

République Algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique



Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master 2 en psychologie clinique

Option : psychologie clinique

Thème

**Les stratégies de coping chez la femme stérile
(Etude clinique de (05) cas réalisée au sein de
la clinique Hamani Akbou)**

Mémoire soutenu par :

- ✓ M^{elle} BENREMILA Karima
- ✓ M^{elle} BERKANE Souad

Encadré par :

M^{me} BOUHOUÏ Nadia

L'année universitaire 2017/2018

Remerciements

Nous remercions DIEU, le tout puissant de nous avoir permis d'arriver à ce jour et de nous avoir accordé santé et volonté pour accomplir ce travail.

*Nous avons l'honneur et le plaisir de présenter notre profonde gratitude et nos sincères remerciements à notre encadreur M^{me} **BOUHOU** Nadia, pour sa précieuse aide, ses orientations et le temps qu'elle a accordé pour notre encadrement.*

Nous remercions profondément tous les enseignants qui nous ont encouragé et soutenu pendant notre cursus.

Nos remerciements les plus sincères et les plus profonds sont adressés à :

*La clinique **HAMANI** d'avoir ouvert les portes et d'avoir mis à notre disposition les moyens nécessaires pour la réalisation de notre étude.*

Tous les responsables et le personnel pour leurs entières disponibilités et coopérations lors de la réalisation de ce travail

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Merci

Benremila karima et berkane souad

Dédicace

A l'aide de **Dieu** le tout puissant ce travail est achevé.

Je dédie ce travail, avant tout, à « vous » mes très chers parents,

Pour vous exprimer tout le respect et l'amour que j'ai pour vous

Et pour vous témoigner ma reconnaissance pour tout

L'effort et sacrifices qui ont entrepris

De me voir ce que je suis.

A mes très adorables frères.

Mes adorables sœurs et leurs enfants.

Demain ne sera pas comme hier, il sera nouveau et il dépendra de nous.

Notre avenir comme notre passé doit être solidaire. C'est la plus

Belle chose qui nous est donnée naturellement. Notre force

Résidera toujours dans notre sincère entente

Et notre esprit de fraternité.

A ma très chère cousine Ouarda.

A tous mes amies Naima et Dalila.

Pour notre amitié et tous les bons moments passés et à venir, Pour votre présence, vos bons conseils et nos fous rires partagés Un très grand merci à tous

et à toutes.

A ma binôme Souad et toute sa famille.

Karima

Dédicace

A l'aide de **Dieu** le tout puissant ce travail est achevé.

Je dédie ce travail, avant tout, à « vous » mes très chers parents,

Pour vous exprimer tout le respect et l'amour que j'ai pour vous

Et pour vous témoigner ma reconnaissance pour tout

L'effort et sacrifices qui ont entrepris

De me voir ce que je suis.

A mes très adorables frères.

Mes adorables sœurs et leurs enfants.

Demain ne sera pas comme hier, il sera nouveau et il dépendra de nous.

Notre avenir comme notre passé doit être solidaire. C'est la plus

Belle chose qui nous est donnée naturellement. Notre force

Résidera toujours dans notre sincère entente

Et notre esprit de fraternité.

A ma très chère sœur Samira.

A mon amie Dalila.

Pour notre amitié et tous les bons moments passés et à venir, Pour votre présence, vos bons conseils et nos fous rires partagés Un très grand merci à tous

et à toutes.

A ma binôme Karima et toute sa famille.

Souad

Sommaire

-Liste des abréviations

-Liste des tableaux

-Liste des figures

-Liste des annexes

Introduction 1

LE cadre générale de la problématique

1-La problématique4

2-L'hypothèse.....7

3-L'intérêt de choix de thème.....7

4-Définition des concepts clé.....8

5-Opérationnalisation des concepts8

Partie théorique

Chapitre1 : La stérilité féminine

-Préambule

1-Définition de la stérilité féminine.....12

2-Types de la stérilité féminine13

3-L'appareil génitale féminine.....13

4-Les causes de la stérilité féminine18

5-L'aspect psychologique de la stérilité.....24

6-Le diagnostique de la stérilité féminine.....	27
7-Le traitement de la stérilité	31
-Conclusion	

Chapitre 2 : Les stratégies de coping

-Préambule	
1-L'aperçu historique de coping.....	40
2-Définition de coping	41
3-Les déterminants de coping.....	42
4-Les dimensions de coping.....	44
5-Les différentes models de coping	47
6- La phase d'évaluation	48
7-Les sources de coping.....	50
8-L'efficacité des stratégies générales de coping.....	50
9-Les différentes mesure de coping	52
10-Les mécanismes d'action de coping ou l'influence de coping sur la santé.....	53
11-La relation entre la santé et le coping.....	53
12-Les stratégies de coping.....	54
- Conclusion	

Partie pratique

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

-Préambule	
1-La prêt enquête	58
2-La démarche utilisé.....	59
3-Le groupe d'étude	60

4-Lieu de la recherche.....	60
5-Les techniques de recherche	66
- Conclusion	

Chapitre 4 : Présentation, analyse des données et discussion des résultats

-Préambule

1-Présentation et analyse des résultats.....	77
1-1 Présentation et analyse des résultats du premier cas (Nassima).....	77
1-2 Présentation et analyse des résultats du 2eme cas (Marwa).....	81
1-3 Présentation et analyse des résultats du 3eme cas (fatma zehra).....	85
1-4 Présentation et analyse des résultats du 4eme cas (Salima).....	89
1-5 Présentation et analyse des résultats du 5eme cas Lynda.....	93
2 - Discussion des hypothèses.....	98
-Conclusion du chapitre	
Conclusion.....	102
Bibliographique	105
Annexes	

