse du cas n°2 : (voir annexe n°4).

N° item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	sc or	Type de dépre ssion	
cota tion	3	2	2	2	1	2	2	2	4	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	31	sévère

3-1 L'analyse de l'échelle d'Hamilton :

Lors de l'entretien et l'échelle de Beck on a observé les comportements de la patiente et à partir de notre observation et l'échelle d'Hamilton on a constaté que :

Mme «**Fatiha** » communique ces états affectifs d'une manière non verbale chose qui est apparu sur son visage, elle a aussi des signes de chagrin sa position de s'asseoir nous a permis de comprendre qu'elle est vraiment triste ainsi que sa

voix car lors de son discours elle parle avec une voie basse et une envie forte de pleurer ce qui confirme l'item n°1 dans l'échelle d'Hamilton.

Pour Mme «**Fatiha** » l'accident de voiture son mari est la cause de sa fausse couche, ou elle se culpabilise en déclarant qu'elle a mal accepté l'accident de son mari (*loukan ghir oukhli3ghara akani, lokan anwigh aka...jamais adkhal3agh akani, ndamagh mlih*), alors elle se culpabilise sur ses erreurs qu'elle a commis dans le passé (l'item n°2). Les idées sur la mort son manifesté verbalement dans son discours ou en disant : « *dalmouth kan arayissalkan* » car elle a perdu espoir dans la vie (item n°3) et ces idées ainsi que sa culpabilité ont un impact sur son sommeil ou elle a eu des difficultés à s'endormir « *ozmirghzra adnagh alma dasvas* » avec une agitation pendant la nuit et le matin (item n°4, 5,6). Elle a perdu l'énergie pour faire les simples tâches quotidiennes (item n°7).

Lors de l'entretien on a remarqué un ralentissement dans son discours, elle ronge aussi ses ongles, mord ses lèvres (item n°8,9), Mme Fatiha exprime une peur visible sans même lui poser la question chose qui est remarquable sur le visage. Dans l'item n°11, 12,13 on a remarqué fatigue et une perte d'énergie ainsi que la perte d'appétit qui est due à sa fausse couche, en ce qui concerne l'anxiété somatique elle est moyenne chez elle. La symptomatologie génitale est absente (item n°14). L'attention de madame Fatiha se focalise sur son propre corps car elle ne veut pas qu'elle apparaisse vieille (item n° 15), elle est devenue maigre et elle mange rien ainsi qu'elle se culpabilise (item n°16). Elle sait qu'elle est malade mais elle donne des causes sur la nourriture et la fatigue, pour elle la cause de sa maladie est juste physiquement (item n° 17).

Dans l'item n° 18 qui signifie le changement pendant la journée est très présent chez Mme «**Fatiha** » par ce que elle a eu des changements importants diurnes tels que la fatigue, trouble d'appétit et une faiblesse ce qui est devenu un obstacle pour réaliser certaines tâches ménagères, par contre dans les items n°19, 20,21 et ce qui concerne la dépersonnalisation et la déréalisation, symptôme délirant,

symptômes obsessionnels et compulsionnels, on a marqués une absence de ces symptômes chez elle.

D'après l'analyse des données de l'échelle d'Hamilton a constaté que, Mme Fatiha souffre d'une dépression sévère ce qui est marqué dans les items (n° de 1 jusqu'à 13), la présence de toutes les indications d'une dépression tel que la tristesse, la culpabilité, des idées suicidaire et des trouble d'insomnie diurne et nocturne ce qui a un impact sur son énergie ou on a remarqué un ralentissement dans son discours, le travail et les activités et une faiblesse importante dans la journée. Alors cette dernière a eu un score de 31 qui signifié la présence d'une dépression sévère chez elle.

La conclusion générale du cas n°1 :

D'après l'analyse du guide d'entretien, l'échelle de Beck et l'échelle d'Hamilton. On a constaté que bien qu'elle a déjà des enfants, mais l'envie d'avoir d'autres enfants est présent chez Mme Fatiha. Alors lorsqu'elle a vécu sa fausse couche Mme Fatiha a développé une dépression de type sévère. Ce qui veut dire que la présence d'un la dépression, après une fausse couche est un risque chez tous les femmes bien qu'ils ont déjà des enfants.

2/ Le Cas de Mme warda :

2/1- présentation de cas :(voir annexe n°1).

Il s'agit de Mme warda, âgée de 28 ans, elle était très coopérative avec nous.

Mme warda est une femme instruite, elle à un diplôme universitaire en biologie, elle travaille dans un laboratoire .Elle se déplace chaque jour loi de chez elle pour travailler.

2/2- présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans une chambre d'observation de l'unité hospitalière, « gynécologie » de l'hôpital d'Akbou. Après 15 jours de sa fausse couche. Le sujet est faible et prend des médicaments à cause de l'anémie. Elle nous a répondu en français.

Au cours de l'entretien, Mme Warda a montré son chagrin et son découragement. C'est pour la première fois qu'elle est enceinte, « *j'étais enceinte pour la première fois* ». Elle ne présente aucune maladie physiologique, « *non j'en ai aucune maladie hmdl* ». Elle vit dans une famille nucléaire, « *on vit moi et mon mari seul* », on s'entend parfaitement. Bien qu'elle vit toutes seules avec son mari, mais pendant le week-end elle se déplace chez sa belle-famille, « *je n'ai aucun problème avec eux, c'est ma 2^{ème} famille* ».

C'est une grossesse désirée et elle veut vraiment avoir des enfants par ce qu'elle est mariée récemment, « *je veux vraiment avoir des enfants, et vivre l'expérience d'être une mère pour la première fois* ». Mme Warda a exprimé un sentiment de joie et de bonheur lorsque le gynécologue lui a annoncé la nouvelle, « *lorsque elle m'a dit que je suis enceinte, j'étais vraiment heureuse...j'ai pleuré* ». Ainsi que son mari qu'était très satisfait de cette nouvelle, « *il était très contenta l'idée d'avoir un bébé* ». L'envie du mari d'être père et d'avoir son premier enfant, le rendu plus protecteur et très attentif pour tous ce qui concerne sa femme plus qu'avant. « *Il m'aide toujours à la maison pour accomplir mes tâches* ».