LISTE DES ABRIVIATION

- Huhner** : Test post coïtal.
- AMP** : Assistance Médicale à la procréation des produits de santé.
- AFSSAS** : Recommandation Médicaments inducteurs de l'ovulation : les gonadotrophines.
- GNRH** : Gonadotrophine hormone.
- LH** : Hormone Lutéinisante.
- HCG** : Hormone gonadotrophine chorionique.
- FIV** : Fécondation in vitro.
- IUI** : Insémination intra-utérine (insémination artificielle).
- ICSI** : Injection intra -cytoplasmique de spermatozoïde.
- FCV** : Frottis Cervicaux -vaginal.
- GEU** : Grossesse Extra -Utérine.
- FSH** : Hormone Folliculostimuline.
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse.
- LHRL** : luteinizing Hormone -Releasing.
- INSEE** : Insef -Inter (Association Intermédiaire).

LISTE DES TABLEAUX

3-1-Tableau N°1 : Tableau récapitulatif des caractéristique de note échantillon d'étude.....	61
3-2-Tableau N°2 : Répartition des stratégies selon les champs.....	73
4-1 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Nassima.....	79
4-2 Feuille de dépouillement N°2 du cas de Nassima.....	80
4-3 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Marwa	83
4-4 Feuille de dépouillement N°2 du cas de Marwa.....	84
4-5 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Fatima Zehra.....	87
4-6 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Fatima Zehra.....	88
4-7 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Salima.....	91
4-8 Feuille de dépouillement N°2 du cas de Salima.....	92
4-9 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Lynda	96
4-10 Feuille de dépouillement N°2 du cas de Lynda.....	97

LISTE DES ANNEXES

Annexe N°1 : Echelle de Toulousaine de cas du Nassima.

Annexe N°2 : Echelle de Toulousaine de cas de Marwa.

Annexe N°3 : Echelle de Toulousaine de cas Fatima Zehra.

Annexe N°4 : Echelle de Toulousaine de cas de Salima.

Annexe N°5 : Echelle de Toulousaine de cas de Lynda.

Annexe N°6 : Guide d'entretien clinique semi-directif.

TABLE DES FIGURES

1.1-Figure N° 1 : L'appareil reproducteur féminin.....	18
1.2-Figure N° 2 : Courbe ménothermique normal (o : ovulation).....	29

Introduction

Introduction

Le désir d'avoir un enfant est non seulement un besoin, mais également la réalisation d'un rêve et la conséquence logique d'une relation à deux. Mettre un enfant au monde est certainement ce désir est naturel n'est pas possible pour tout le monde.

Avec un maximum de 25% de chances de concevoir par cycle entre 20 et 30ans, les reproductrices de l'espèce humaine sont assez limitées. ainsi, la latence moyenne pour concevoir un enfant par couple de fécondité normale est un an. au delà d'un an. il est conseillé de consulter un médecin spécialiste, non pas pour suivre d'emblée un traitement inducteur de l'évolution ou une procréation médicalement assistée mais pour définir, cerner le problème à ce stade s'il y en a un.

De nos jours. Le problème de stérilité se pose de plus en plus avec acuité : 7% en Algérie. Si dans les pays développés la stérilité est considérée comme une affaire de couple, en Afrique particulièrement en Algérie, la responsabilité de la femme demeure entière.

La femme stérile se voit abandonnée », marginalisée dans son foyer ou elle devient le souffre-douleur du mari et de la famille.

Divorcée, répudiée ou dans les meilleurs cas seulement ridiculisée par la coépouse qui a eu des enfants, elle est prête à tous les sacrifices pour contracter une grossesse et avoir un enfant, seule garantie de son mariage.

Dans la société algérienne l'enfant est le sens de la vie, il procure la joie et le bonheur, assure la continuité de la lignée.

La psychologie cognitive anglo-saxonne s'est attachée à l'étude des stratégies qu'une personne ne met en place pour maîtriser ou diminuer l'impact d'un événement qui menace son bien-être physique ou psychique. Elle a développé le concept de « stratégie d'ajustement » ou « coping ». le choix des stratégies dépend d'une part de

l'évaluation cognitive que la personne fait des évènements et d'autre part, des ressources dont elle pense disposer dans ces circonstances. Ces stratégies sont à l'origine du comportement adopté face au problème : soit d'affrètement (actif) soit d'évitement (passif), ainsi que du contrôle émotionnel « utilisé », il est, par ailleurs, important de souligner que toute adaptation psychique est sous-tendue par un processus d'élaboration progressive, spécifique de l'histoire propre du sujet et de sa structure psychique.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche qui porte sur « les stratégies des coping chez la femme stérile », est justement de connaître les stratégies utilisées par les femmes stériles pour faire face à leurs situations.

Nous avons choisi comme terrain d'étude la clinique « HAMANI », qui répond à l'objectif de notre recherche. L'approche cognitive comportementale a servi de cadre référentielle à notre étude et nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivantes : l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de coping de Toulousaine de coping (**ESPARBES.S et coll. ; 1989**).

De ce fait, notre recherche se divise en deux parties et ce afin de vérifier nos hypothèses.

La partie théorique est subdivisée en trois chapitres comme suit : dans la première partie théorique, nous nous intéresserons à la littérature en lien avec notre thème de recherche, qui contient trois chapitres, le premier chapitre intitulé la stérilité féminine dans lequel on va aborder la définition de la stérilité ses types et ses causes et l'aspect psychologique et le diagnostic et le traitement, le deuxième chapitre concerne les stratégies de coping et les déterminants de coping, les différents modèles de stratégies de coping... après nous allons présenter la problématique et la formulation des hypothèses et les objectifs de la recherche. Dans la deuxième partie pratique qui contient deux chapitres intitulés la méthodologie de recherche, le profil de notre groupe de recherche, et les techniques de recherche utilisées et le quatrième

chapitre et celui de la présentation, analyse et discussions des hypothèses, dans lequel nous allons présenter et analyser les résultats puis discussion des hypothèses.

On conclut notre travail par une conclusion, ensuite on va présenter la liste bibliographique et les annexes.

1. La problématique

Car c'est dans la maternité que la femme trouve son pleine épanouissement c'est pour cela. Qu'elle veut se prouver a elle-même a la société que son corps fonctionne et se persuader quelle maîtrise sa fertilité. Elle s'en trouve rassurée quand à sa capacité reproductrice qui constitue une par importante de son identité et sa féminité (*Claud Noël, pickrmann, 2001, p.111*).

Devenir mère présupposé, consciemment ou inconsciemment un désir d'enfant. Le psychisme joue un rôle fondamental dans l'élaboration d'une grossesse, l'enfant se concevant autant par l'esprit que par le corps. Ce désir est lié à l'histoire de chaque femme, il nécessite d'intégrer en soi des images maternelles et paternelles. C'est un vœu ou un désir est lié à qui ne peut se vivre qu'en rétablissent des « signes » qui sont liés aux premiers satisfactions. C'est par définition l'enfant de l'avant, l'enfant d'une certaine préhistoire. Donner naissance à un enfant, envoie une femme à sa propre naissance, à sa propre mère, il faut parfois du temps pour intégrer en elle l'image de celle-ci, et lui permettre a son tour de le devenir. Il faut également renoncer à être la petite fille de sa propre mère, pour pouvoir accéder soi même au statu de mère. Désirer un enfant est également un vœu incestueux, de nature fantasmatique. Vœu d'avoir un enfant du père. Pour une femme, le désir d'enfant comporte plusieurs facettes, désir d'être enceinte désir d'accoucher, désir de mettre au monde un enfant (*Nicole stryckmans, 1993, p.09*).

C'est pour ça l'entourage familiale demandant fréquemment aux jeunes couples quand ils vont faire enfin un bébé (*Martine,dépond , gadet, 2011, p.8*).

Avoir un enfant suppose la conjonction heureuse de différents paramètres chez les deux membres du couples certes, le corps peut empêcher la conception (*Faure-pragier sylvie, 2006 p.80*).

La stérilité pose souvent des problèmes à la femme par le fait que la culture fait de la femme la reproduction à la fois biologique et social. C'est dans son corps que se repère la stérilité, c'est celui qui trahit la stérilité masculine.

La stérilité est d'abord perçu comme une histoire de femme la première réaction de la femme sans enfant, est de se considérer toujours comme responsable de l'infécondité. Elle se culpabilise d'emblée, consciemment ou inconsciemment car ce niveau, le conditionnement social est lourde. Dans la plupart des sociétés, la stérilité est une source de frustration et d'angoisse pouvant mener à des graves dépressions (*Fatou Sow, 1992, p.19*).

La stérilité !ce mot de neuf lettres qui voyagent à travers l'histoire, faisait au passage réagir des religieux, des poètes, des médecins, ou encore des magiciens , les anciens la considéraient comme un fléau, une calamité qui s'abattait sur toute les femmes à cause d'un seul coupable qui avant irrité des dieux ; les médiévaux l'expliquait comme conséquence directe du péché , alors que les contemporains la voient comme une maladie , c'est cette même stérilité qui provoque tant de sacrifices de jeunes filles vierges pendant l'antiquité afin d'apaiser la colère d'appelons , tant d'humiliation et de souffrance chez les femmes stériles et tant de famille sans postérité , n'ayant laisse aucune trace de leur existence (*Giulia Ret all, 2008, p.04*).

Selon les statistiques du ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière, l'Algérie compte plus de 300000 couples souffrant d'infertilité soit 7% des couples. Ces données chiffrées, faut il bien le signaler, remontent à 2002 dernière année ou une étude à été réalisée sur cette pratique, précisent des responsables dudit ministère (*Dr. Nadir, 2008, p.01*).

Depuis des siècles , la stérilité considérée comme une pathologie exclusivement féminine , mais des études menés par des chercheurs ont démontré que la stérilité peut toucher les femmes comme elle peut toucher les hommes il considèrent que la stérilité est une véritable pathologie qu'est d'origine masculine dans 65% des cas

tandis que d'autres gynécologues l'attribuent uniquement à 30% à l'homme et 30% à la femme, et le reste partagé entre la stérilité mixte et celle qui n'a pas d'explication organique (*Ménil, 2008, p.45*).

Connaitre les facteurs de prédispositions ou facteurs favorisant de la stérilité par des couples constitue un moyen très capital permettant de faire des consultations médicales à fin de traiter les causes et réduire le taux d'infécondité (*Jean Belaisch, 1981, p.291*).

Le fait donc de vivre avec la stérilité, ou cours de sa vie entrave la possibilité d'être intégré dans la société et fait obstacle dans la vie des femmes stériles, autrement dit que la stérilité représente un handicap majeur qui freine le rythme de vie de ces femmes sur le plan social, économique, culturel, et notamment psychologique comme la dimension émotionnelle, ceci veut dire modification d'humeur et de comportement, et surtout la façon de faire face à sa situation. Elaboré par Lazarus et Launier en 1978, le coping désigne « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (*I.Paulhan, 1992, p.545*).

Selon Lazarus et Folkman 1984 le coping est actuellement défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour sérier des exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources »

(B.Schweitzer, 2001, p.70).