Après sept semaines de grossesse, elle a perdu son bébé, événement qui la rendu triste et mélancolique, « *il a eu sept semaines et je les perdu* ». Elle était sous le choc, « *j'étais vraiment choqué au point que je ne peux pas supporter* », même pour son mari l'annonce du médecin la rendu choqué, « *lui aussi est choqué car on s'attendait pas* ». Malgré ça et malgré l'intensité de la douleur leur relation n'a pas changé au contraire elle devienne plus solide, « *non son comportement n'a pas changé, on a pleuré ensemble* ». « *Ma belle-famille m'encourage a accepté cette perte* ». Pour elle son déplacement chaque jour

travailler et la cause de sa fausse couche, «à mon avis le déplacement chaque jours est la cause de ma fausse couche ». Pour ce qui concerne la nourriture, elle faible chez elle car elle ne mange pas « non, depuis hier j'ai rien mangé ». Elle n'arrive pas à dormir car elle souffre d'une perturbation du sommeil, « je ne dors pas car je n'arrive pas à supprimé l'idée que j'ai perdu mon premier bébé ». La perte d'appétit et le trouble de sommeil ont influencé négativement sur elle car elle est devenue faible et trop fatigué, « je suis fatigué et faible ».

2/ échelle de Beck :(voir l'annexe n°3).

2/1- présentation et analyse de l'échelle de Beck :

Tableau n°(2) : résultat du cas n°2 :

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de la dépression
cotation	1	0	0	3	2	2	0	1	0	0	0	0	1	10	Dépression modérée

2/2- l'analyse de l'échelle de Beck :

Mme warda a présenté un sentiment de tristesse après sa fausse couche. L'échelle de Beck a confirmé, que Mme warda souffre d'une importante tristesse. L'item **A**, le degré 1 «je me sens cafardeux triste ».

Pour ce qui concerne son avenir elle a manifesté un sentiment de courage et d'espoir. L'item **B**, L'échelle de Beck, le degré 0 « je ne suis particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir ».

L'absence de sentiment d'échec dans la vie de Mme warda. L'item **C**, L'échelle de Beck, le degré 0 « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ».

Elle est insatisfaite de tout, ce qui m'entoure. L'échelle de Beck, item **D**, le degré 3 « je suis mécontent de tout ».

Elle a montré un sentiment de la culpabilité dans sa vie. L'échelle de Beck, item **E**, le degré 2 « je me sens coupable ».

Elle est vraiment dégoûtée de soi-même. L'échelle de Beck, item **F**, le degré 2 « je me dégoute moi-même ».

L'absence de l'idée de mort dans la vie de Mme warda. L'échelle de Beck, item **G**, le degré 0 « je ne pense pas à me faire du mal ».

L'importance de la vie des autres est diminuée par rapport au passé. L'échelle de Beck, item **H**, le degré 1 « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Mme warda est capable de prendre une décision quelle conque. L'échelle de Beck, item **I**, le degré 0 « je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume ».

Elle est convaincue de son apparence physique, elle n'a aucun sentiment de mépris pour son corps. L'échelle de Beck, item **J**, le degré 0 « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Elle fait les activités plus pratiques qu'avant. L'échelle de Beck, item **K**, le degré 0 « je travaille aussi facilement qu'auparavant ».

Elle ne sent pas fatiguée plus que d'habitude. L'échelle de Beck, item **L**, le degré 0 « je ne suis pas plus fatigué que d'habitude ».

Pour ce qui concerne son appétit elle diminue du moins en moins. L'échelle de Beck, item **M**, le degré 1 « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude ».

D'après les résultats obtenus après l'analyse de l'échelle de Beck, on a constaté que Mme warda a vécu une fausse couche durant sa première grossesse. Ce qui représente un impact sur son état psychique, ou on a obtenu les résultats de l'échelle de Beck. Qui ont confirmé la présence de la dépression modérée, le score 10.

3-L'échelle d'Hamilton : (voir l'annexe n°4).

3/1-Présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :

Tableau n°(2) analyse du cas:

N° Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Sc or e	Type de dépre ssion
Cota tion	4	2	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	Modé ré

3/2- l'analyse de l'échelle d'Hamilton :

D'après l'analyse du guide d'entretien, et la passation de l'échelle de Beck.

L'observation des comportements de la patiente, ainsi que l'échelle d'Hamilton on a constaté que :

Mme warda signale ces états affectifs d'une manière spontanée. Verbalement « *j'étais vraiment choqué au point que je ne peux pas supporter* » et non verbalement « elle a pleuré ». Alors elle a exprimé son sentiment de tristesse verbalement et non verbalement. Elle a montré sa souffrance ce qui est confirmé dans l'échelle d'Hamilton. Item 1, le degré 4 « le sujet ne communique

pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales ».

Ces idées tournent au Tour des erreurs du passé « *à mon avis le déplacement chaque jour est la cause de ma fausse couche* » elle se culpabilise car elle travaille loin de chez elle. L'échelle d'Hamilton, item 2, le degré 2 « idée de culpabilité ou rumination sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables ».

Dans les items 4, 5,6 qui représente une insomnie diurne et nocturne. On a marqué le degré 1, 1, 2 car elle souffre d'un trouble de sommeil, « *je ne dors pas car je n'arrive pas à supprimé l'idée que j'ai perdu mon premier bébé* ». L'échelle d'Hamilton « se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure », « le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit », « incapable de se redormir s'il se lève ».

Warda souffre d'une perte d'appétit à cause de sa fausse couche. L'échelle d'Hamilton, item 12, le degré 1 « perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale ».

Elle souffre d'une faiblesse très remarquable et d'une perte d'énergie. L'échelle d'Hamilton, item 13, le degré 1 « lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité »

Mme warda reconnaît qu'elle est malade. L'échelle d'Hamilton, item 17, le degré 1 « reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. ».

Dans les items 3,7,9,10,11,14,15,16,18,19,20,21 on a marqué une absence des symptômes indiqués dans l'échelle d'Hamilton.

D'après l'échelle d'Hamilton et notre observation on n'a constaté que Mme Warda souffre d'une dépression modérée comme une réaction à sa fausse couche.

La conclusion générale du cas n° 2 :

Selon les résultats obtenus de l'analyse du guide d'entretien, l'échelle de Beck et l'échelle d'Hamilton. On a remarqué que Mme Warda a manifesté un sentiment d'une tristesse profonde, et elle se culpabilise toujours ce qui a provoqué chez elle une dépression de type modéré. Alors le fait d'avoir vécu d'une fausse couche suite à la première grossesse à un risque sur l'état psychique de la femme la chose qui va la pousser à développer une dépression.

Cas n° 3 :

3-1 présentation de cas de Yasmine :

3 /1-le guide d'entretien : (voir l'annexe n°1)

3/1/A- la présentation de cas n°3 :

Il s'agit de Mme Yasmine, âgée de 35 ans, femme au foyer, elle a un seul enfant, le discours de Mme Yasmine a été convenable, elle était très coopérative avec nous.