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (spécifique et constamment changeant) et non une caractéristique générale et stable, elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à une situation) avec leur effets (fonctionnels ou non). Ainsi on ne peut considérer à

priori une stratégie de coping comme adaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certains situations et inefficace dans d'autre

(Lazarus & Folkmane, 1984, p.14).

La plus part des femmes préfèrent garder tout ce qui concerne leurs problèmes de la stérilité. De plus, la plus part des femmes se sont débrouillées en s'appuyant sur leur foi. Les autres se sont débrouillées à travers le soutien de la part de leurs conjoint, à travers leurs occupations quand elle accomplit l'indépendance économique et certaines d'entre elles ont évité des situations qui leur rappelaient leur problèmes de stérilité.

Certaines stratégies adoptées par les femmes stériles peuvent être plus nuisibles que bénéfiques *(Stina, S Donkor et Jane Dec, 2009, p.81-94).*

Notre recherche a pour objet d'étudier l'existence de lien entre la stérilité et le coping, la manière dont les femmes se perçoivent la stérilité. Ce qui nous mène à poser la question suivante :

-Quelles sont les stratégies de coping utilisée par la femme stérile ?

2. L'hypothèse de recherche

Pour répondre à la question posée dans notre travail nous avons formé l'hypothèse suivante : les femmes stériles adoptent des stratégies de coping centré sur le problème.

3. L'intérêt de choix du thème

- Comme tout travail de recherche ou étude scientifique qui vise un but bien déterminé, les objectifs envisagés dans notre étude sont suivante :

-Ce travail a pour but de connaitre les liaisons entre la stérilité et le coping chez les femmes.

-Décrire les souffrances psychiques et sociales des femmes stériles.

-Comprendre comment le regard des autres influence négativement sur cette catégorie de femme.

4. Définitions des mots clés

4.1 La Stérilité

C'est l'impossibilité totale de concevoir pour un homme, une femme, et un couple, à un moment donné, cette incapacité peut être temporaire et réversible ou un contraire définitive et irréversible (*Jean-René zorn, 2005, p.03*).

4.2 Le coping

La réponse à un stressera de chacun : les expériences antérieures l'auto-appréciation de ses propres capacités, la motivation influencent ce processus actif d'adaptation. Le terme coping désigne cette manière de faire face à une situation stressante et de maîtriser.

Le coping peut consister en une réponse direct: élimination de la source de danger, mais également en une réponse palliative: simple réduction de la perception du danger (déli, recours à des médicaments, anxiolytiques etc) (*Borad, 1999, p.902*).

5. Opérationnalisation des concepts

5.1 La stérilité féminine

-L'incapacité à se reproduire par l'absence totale de grossesse pour une femme marié

-C'est des femmes qui n'ont jamais enfantées et ayant des rapports normaux et n'utilisant aucun moyen de contraception.

-La stérilité a une origine médicale qui atteste la difficulté ou l'impossibilité D'avoir un bébé.

-C'est l'incapacité d'avoir des enfants malgré les tests et les traitements pour y remédier.

5.2 Le coing

-Il désigne la façon de s'ajuster aux situations difficiles.

-La mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stresse.

-Acceptation évitement, réduction de l'effet du stresse.

-Stratégie centrée sur l'émotion, le problème, ou le soutien social.

Partie théorique

Chapitre 01 :
Stérilité Féminine

Préambule

La femme stérile souffre non seulement dans les sentiments de son esquisse sensibilité, mais encore dans sa dignité et son amour-propre, elle ne peut occuper dans la société la place qu'elle envie, elle craint de n'avoir pas rempli son rôle au foyer domestique, elle se croit insuffisante et craint l'abandon de son mari.

Dans ce chapitre on va présenter en premier lieu, la définition de la stérilité féminine et en deuxième lieu ses types et en troisième lieu l'appareil génitale féminine puis on va entamer les causes de la stérilité féminine, puis son aspect psychologie et son diagnostique et en termine avec le traitement et la conclusion du chapitre.

1. Définitions de la stérilité féminine

1.1 La stérilité

- l'absence de grossesse après 2ans de rapports sexuels réguliers sans contraception (*C.Blange, 2010, p.35*).

- Incapacité pour être vivant de procréer, elle peut être congénitale, consécutive

stérilisation. ne pas confondre stérilité et impuissance (*A. Manuila et coll, 2004, p.481*).

1.2 L'infertilité

C'est l'incapacité du couple à concevoir ou l'incapacité de la mère à mener le fœtus à terme. La mesure de l'infertilité varie beaucoup selon le critère utilisé. Certains considèrent qu'on peut poser un diagnostic d'infertilité après qu'un couple a tenté tandis que d'autres soutiennent que le couple doit avoir été incapable de concevoir pendant au moins deux années de rapport sexuel fréquents non protégés. Souvent, les femmes sont déjà conscientes de leur infertilité avant la fin de ce délai, parce que leur état a été préalablement diagnostiqué (*Anjani Chandra, 1994, p.63*).

2. Types de stérilité

La stérilité désigne par l'inaptitude de concevoir un enfant viable et on peut distinguer trois types de stérilité :

2.1 Stérilité primaire

Qui est l'absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse, elle n'a jamais été enceinte .

2.2 La stérilité secondaire

C'est l'absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses .

2.3 La stérilité de nature psychique

C'est une stérilité qui n'est pas expliquée, ce type de stérilité pathogène serait selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie, du à l'inconscient qui ne satisfait pas les désirs de grossesse d'une femme, il semble qu'environ 8% des cas serait de nature psychique (*Marylème blonde, 2008, p.80*).