Elle a fait sept grossesses, et six fausses couches, Elle a fait un accouchement par césarienne, elle a un garçon âgé de 10 ans, elle vit dans une grande famille, elle ne présente pas d'autres maladies organiques, sa relation avec son mari est perturbée ainsi que sa belle famille, elle n'a jamais aller à l'école.

3-2 présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans une chambre d'observation de l'unité hospitalière, « gynécologie » de l'hôpital d'Akbou. Le sujet est trop faible et sous traitement.

Durant l'entretien, Mme Yasmine est apparue triste. On a remarqué une certaine inquiétude vis-à-vis de sa relation avec son mari, (*odamazgaghara dorgaziw, ntanaghtoujours, ikhad3ayi, ihadar g téléphone dalkhalath*). Ainsi que sa belle-famille (*odamazgaghara dyamas akhatar amghariw yvgha adi3awad zwaj siwa nakiigkavlan adadogh yidas*), alors vue que son beaux père veut se remarier pour la 2eme fois, et cette dernière l'aide à réaliser son but, ce qui est devenu un problème entre elle et sa belle-mère.

Elle a subi déjà cinq fausses couches successives, alors elle se soigne d'abord pour avoir d'autres enfants sans difficulté. Tandis qu'elle a tombé enceinte pour la 7ème fois, néanmoins Mme yasmine est heureuse de l'avoir ainsi que son mari, (*dassahvghighadsoinyigh kval, bach adarnough mais mi3almaghbali enceinte, farhagh mlihnakiakidwargaziw*). On ce qui concerne les tâches ménagères son mari l'aide (*gmi iga3lam bali enceinte, it3iwiniyi gokham, ytehadariyi*), malgré le désaccord entre elle et son mari car cette nouvelle la rendu attentif et compressif. Malheureusement après deux mois de grossesse Mme Yasmine a perdu son enfant chose qui la rendu triste, malheureuse et même choqué ainsi elle était vraiment triste et choqué en tenant que son mari, (*nkhlā3 mlih mina3lambali yaghliyid nchoqué isnin*), l'arrivé de cette enfant aurait été un événement marqué dans la vie de ce couple, sans oublier mauvaise nouvelle représente un 6ème échec pour eux. Etant donné qu'elle n'a pas oublié qu'elle était en dispute avec sa belle-famille qu'ont négligé sa situation, (*imo odamazgaghara yidssan ohnatla3ighara oma dnohni odassaksanarafali*).

Pour elle l'origine de sa fausse couche est due à son traitement avec le (Imam), car il lui a donné de l'eau de rokiya, (*miswigh amani narokiya iydiroh, dwayiidassabayno*), l'eau de rokiya est la cause de mon avortement spontané car

elle a vomir. Pour ce qui concerne la nourriture, elle ne mange rien (*othatghara akilmamla*). Elle souffre d'un trouble de sommeil, (*oganghara akila3cha*), ce qui a influencé sur son énergie par ce que elle est devenu faible, et elle se fatigue facilement plus que avant, (*3ayough mlih thora...akhatar othatgharatharna oganghara bien*). Alors ces troubles d'appétit et de sommeil ont un impact négatif sur son état physique et psychique par ce que elle s'énerve facilement plus que avant (*thakhrav atvi3ayno thora aklagh atnirvigh seshala*).

On conclure que Mme Yasmine bien qu'elle a déjà un enfant. l'envie d'avoir un autre enfant est une satisfaction primordiale chez elle. Ces fausses couches répétées sont devenu un obstacle qui perturbe sa vie. Tout ces échecs qu'elle vécu ont un impact sur sa vie quotidienne ou elle souffre d'un trouble d'appétit et d'une insomnie ou elle est devenue faible. Le fait d'avoir vécu le même évènement traumatisant dans sa vie perturbe son état psychique ce qui provoque chez elle un état de désespoir et de tristesse ainsi un faible estime de soi.

3-4 échelle de Beck :

A- Présentation et analyse de l'échelle de Beck : (voir l'annexe n°3).

Tableau n°(3) : résultat du cas n°3.

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	score	Type de la dépression
Cotation	3	1	3	3	2	2	2	3	3	0	2	2	1	27	Sévère

B- l'analyse de l'échelle de Beck :

Mme Yasmine a présenté un sentiment profond de chagrin, après sa sixième fausse couche, (*digotigh thora sata nwavi natath thataghlaiyyid*). L'échelle de Beck confirme que Mme Yasmine vie dans un état de tristesse insupportable.

L'item **A**, le degré 3 « je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter ».

En ce qui concerne le sujet de l'avenir elle a manifesté un sentiment de désespoir et de découragement, (*mi yadyaghli wayi dayan oulach dachou aradragigh arazath kolach iroh*). L'échelle de Beck affirme que le sujet souffre d'un désespoir vis-à-vis de son avenir. L'item **B**, le degré 1 « j'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir ».

Pour elle le sentiment d'échec est présent dans toute sa vie car elle a vécu des fausses couches à répétition d'une manière successive (*toujours dloukhsaragadonithayi, kolach khasraghth*). L'échelle de Beck, item **C**, le degré 3 « j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants) ».

Mme Yasmine est insatisfaisante de tous ce qu'elle a dans sa vie, elle est toujours mécontent de tous, (*3yigh kolach oma dakra oyatkanigh imi odarnigharadarya*). L'échelle de Beck, item **D**, le degré 3 « je suis mécontent de tout ».

Elle a aussi manifesté un sentiment de la culpabilité, car elle a bu l'eau de rokiya ce qui a devenu une cause pour sa dernière fausse couche, (*damani iswighnarokiya idassabayno lokan ghir ohnaswighara*). L'échelle de Beck, item **E**, le degré 2 « je me sens coupable ».

Elle était vraiment dégoûtée et déçu d'elle-même, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. (*Sata nwavi mazal ozmirghara adarnogh adarya, lkhalath akitarwantad normal naki orazmirghra*). L'échelle de Beck, item **F**, le degré 2 « je me dégoûte moi-même ».

Mme Yasmine a des idées de mort, car elle n'a pas eu tous ce qu'elle veut, (*othofigh gadarya nagh gorgaz oma dkra oryalhi, dalmouth kanaraydissalkan*). L'échelle de Beck, item **G**, le degré 2 « j'ai des plans précis pour me suicider ».

Mme Yasmine se voyait différente par rapport aux 'autres gens, elle ne donne pas d'importance aux autres. (*Thora oythoki3ara lma3na gal3ivadkhadmagh ayni ivghigh kan*). L'échelle de Beck, item **H**, le degré 3 « j'ai perdu l'intérêt pour les autres et ils m'indifférent totalement ».

Elle a perdu le courage de prendre une décision, ainsi qu'elle devenu irresponsable dans sa vie, elle évite toutes les situations ou elle a besoin de prendre une décision, (*thora tba3idagh imaniw f la responsabilité, akhatar sayagh déjàghaltagh*). L'échelle de Beck, item **I**, le degré 3 « je ne suis plus capable de prendre la moindre décision ».

Elle est très contente de son apparence physique. Elle n'a aucun sentiment d'être disgracieuse, (*khati ochmithghara, odzarghara imaniw chamthagh*). L'échelle de Beck, item **J**, le degré 0 « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Elle est tellement faible, elle a besoin d'un grand effort et une grande énergie pour faire quoi que ce soit. (*Ilak adskhdmagh aki aljahdiw bachou adzamraghadkhamagh kra*). L'échelle de Beck, item **K**, le degré 2 « il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit ».

Toutes les activités quotidiennes sont devenues un obstacle pour elle. Car faire quoi que ce soit influence sa capacité, d'accomplir ces tâches ménagères, elle souffre d'une fatigabilité. (*3ayough mlih, ayni ivghoghkhadmakth issafchaliyi*). L'échelle de Beck, item **L**, le degré 2 « faire quoi que ce soit me fatigue ».

Pour ce qui concerne l'alimentation elle est diminuée maintenant chez elle car elle mange beaucoup moins qu'avant (*thora nakssagh mlih g lmakla,*

othatghara bien akani iligh déjà).l'échelle de Beck, item **M**, le degré 1 « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude ».

D'après notre analyse de l'échelle de Beck on peut dire que le vécu d'une fausse couche à répétitions influence sur l'état psychologique de Mme Yasmine qui se manifeste par le sentiment de tristesse, désespoir, le dégoût ainsi que d'autres symptomatologies somatiques tel que la fatigue, perte d'appétit ce qui introduit la présence d'une dépression sévère chez cette femme.

3-5 L'échelle d'Hamilton :

A-Tableau n°(3) analyse du cas n°(3) :(voir annexe n°4).

N°I tem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	score	Type de dépr essio n
cota tion	2	2	3	2	1	2	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	20	sévèr e

B- L'analyse de l'échelle d'Hamilton :

D'après l'analyse du guide d'entretien et la passation de l'échelle de Beck et l'observation des comportements de la patiente ainsi que l'échelle d'Hamilton on a constaté que :

Mme Yasmine signale ces états affectifs verbalement et spontanément dans son discours, (*chokigh, haznagh, olighara bien*), ou elle a exprimé son sentiment de tristesse verbalement et elle a extériorisé sa souffrance ce qui est confirmé dans l'item n°1, le degré 2.

Elle tourne toujours sur les erreurs du passé ou elle se culpabilise toujours (*lokan ghir oswighara amanani thilak odighlara*). Echelle d'hamilton, item n°2, le degré 2.

Mme Yasmine a des idées de mort et des plans suicidaires car elle a perdu l'espoir dans la vie (*dalthoth kan arayissalkan*) l'échelle d'Hamilton, l'item n°3, le degré 3.

Dans les items 4, 5,6 qui représente l'insomnie diurne et nocturne ont a marqué le degré 2, 1,2 car elle souffre d'un trouble de sommeil (*ogangharabien*).

Elle a des pensées d'une incapacité à faire quoi que ce soit ainsi qu'une faiblesse suivi d'une fatigabilité échelle d'hamilton, l'item n°7 le degré 1.

Par ce qu'elle souffre d'un trouble d'appétit et d'un trouble de sommeil alors elle est devenue très nerveuse, (*atnirvayagh mlih*).l'échelle d'Hamilton, item n°10, le degré 1.

Mme Yasmine souffre d'une perte d'appétit due à sa perte de son bébé l'échelle d'hamilton, item 12, le degré 1.

La perte d'énergie et la fatigabilité sont des symptômes apparus lors d'une faiblesse ce qui fait a un besoin de repos car elle a eu des changements de ses activités pendant la journée. L'échelle d'Hamilton, item 13,17, 18, le degré est 2, 1,2.

Pour ce qui concerne les items 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 21, on à marquer une absence des symptômes indiqué dans l'échelle d'Hamilton.

D'après notre observation, et l'analyse selon l'échelle d'Hamilton, on à constater que Mme Yasmine à développer une dépression sévère comme une réaction à sa perte.

La conclusion générale du cas n°3 :

Selon les résultats obtenus de l'analyse de guide d'entretien, l'échelle de Beck, l'échelle d'Hamilton. On a remarqué que le vécu d'une fausse couche à répétition a un impact sur la vie de ces femmes, car elle touche leur état physique et psychique, ou ils arrivent au point de perdre l'envie de vivre. Alors la dépression est une réaction due à ces fausses couches répétées.

4/ Le Cas de Mme Chahra

4/1- présentation de cas :

Il s'agit de Mme Chahra, âgée de 33 ans, elle a été très coopérative avec nous.

Le niveau d'instruction de Mme Chahra est secondaire de 1 AS, femme au foyer. Elle a accouchés cinq fois et elle vit avec famille.

4/2- présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans une chambre d'observation de l'unité hospitalière, « génécologie » de l'hôpital d'Akbou. Après deux jours de sa fausse couche. Le sujet est faible et sous médication. Elle nous a répondu en kabyle.

Durant l'entretien, Mme Chahra a présenté sa tristesse et son désespoir. Elle a trois enfants, (deux garçons âgés de 10ans, 8ans et une fille âgée de 5ans), (deux accouchements normaux et une césarienne). Elle a eu déjà une fausse couche tardive et maintenant sa deuxième fausse couche précoce. Elle n'a aucune maladie organique, « *naki dorgaziw nmazgad mlih* » elle vit dans une stabilité relationnelle avec son mari et ses enfants, « *tehibiniyi warawiw milh, thora kol dkika sksayand fali, mazgaghad yidsan* ». *en ce qui concernesa belle-*

familiale en accord avec eux et elle ne présente aucun problème. Mme Chahra n'a aucun souci dans ces relations avec les autres.

Mme Chahra a voulu terminer d'abord sa maison pour avoir d'autres enfants, « *avghigh adfakagh kval akhamiw bachou adarnough, argaziw ythibi darya* », sa grossesse est mal tendue. Lors de l'annonce du médecin elle était triste, « *aligh ivghighara hznagh imiydana akliyin enceinte* ». Mais son mari était vraiment heureux d'avoir un autre enfant, « *argaziw yvgha ythibi darya* ». Lors de sa grossesse elle fait tous les tâches ménagères, « *khadmagh cheghol, rafdagh kolach normal otheadarghara imaniw* ». Son mari l'aide toujours à faire quoi que ce soit « *it3iwiniyi wargaziw g chghol wokham, itehadariyi* ».