3. L'appareil génital féminin

Comprend deux parties.

3.1 Les organes génitaux internes

Sont essentiellement destinés à la reproduction et leur situation dans la cavité pelvienne fait qu'ils ne sont visibles qu'à l'occasion des examens complémentaires ou d'interventions chirurgicales.

3.1.1 Vagin

C'est l'organe de la copulation qui reçoit le spermatozoïde lors de l'éjaculation par ailleurs, c'est par le vagin que s'écoulent:

- **Les leucorrhées** : provenant de la desquamation du col de l'utérus de la muqueuse vaginale.

- **Les règles** : enfin c'est le dernier organe qu'emprunte le fœtus lors de l'accouchement (*Nazbanou. Hein et Israïl. N, 1997-2006, p.23*).

- **Conduit musculo-membraneux** : Qui réunit la vulve à l'utérus, il est situé entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière c'est une cavité virtuelle, aplatie, dont la direction générale est oblique en bas et en avant. Sa longueur moyenne est de 8 cm pour la paroi antérieure et 10 cm pour la paroi postérieure, son calibre est très variable en raison de sa très grande complaisance. À son extrémité supérieure, la paroi vaginale forme autour du col les quatre culs-de-sac vaginaux, l'antérieure deux latéraux sont profondes, quand aux cul-de-sac vaginaux postérieurs le plus profond profond, il remonte en arrière de col. En bas, le vagin est obstrué partiellement par l'hymen, c'est l'introït vaginal, chez la Vierge est séparé de la vulve par l'hymen. C'est un septum membraneux transversale incomplet, qui Lors du premier coït se déchire il constitue caroncules et hyménales. La surface interne du vagin présente des plis transversaux ou rides vaginales, ces rides vaginales s'émoussent à la ménopause. Le vagin met en communication la cavité abdominale avec l'extérieur en traversant les plans popu névrotique et musculaire du périnée, latéralement, il reçoit les attaches des muscles releveurs de l'anus, qui, lors de leur contraction, permettent la fermeture de la partie inférieure du vagin (*Nazbanou. Hein et Israïl. N, 1997-2006, p.23*)

3.1.2 Utérus

L'utérus est un organe musculaire creux, destiné à recevoir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme. Sa muqueuse interne, l'endomètre, desquame tous les mois au moment des règles (menstruation). C'est un organe ferme et élastique à l'examen, il y a la forme d'une poire renversée.

- **Configuration extérieure** : L'utérus est divisé en trois parties.
- **Corps utérin** : Il est intra-pelvien, de forme conoïde, aplatie d'avant en arrière. Le fond de l'utérus est convexe il se prolonge latéralement au niveau des angles supérieurs par les cornes utérines qui se continue avec les trompes. Les dimensions de l'utérus sont variables en fonction de la partie de l'âge de la patiente.

L'utérus mesure environ 6 à 8 cm de long, dont 2 à 3 cm pour le col, la largeur au niveau du tronc utérin entre chaque corne utérine est de 4 à 5 cm, et l'épaisseur varie de 2 à 4 cm. L'utérus fait saillie dans la cavité pelvienne, sa position est variable.

En général le corps utérin qui est soutenu par le vagin repose sur vessie et il est incliné en avant formant avec le col un angle de flexion obtus ouvert en avant de 100° (antéposition). Mais l'utérus peut aussi s'infléchir ou basculé en arrière en fonction du tonus des parois musculaires antérieur et postérieur. Cette rétroposition réductible est physiologique.

- **Col**

Il est cylindrique en forme de bariller. On distingue une supra-vaginal prolongeant le corps de l'utérus une portion vaginale visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal. La portion vaginale du col constitue, l'exo-col qui est percé à son sommet d'un orifice. L'orifice externe du col donne accès au canal cervical où endocol. Aspect de l'orifice externe et variable chez la nullipare, l'orifice est un punctiforme. Chez la primipare, l'orifice s'allonge transversalement et divise alors l'exo-col en deux lèvres intérieur et extérieur.

- **Isthme**

Dans sa partie moyenne, l'utérus présente un léger étranglement, c'est l'isthme utérin qui sépare le col et le corps.

- **Configuration interne**

L'utérus est un organe creux comportant deux parties: la cavité utérine au niveau du corps et le canal cervical.

- **La cavité utérine**

Est virtuelle, aplatie d'avant en arrière, triangulaire à base supérieure. Les angles latéraux supérieurs communiquent avec les canaux tubaires par l'intermédiaire d'un orifice de 1 à 2 mm de diamètre: l'ostium utérin. L'angle inféro-antérieur de la cavité utérine communique avec l'orifice interne du col au niveau de l'isthme utérin.

- **Le canal cervical où endos-col**

Est réel et fait communiquer la cavité vaginale à la cavité utérine. Ce canal s'étend de l'orifice externe du col à l'orifice interne du col qui répond à l'isthme.

- **La cavité interne et recouverte par une muqueuse l'endomètre**

Cette muqueuse ou épithélium glandulaire recouvre aussi l'endos-col jusqu'au niveau de l'exo-col, qui est tapissé par un épithélium différent, de type pavimenteux. La frontière, où se rencontrent les deux épithéliums au niveau de l'exo-col, s'appelle la ligne de jonction (*Nazbanou. Hein et Israil. N, 1997-2006, pp.25-26*).

3.1.3 La trompe

Les trompes sont deux conduits musculo-membraneux, symétriques, qui s'étendent de chaque côté de l'utérus à partir de la corne utérine correspondante pour aller rejoindre les ovaires.

- **Configuration externe**

La trompe étant située dans le méso-salpinx, son trajet est dirigé en dehors, surplombant l'ovaire, puis la trompe s'incurve en bas et en dedans pour étaler son pavillon sur le bord libre de l'ovaire. La trompe mesure environ 10 à 12 cm de long et présente 4 parties:

- **La partie utérine ou interstitielle**

Situé dans l'épaisseur même du muscle utérin, elle débouche dans la cavité utérine au niveau de la corne par l'ostium tubaire. Sa longueur est de 1 cm son diamètre de 0,2 à 0,4 mm.

- **L'isthme ou portion funiculaire**

Est cylindrique, inextensible, long de 3 à 4 cm, d'un diamètre de 2 à 4 mm, il se porte transversalement en dehors.

- **L'ampoule tubaire**

Flesceuse, à paroi mince et molle, présente une grande compliance. Elle mesure 7 à 8 cm de long et 8 à 9 mm de diamètre, elle est en rapport étroit avec l'ovaire et représente la chambre de fécondation.

- **L'infundibulum ou pavillon de la trompe**

S'évase en entonnoir et vient coiffer le pôle externe de l'ovaire en faisant communiquer cavité tubaire avec celle du péritoine par un orifice extensible de 2 à 3 mm : L'ostium abdominal. Sa base ressemble à une corolle de fleurs d'œillets et apparaît festonné en une série de franges dont l'une, un peu plus longue, est insérée aux ligaments tubo-ovariques, c'est la frange ovarique.

- **Configuration Interne**

La muqueuse tubaire est tapissée de cellules ciliées à bordure en brosse, dont le rôle est très important dans la migration ovulaire. La fécondation se fait au niveau de l'ampoule tubaire (*Nazbanou. Hein et Israïl. N, 1997-2006, p.23*).

3.1.4 Ovaires

Au nombre de deux Comme les trompes ces glandes génitales féminine ont une double fonction: ovulatoire d'une part et endocrinienne d'autre part formation oblongues de la forme d'une amande, d'environ 4 cm de long, leur aspect est blanchâtre à la cœlioscopie, tranchant nettement avec la teinte rosée des formations anatomiques. Voisine leur surface est irrégulière et bosselée par de petites formations ovulaires en voie de développement, des formations post ovulatoire cicatricielles blanchâtres (corpus albécans) ou des formations jaunâtres d'ovulation récente. (Corps jaune). Les ovaires sont plaqués à la face postérieure du ligament large auquel ils sont amarrés par le mésovarium (*Nazbanou. Hein et Israïl. N, 1997-2006, pp.26-27*).

3.2 Les organes génitaux externes

Comprennent la vulve et le sein (*Nazbanou. Hein et Israïl. N, 1997-2006, p.23*).

- **La vulve**

La vulve recouvre l'espace superficiel du périnée, c'est l'élément principal des organes génitaux externes, parce qu'elle s'abouche au canal génital par l'intermédiaire du vagin et aux canaux urinaires par l'intermédiaire du méatutéral. Elle est formée d'une fente antéropostérieure et du vestibule, bordé de chaque côté par deux replis :

- L'un externe cutané-muqueuse: la grande lèvre.

- L'autre interne muqueuse: la petite lèvre les petites lèvres. S'unissent à leurs parties supérieures pour former le capuchon muqueux du clitoris (*Nazbanou. Hein et Israil. N, 1997-2006, p.29*).

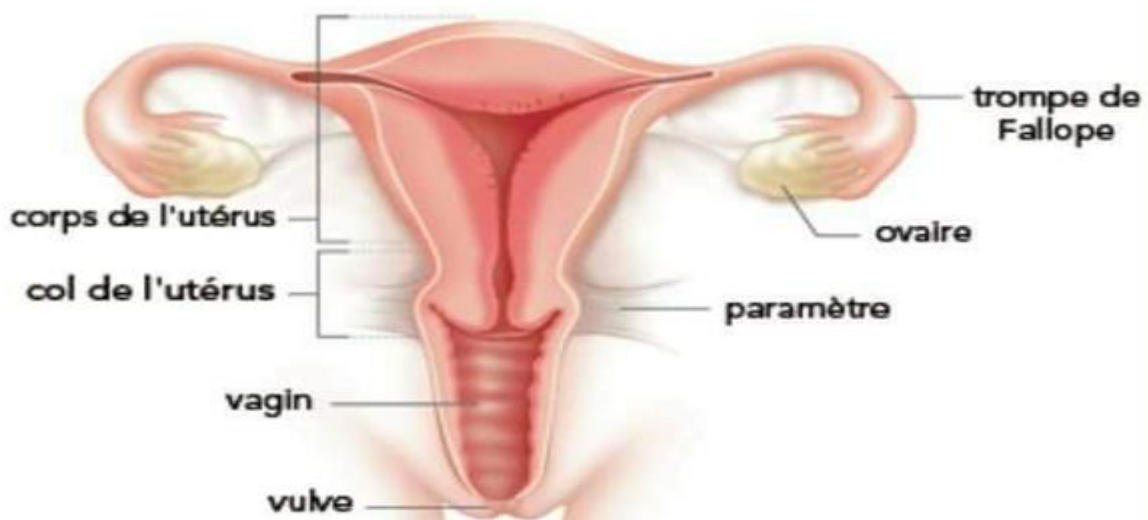


Figure N°1 : L'appareil reproducteur féminin (<https://www.google.dz>).

4. Les causes de stérilité féminine

Schématiquement, les principales causes d'infertilité affectent ovulation ou bien empêchent mécaniquement la fécondation ou l'implantation (*François, O et Laurence, B, 2008, p.91*).

4.1 Causes vaginales

1°- Le vagin peut être le siège de polypes assez volumineux pour obstruer complètement le col de l'utérus.