Après un mois, Mme Chahra a vécu sa deuxième fausse couche précoce « *thora ys3a chehar yghliyid* ». Bien qu'elle ne veut pas avoir des enfants maintenant mais sa fausse couche lui a rendu triste, « *dessah aligh ovghighara mihaznagh mlih thora midiroh* ». Son mari est vraiment triste car il veut bien avoir d'autres enfants, « *ihzan mlih akhatar yvgha azdardogh adarya, thora athanyghlid* ». Bien qu'elle a perdu son bébé mais le comportement de son mari n'est pas changé, « *khati orivadalara fali, irna ytehadariyi kthar* », cet événement a rendu leur relation plus solide qu'auparavant.

Cette nouvelle n'a pas causé des problèmes avec sa belle-famille. Pour elle la cause de sa fausse couche est due à elle, car elle n'a pas fait attention à elle et à son bébé, « *imi othavghighara adrabisvhano iydikossan, ighliyid* ». Son appétit est très faible qu'avant, « *othatghara thora, nksagh mlih glmakla* », après sa fausse couche elle perdu l'envie de manger, elle devenu moins qu'avant. Elle souffre d'un trouble de sommeil, « *tehibigh idas, mais thora oyditrosara yidas adgnagh* ». La perte d'appétit et le trouble de sommeil ont influencé sur son énergie ou elle devenu faible et fatigué, « *3ayogh mlih, atehosogh imaniw fachlagh* ».

4-L'échelle de Beck : (voir l'annexe n°3).**4/1- Présentation et analyse de l'échelle de Beck :****Tableau n°(4) : résultat du cas :**

item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	score	Type de dépression
cotation	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	1	1	2	14	Dépression modéré

4/2- l'analyse de l'échelle de Beck :

Le sentiment de tristesse est très présenté chez Mme Chahra, « *haznagh mlih thora midiroh* ». Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. Item **A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Elle n'arrive pas géré les situations qui ont passé convenablement. « *Ossinghara adprofitigh g lhwayaj, loukan akani thilak profitigh ami yrohan* ». L'échelle de Beck. Item **D**, le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances ».

Mme Chahra a manifesté un sentiment de culpabilité, « *ndamagh mothavghighara thazwara* ». Elle se culpabilise car elle n'a pas accepté sa grossesse au début et elle prend la responsabilité sur ses épaules. L'échelle de Beck, item **E**, le degré 2 « je me sens coupable ».

Elle est vraiment dégoûtée d'elle-même, « *3yigh gmaniw, digotigh mlih* ». L'échelle de Beck, item **F**, le degré 2 « je me dégoûte moi-même ».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour elle, car ils ont aucune importance dans sa vie « *oythoka3 lma3na g had, thora naksagh* ». L'échelle de Beck, item **H**, le degré 1 « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Mme Chahra évite toute chose, qui a relation avec le fait de prendre décision, « *atba3idagh aki flahwayaj anida adécidigh* ». L'échelle de Beck, item **I**, le degré 1 « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision ».

Elle fait attention à son apparence physique, « *atehibigh adalsagh bienmoulach advinagh chamthagh tharna mokragh, akhatar argaziw ychvah mlih* ». L'échelle de Beck, item **J**, le degré 2 « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux ».

Mme Chahra a besoin d'un grand effort pour faire ce qu'elle veut, « *thora ilakiya adskhadmagh bzaf l'effort bachou adkhamagh cheghol* ». L'échelle de Beck, item **K**, le degré 1 « il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Elle devienne fragile car elle se fatigue plus qu'avant maintenant, « *3ayough mlih thora machi amimarani* ». L'échelle de Beck, item **L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

La perte d'appétit est présente chez Mme Chahra, « *othatghara aki nksaghmlih glmakla* ». L'échelle de Beck, item **M**, le degré 2 « mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Pour ce qui concerne les items B, C, G on a marqué un degré de 0 ou il y a une absence des sentiments de découragement, d'échec, et des idées suicidaire. L'échelle de Beck, « je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir ». « Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ». « Je ne pense pas à me faire du mal ».

D'après l'analyse de l'échelle de Beck on a trouvé que Mme Chahra a marqué un score de 14 qui signifie la présence d'une dépression de type modéré après sa fausse couche.

4- l'échelle d'Hamilton : (voir l'annexe n°4).**4/1- présentation et analyse de l'échelle d'Hamilton :****Tableau n°(4) analyse du cas:**

N° ite m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Sc or e	Type de dépre ssion
cota tion	3	2	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	16	modé ré

D'après l'analyse du guide d'entretien, et la passation de l'échelle de Beck.

L'observation des comportements de la patiente. Ainsi que l'échelle d'Hamilton on a constaté que :

Mme Chahra manifeste ces états affectifs non verbalement ou elle a pleuré, ainsi que des signes de tristesse sur son expression faciale, une voix basse. L'échelle d'Hamilton, item 1, le degré 3 « le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer ».

Elle se culpabilise sur ces erreurs du passé, et elle a un sentiment de culpabilité « *ndamagh mothvghigharathazwara* ». L'échelle d'Hamilton, item 2, le degré 2 « idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables ».

Mme Chahra souffre d'une insomnie au milieu de la nuit. L'échelle d'Hamilton, item 5, le degré 1 « le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit ».

Bien qu'elle se réveille matin mais elle se redort facilement. L'échelle d'Hamilton, item 6, le degré 1 « se réveille de très bonne heure le matin mais se redort ».

Elle souffre d'une faiblesse remarquable et d'une fatigue, « *3ayough mlihthora* ». L'échelle d'Hamilton, item 7, le degré 1 « pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente ».

Pour elle tous type de problèmes a une importance chez elle. L'échelle d'Hamilton, item 10, le degré 2 «se fait du souci à propos de problèmes mineurs ».

La fatigabilité et la perte d'énergie ont vraiment présenté chez Mme Chahra. L'échelle d'Hamilton, item 13, le degré 1 «lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie fatigabilité ».

Mme Chahra est très inquiété a sa santé, «*ogadagh mikimagh dayi gsvitar adatfagh kra lahlak* ». L'échelle d'Hamilton, item 15, le degré 2 « préoccupation sur sa santé ».

Mme Chahra a marqué une perte de point importante. L'échelle d'Hamilton, item 16, le degré 2 « perte de poids certaine ».