2°- Des brides accidentelles peuvent se former à la suite de couches ou d'ulcération, quelle qu'en soit la nature, et empêche l'intromission complète ou oblitérant l'office utérin.

3°- Le vaginisme, et une cause majeure de stérilité, et tant que celui-ci dure, la femme ne peut avoir aucun rapport avec son mari.

4°- La leucorrhée vaginal fortement acide et une cause chimique de la stérilité, quoi qu'en dise M. Félix Roubaud, que le sperme, pour féconder la femme, doit pénétrer par un jet dans l'orifice du col, toute semence déposée dans le vagin suffit parfaitement pour féconder la femme ; or, si le milieu vaginal est fortement acide, il détruit chimiquement les spermatozoïdes en les stupéfiant, par le dégagement d'acide carbonique qui se manifestera sous l'influence de l'alcalinité du classement séminaire (*Gérard, J, 1975, p.347*).

4.2 Causes utérines

Ici, les causes sont tellement nombreuses, que nous sommes obligés de recourir à des divisions pour apporter quelques clartés dans notre exposition.

- **Déviations utérines**

Abaissement, pense que l'utérus est fortement abaissé, la liqueur séminale a beaucoup d'aller se prendre dans un des culs de sac de vagin et de s'y détruire chimiquement si le milieu n'est pas favorable.

- **Surelèvement**

L'utérus peut-être retenu très haut dans le bassin par des brides ou par toute autre cause, et la verge peut parfaitement ne pas déplier suffisamment le vagin pour que le sperme vienne se mettre en contact avec le col utérin.

- **Antéversion**

Cette déviation est assez fréquente chez la femme pour que nous nous y arrêtions un peu. Il est certain qu'une antéversion légère peut n'être pas un obstacle à la

fécondation ; mais comme l'antéversion légère favorise déjà le passage du gland dans le cul-de-sac antérieur, la tendance à l'antéversion complète, sera de plus en plus grande à mesure que le gland dans ses mouvements, frappera de plus en plus sur la lèvre antérieure du col, si bien que lorsque le moment de l'éjaculation sera venu l'utérus sera complètement refoulé et ne présentera qu'une paroi sans ouverture à l'arrivée du sperme.

Antéflexion, rétroflexion et latéroflexion. Il ne suffit pas que le col soit en place il faut encore que le canal utérin soit perméable dans toute son étendue pour que le spermatozoïde puisse se porter à la rencontre de l'ovule, bien que nous ne sachions pas exactement sur quel point se rencontrent les deux éléments, maintenant éphémères, mais qui vont devenir vivaces par leur fusion; nous sommes cependant en mesure d'assurer que c'est tout au moins dans le milieu de la cavité utérine, si ce n'est dans la trompe ou sur l'ovaire même, pour que le spermatozoïde puisse se rendre dans la cavité utérine, il ne faut pas que le canal utérin soit plié en deux comme il l'est dans les flexions du corps sur le col ; qu'on se figure une sonde de gomme pliée à angle droit et l'on verra si un liquide injecté dans une pareille sonde ira jusqu'à son extrémité.

Telle est cependant l'image du canal cervical utérin, et, le coude se fait juste au point de jonction du canal cervical avec la cavité du corps, ce qui forme une barrière infranchissable pour le spermatozoïde dont les épaules, on le conçoit, ne sont pas encore assez fortes pour triompher d'un tel obstacle (*Gerard, J, 1975, pp.347-348*).

- **Vices du col et de son orifice**

Le col de l'utérus peut subir toutes les modifications que l'esprit peut concevoir ; ce n'est pas ici le lieu de décrire chacune de ses anomalies ; mais en ce qui concerne la stérilité, on peut du moins comprendre quelle source d'obstacles celui-ci peut mécanisme de la fécondation. Généralement, lorsqu'une lèvre s'hypertrophie isolément, celle-ci empiète sur l'autre et la couvre, dans ce cas, l'orifice est bouché, du moins, de bas en haut. Lorsque les deux lèvres s'hypertrophient ensemble, c'est toujours au dépend du calibre de l'orifice, qui vient de plus en plus s'en rétrécir et plus

petit, si quelque fois il paraît en trouvant le fond et plus large du côté de son ouverture vaginale, qu'on sache ce n'est que l'ectropion des lèvres, mais qu'au-dessus, l'orifice est bouché par l'accolement du canal, comme le prouve le cathétérisme. En outre, s'il est vrai qu'au moment de l'éjaculation, le col s'entrouvre pour recevoir le sperme par le mouvement qui lui est propre, nous pourrions dire que nous comprenons, à la rigueur, cette dilatation lorsque le col est dans son état physiologique, mais nous nous le comprenons plus lorsqu'il est altéré par l'obésité. Qu'on nous passe ce mot, qui rend bien notre pensée (*Gerard, J, 1975, p.349*).

- **Vices du corps de l'utérus**

Les fibromes et les polypes, dit-on, ne sont pas des obstacles sérieux opposés à la fécondation et cela, parce qu'on a quelques exemples de grossesse coïncidant avec ses productions morbides. On nous concédera tout au moins que se sont des obstacles, lorsque la base de ceux-ci repose sur l'orifice du canal cervical et l'obstrue (*Gerard, J, 1975, p.350*).