Elle reconnaît qu'elle est malade. L'échelle d'Hamilton, item 17, le degré 1 « reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. ».

Pour les items 3, 4, 8, 9, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 21 ont a marqué le degré 0 ce qui veut dire l'absence de ces sentiment chez notre cas.

La conclusion générale du cas n° 4 :

Selon les résultats obtenus de l'analyse du guide d'entretien, l'échelle de Beck et l'échelle d'Hamilton. On a constaté que Mme Chahra a présenté un sentiment de chagrin, et elle se culpabilise ce qui a provoqué chez elle une dépression de type modéré ou elle a marqué un score de 16.



**Discussion générale des
résultats**

Après l'évaluation de l'échelle de Beck (BDI-II) et l'échelle d'Hamilton avec l'analyse des entretiens, on discute de nos hypothèses qu'on a supposées. A l'aide des résultats donnés dans notre recherche sur quatre cas des femmes ayant subi une fausse couche, notre hypothèse qui est «les femmes ayant subi une fausse couche développent un niveau de dépression différent » c'est-à-dire, le degré de la dépression se diffère d'un cas à un autre, car nos quatre cas ont développées une réaction dépressive avec des degrés différentes pour chaque cas, on a trouvé que deux cas souffrent de dépression sévère et les deux autres cas souffrent de dépression modérée .

Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre la fausse couche et la dépression, et selon les études qui ont focalisées sur la dépression et l'anxiété suivant la fausse couche. **Friedman et Garth** (1989) ont utilisé le présent State Examination (PSE) pour évaluer la « constitution » psychiatrique chez les femmes quatre semaines après la fausse couche. Ils ont trouvé que 48% de l'échantillon avaient des scores suffisamment élevés sur l'échelle pour les qualifier de « cas », ce qui est quatre fois plus haut que chez les femmes dans la population générale. Une fois diagnostiquées, ces femmes ont toutes été classées comme ayant des troubles dépressifs. **Klier** et ses collègues (2000) ont trouvé de la même façon que les femmes qui ont fait une fausse couche avaient un risque de développer un trouble dépressif comparées à une cohorte locale. **Thapar et Thapar** (1992) ont également trouvé que les femmes qui ont fait une fausse couche expérimentent un degré d'anxiété et de dépression significatif à la fois lors de l'entretien initial et également six semaines après, comparativement au groupe contrôle (Ogden, 2018)

Dans une autre étude antérieure, **Hutti** (1986) a conduit des entretiens en profondeur à deux moments avec deux femmes. Les résultats ont montré que bien que les deux femmes se réfèrent à un inventaire similaire d'événement, l'importance qu'elles attachent à cet événement était différente et dépendante de

leur expérience passée. Par exemple, une femme qui a déjà fait une fausse couche et a été décrite comme ayant plus de contrôle sur son traitement médical a vécu sa première fausse couche se la représentent comme « une menace grave à la perception de soi comme femme pouvant avoir des enfants ».

Bansen et Stevens (1992) se sont centrés sur 10 femmes qui ont expérimenté leur première perte d'une grossesse désirée. Les auteurs ont conclu que la fausse couche était « un événement silencieux » qui n'était pas discuté dans la collectivité. Les femmes ont été décrites comme incapables de partager leurs expériences et se sentaient isolées en conséquence. Lorsqu'elles ont eu l'opportunité de parler de leur perte, elles ont réalisé à quel point la fausse couche est commune et ce fut une source réconfort pour elles. Les auteurs ont conclu que la fausse couche constituait un événement de vie majeur qui changeait la manière dont les femmes voyaient leur vie dans le présent et affectait la manière dont elles planifiaient le future.

Maker et Ogden (2003) ont réalisé des entretiens en profondeur avec un échantillon hétérogène de 13 femmes qui ont vécu une fausse couche jusqu'à 5 semaine auparavant. Les femmes ont décrit leurs expériences en utilisant une série de thèmes qui ont été conceptualisés en trois étapes : le bouleversement, l'ajustement et la résolution. Pour la majorité d'entre elles, l'étape du bouleversement était caractérisée par le sentiment d'être mal préparée et par des émotions négatives. Certaines femmes qui ont eu une grossesse non désirée ont décrit leur choc concernant le traumatisme physique de la fausse couche, mais elles ont décrit leur expérience comme un soulagement.

Ensuite, les femmes ont décrit une période d'ajustement impliquant des comparaisons sociales, du partage et une recherche de sens. Cette dernière s'attachait notamment à la compréhension du lien de causalité, qui laissait une minorité, en particulier celles qui avaient eu de précédentes fausses couches,

frustrée par l'absence d'une explication médicale satisfaisante. Le stade final de résolution était caractérisé par une baisse des émotions négatives, la croyance par certaines que la fausse couche était une expérience d'apprentissage, et l'intégration de cette expérience dans leurs vies.

Cette résolution semblait plus positive pour celles ayant déjà des enfants, alors qu'elle semblait plus négative si les femmes n'étaient pas à leur première fausse couche.

Les auteurs affirmaient que, plutôt que d'être un déclencheur de la morbidité psychologique, une fausse couche doit être conceptualisée comme un processus impliquant les stades de bouleversement, d'ajustement et de résolution. (Ogden, 2018, P488)

Donc à partir de ce qu'on a présenté, on peut confirmer notre hypothèse cela, à l'aide des résultats obtenus de l'échelle de Beck et celle de Hamilton sur l'évaluation de degré de la dépression.

On a généralisé les résultats obtenus par notre recherche, après avoir mener une étude approfondie sur notre groupe de recherche, ce qui mène a constater que la majorité des femmes ayant subi une fausse couche développent une dépression cela qui se diffère d'un cas à un autre : modéré dans les cas 2 et 4, et sévère dans les cas 1 et 3.

Enfin, on peut confirmer notre hypothèse de recherche qui est « les femmes ayant subi une fausse couche développe un niveau de dépression différent ». Et infirmer les autres hypothèses qui disent que les femme ayant subi une fausse couches développent un mémé niveau de dépression.



La conclusion

Au terme de ce travail, nous pouvons dire que la fausse est un événement douloureux pour une femme, même vécu dans les premiers mois. Il vient contrecarrer les désirs et les planifications du couple. Cette perte de projet de vie est vécue physiquement et psychologiquement par les femmes

Tout au long de la recherche nous avons essayé d'aborder le phénomène de la fausse couche et la relation avec la dépression.

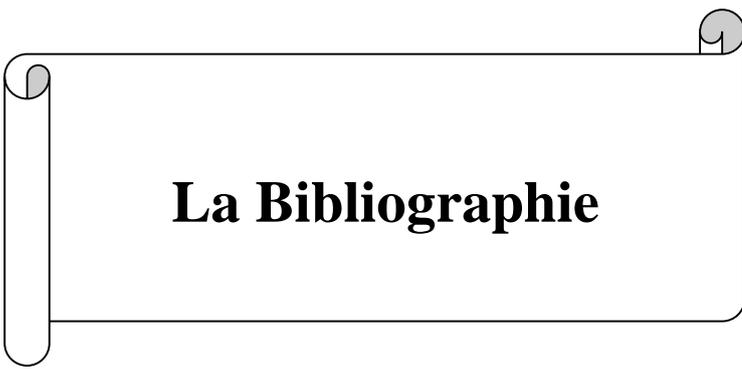
Au cours de notre stage pratique et au cours de l'entretien, nous avons pu vérifier et confirmer de façon claire nos hypothèses de recherche qui supposent que les femmes ayant subi une fausse couche développent un niveau de dépression différent, à l'aide du guide d'entretien effectué et à l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle de dépression d'Hamilton qui nous a aidé à détecter le degré de la dépression des femmes ayant vécu une fausse couche, appliqué en fonction d'une méthode clinique, qui nous ont permis de comprendre profondément notre population d'étude

Durant notre recherche on a pu recueillir des données répondant aux questions de guide d'entretien, et après l'analyse des résultats on a confirmé notre hypothèse sur le degré de la dépression qui se différencie d'un cas à un autre. En termes de ce travail, nous déduisons que la majorité des femmes ayant subi une fausse couche souffrent d'une dépression soit modérée ou bien sévère qu'il faut savoir prendre en compte et traiter. Et que le soutien psychologique est indispensable pour les aider à dépasser cette souffrance.

Notre travail est qu'un aperçu sur la dépression des femmes ayant vécu une fausse couche, nous souhaitons qu'elle soit une initiation pour d'autres recherches, on peut suggérer :

De travailler sur les causes réelles des fausses couches à répétition

De donné plus d'importance au soutien psychologique pour les femmes ayant fait une fausse couche.



La Bibliographie

La liste bibliographique.

Livres :

- 1) Brun, L et Cottraux, J. *psychothérapie cognitive de dépression*, Masson. Paris. France
- 2) CIM10. (2008). Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé. connexes, dixième révision ,2 OMS. Masson. France.
DSM- 5. (2013). Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. Masson.
- 3) Fereri, M et Ferri, F et Nuss, P. 2003. *la dépression au féminin*. John Libby Eurotext, France.
- 4) Gagnon, y-c. 2012. *l'étude de cas, comme méthode de recherche*. press université de Québec, canada.
- 5) Goert, K. 2004. *Atlas de poche d'obstétrique*. Flammarion. France.
- 6) Granger, B. 2002. *La psychiatrie d'aujourd'hui du diagnostic au traitement*. Odile Jacob. France
- 7) Lansac, J et Magrin, L et Sentlhes. 2013. *obstétrique pour le praticien*. Elsevier Masson, Italie.
- 8) Lejenvre, V et Carbonne, B. 2007. *fausse couche et mort fœtales*. Masson. paris. France.
- 9) Ogden, J. 2018. *psychologie de la santé*. Boeck supérieur.
- 10) Rathus, S et Snend, J et Greene, B. 2009. *Psychopathologie*. Pearson éducation.
- 11) Rouillon, F. 2004. *Les troubles dépressifs*, John Libby Euronext, France.
- 12) Sigfried Serti, C. 2013. *comprendre et soigner la dépression*. Elsevier Masson, Italie.
- 13) Tournaire, M. 2005. *Le bonheur d'être mère, la grossesse après 35ans* Odile Jacob, France.

Thèse :

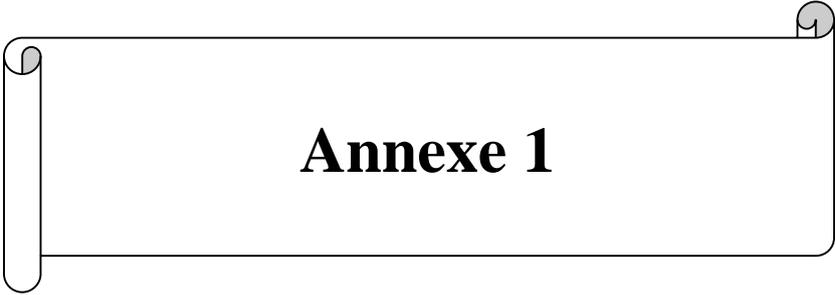
- 1) Abbassen, S. 2013. *La dépression chez les femmes stériles*. Université Abderrahmane Mira de Bejaia. Algerie.
- 2) Babou,K et Azerradj, C. 2017.L'état de stress post traumatique chez les femmes ayant fait une fausse couche.
- 3) Séjourné,N et Callahan, S et Chabrol, H. *L'impact psychologique de la fausse couche. Revue de travaux psychological conséquences of mixarriag*. université de Toulouse. France

Dictionnaire :

- 1) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. (1864). Jaccoud, S. France.

Page web :

- 1) Nizard, D-B. (2017). *Perte grossesse*. En ligne : <http://pitiasalpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2018/04/PROTOCOLE-PERTES-GROSSESSE-2017.pdf>



Annexe 1

L'annexe n°1 :

Le guide d'entretien :

Nom :

Prénom :

Age :

Niveau d'instruction :

Axe 1 : Avant la grossesse

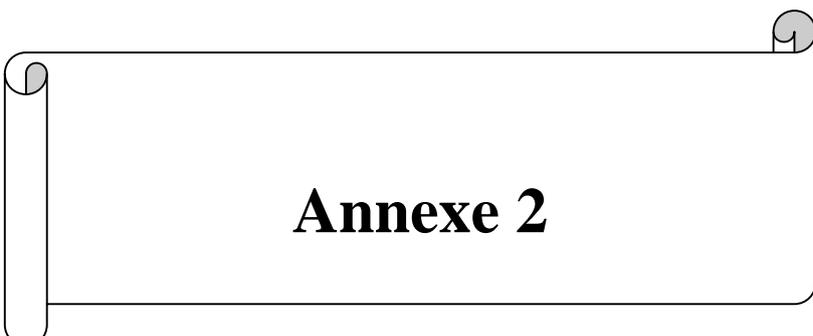
- 1- Avez-vous des enfants ? si oui combien ?
- 2- Avez-vous une maladie ?
- 3- A ce que vous vivez dans une famille traditionnelle ou non ?
- 4- Comment a été votre relation avec votre mari ?
- 5- Comment a été votre relation avec vos enfants ?
- 6- Comment a été votre relation avec votre belle famille ?

Axe 2 : Pendant la grossesse

- 1- Votre grossesse est-elle programmée
- 2- Comment vous avez réagi lors de l'annonce de la nouvelle ?
- 3- Comment votre mari a reçu la nouvelle ?
- 4- Lors de votre grossesse à ce que vous avez fait du travail forcé ?
- 5- A ce que votre mari vous aide à faire les tâches ménagères ?

Axe 3 : Après la fausse couche

- 1- A quel mois vous avez fait la fausse couche ?
- 2- Comment a été votre réaction lors de l'annonce de la nouvelle ?
- 3- Comment votre mari a reçu la nouvelle ?
- 4- Avez-vous remarqué un changement comportemental de la part de votre mari ?
- 5- A ce que votre belle-famille a accepté cette nouvelle sans avoir des problèmes avec eux ?
- 6- A votre avis votre fausse couche est due à quoi ?
- 7- Avez-vous des problèmes d'appétit ?
- 8- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- 9- A ce que vous vous senti fatigué ?



Annexe 2

L'annexe n°2 : Guide d'entretien en kabyle

Isam :

Lamar :

Thagheridh :

Axe 1 : avant la grossesse

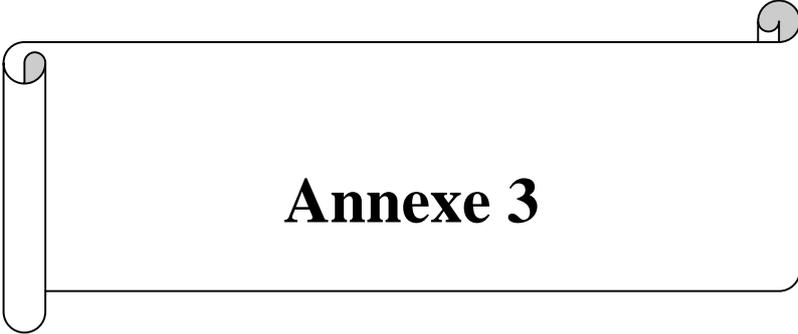
- 1- Thesse3idh edarya ? ahehal ?
- 2- Thesse3idh lahelakh nadhen ?
- 3- Thesse3ichidh ar yemegharenim nagh khemi dh waregazim kan ?
- 4- Amikh ithessem3amaledh khem dhorgazim ?
- 5- Amikh ithesse3amaledh khem dh warawim?
- 6- Aikh ithessem3amaledh dhialan n waregazim?

Axe 2: pendant la grossesse

- 1- Theprogramidhas ithadhissethim nagh khat?
- 2- Amih itekhedhemedh imi ithe3elmedh sethadhisseth ithellidh?
- 3- Amikh igakhedhem waregazim imi iga3lem?
- 4- Mi ithelidh sethadhisseth thekhedemedh cheghel igo3ren nagh khat?
- 5- Isse3awanikem waregazi gecheghel nagh khat?

Axe 3: Après la fausse couche

- 1- Aniwa chehar imedagheli thadhissethim?
- 2- Amikh itekhedhemedh ii the3elmedh beli thagheliyamed thadhisseth?
- 3- Iwaregazim amikh igakhedhem ii iga3elem?
- 4- Inevedal waregazim selmo3amalayens ghorem nagh khat?
- 5- Dhacho imedenan imawelan wargazin imi yesselan?
- 6- Areghorem dhacho idhesseba mi imedaghel thadhissethim?
- 7- Thessessedh bien nagh khat?
- 8- Thsse3idh lemachakli gidhes nagh khat?
- 9- Thessehossoudh imanım thefecheledh nagh khat?



Annexe 3

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

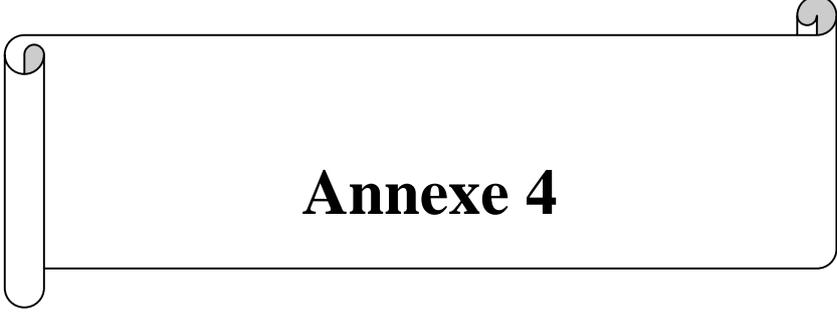
Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Références :

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D. Guelfi et Coll, Ardix Médical.
 Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J. Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.*



Annexe 4

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFY



NOM: _____

PRENOM: _____

SEXE: AGE: _____ DATE: _____

EXAMINATEUR: _____

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondant

1 Humeur dépressive:

(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 Sentiments de culpabilité :

0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un

préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3 Suicide :

0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 Insomnie du début de la nuit :

0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :

0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

6 Insomnie du matin :



0. Pas de difficulté.
1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7 Travail et activités :



0. Pas de difficulté.
1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou aiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).
3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).
4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8 Ralentissement :



(lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée normaux.
1. Léger ralentissement à l'entretien.
2. Ralentissement manifeste à l'entretien.
3. Entretien difficile.

4. Stupeur.

9 Agitation :



0. Aucune.

1. Crispations, secousses musculaires.

2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 Anxiété psychique :



0. Aucun trouble.

1. Tension subjective et irritabilité.

2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique :



Concomitants physiques de l'anxiété tels que : **Gastro-intestinaux** (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),

Cardiovasculaires (palpitations, céphalées),

Respiratoires (hyperventilation, soupirs),

Pollakiurie

Transpiration

0. Absente.

1. Discrète.

2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0. Aucun.

1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières.
Sentiment de lourdeur abdominale.

2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel.
Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13 Symptômes somatiques généraux :

0. Aucun.

1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie fatigabilité.

2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.

0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

15 Hypochondrie :

0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriques.

16 Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A. (D'après les dires du malade).

0. Pas de perte de poids.
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17 Prise de conscience :

0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.
2. Nie qu'il est malade.

Total des 17 premiers items

18 Variations dans la journée :



A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N'Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

Aucune ; Plus marqués le matin ; Plus marqués l'après-midi.

B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation.

Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

19 Dépersonnalisation et déréalisation :



(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

20 Symptômes délirants : (persécutifs)



0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

21 Symptômes obsessionnels et compulsifs :



0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