- **Troubles fonctionnels**

La leucorrhée utérine en tant que leucorrhée de la cavité, ne serait rien et n'empêcherait pas la fécondation, à moins qu'il n'y ait un degré d'acuité ou de purulence tel que la vitalité du germe soit compromise par le milieu dans lequel celui-ci est obligé de s'évoluer, mais, outre ces conditions de milieu, la leucorrhée est un obstacle mécanique insurmontable, pour le sperme, car c'est à peine, si à l'aide de nos pinces et des lavages, nous pouvons parfois désobstruer le canal cervical des glaires ou du bouchon muqueux qui est l'engluent, c'est donc ici, un obstacle d'un ordre purement physique, mais dont il faut tenir grand compte.

Nous ne parleront que pour mémoire de la métrite et des maladies inflammatoires affectant l'utérus, chacun sait combien ces milieux sont peut-être propices à l'évolution d'un germe physiologique ; mais combien en revanche, ils se prêtent au développement des germes pathologiques qui s'évaluent en raison directe de degré d'inflammation (*Gérard, J, 1975, p.35*).

- **Trouble fonctionnels**

La leucorrhée utérine, en tant que leucorrhée de la cavité, ne serait rien et n'empêcherait pas la fécondation, à moins qu'il n'y ait un degré d'acuité ou de purulence tel que la vitalité du germe soit compromise par le milieu dans le quel celui-ci est obligé de s'évoluer ; mais, outre ces condition de milieu ,la leucorrhée est un obstacle mécanique insurmontable, obstacle mécanique insurmontable, pour le sperme, car c'est à peine, si à l'aide de nos pinces et des lavages, nous pouvons parfois désobstruer le canal cervical des glaires ou du bouchon muqueuse qui l'engluent; c'est donc ici, un obstacle d'un ordre purement physique, mais dont il faut tenir grand compte.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la métrite et des maladies inflammatoire qui peuvent affecter l'utérus ; chacun sait combien ces milieux sont peut propices à l'évolution d'un germe physiologique. Mais combien en revanche, ils se prêtent au développement des germes pathologiques qui s'évoluent en raison directe du degré d'inflammation (*Gerard, J, 1975, p.35*).

- **Les troubles de l'évolution**

C'est la cause la plus fréquente de la stérilité chez la femme. Beaucoup de personnes pensent que ce sont les maladies sexuellement transmissibles qui sont en première ligne car elles altèrent les trompes. En fait, c'est l'évolution qui très souvent ne se fait pas où se fait mal. Comme nous l'avons vu, les ovaires sont sous le contrôle du cerveau par le bais de deux glandes essentielles, l'hypophyse qui secrète la FSH et la LH et l'hypothalamus qui secrète GNRH. Schématiquement, les troubles de l'ovulation son dus soit aux relations entre les ovaires et le cerveau (voir « comment ça marche: les hormones et le cycle »).

Les anomalies de l'ovulation sont dus aux pathologies qui en perturbant les différentes étapes: sélection d'une cohorte d'un follicule estimables, croissance de cette cohorte, sélection et dominance de follicule pré-ovulatoire, ovulation.

- Il peut s'agir d'un manque de follicule au niveau des ovaires. Parfois les follicules existent, parfois même en grand nombre, mais aucun ne se développe.

- Il peut s'agir de phénomène de l'ovulation qui ne se produit pas, la femme n'ovule pas du tout. Dans ce cas, elle n'a pas de règles: on parle d'aménorrhée, si jamais elle a lieu, il s'agit d'une anovulation.

- Dans d'autres cas, il peut y avoir des ovulations: l'ovulation se fait, mais elle est de mauvaise qualité ou irrégulière. Au cours de certains cycles, un follicule parvient parfois à l'ovulation. Les règles sont très espacées (tous les trois ou quatre mois): on parle de spanioménorrhée.

- Le phénomène peut-être un problème ovarien ou bien avoir comme origine l'hypophyse. Celle-ci peut ne pas (ou trop peu) sécréter d'hormones hypophysaires (FSH et LH) essentielles au déroulement du cycle. Des troubles peuvent porter sur la FSH en charge de stimuler les follicules ou la LH qui entraîne l'ovulation. On peut aussi trouver des désordres au niveau de l'hypothalamus qui secrète la GnRH. Ces anomalies de l'hypothalamus sont retrouvées chez les anorexiques, les toxicomanes, les grandes sportives, ou dans les suites de l'arrêt de pilule, il existe aussi de rares formes génétiques (*François, O, et Lawrence, B, 2008, p.91-92*).

- **Les anomalies des trompes**

Si les trompes sont abîmées ou bouchées, la fécondation ne peut se faire, soit parce que l'ovocyte ne peut pas être en contact avec les spermatozoïdes, soit parce que le passage de l'embryon vers l'utérus est empêché.

Les trompes sont tapissées de petits cils vibratoires qui aident les spermatozoïdes à remonter vers le bout de la trompe ou l'embryon à descendre vers l'utérus. Les principales causes d'atteinte tubaire (des trompes) sont des maladies sexuellement transmissibles et principalement la bactérie chlamydia. La muqueuse des trompes est très fragile et certaines infections sont sévères, on parle alors de salpingite. Les trompes peuvent-être par une infection de voisinage, comme une péritonite.

Les atteintes de trompes peuvent être aussi responsables aussi de grossesse extra utérine. Au cours de son trajet dans la trompe, l'embryon se bloque et s'implante sur

la muqueuse de tubaire. Le risque principal est la rupture de la trompe qui peut t'entraîner une hémorragie interne très importante.

La grossesse extra-utérine constitue une cause importante et mortalité de la femme jeune. Il faut parfois procéder à l'ablation de la trompe ou l'ouvrir pour retirer l'embryon anormalement implanté qui en grossissant peut faire éclater la trompe (*François, O, Laurence, B, 2008, pp.92-93*).

5. Aspect psychologique

Dans certains cas de stérilité, aucune cause n'est retrouvée et l'on pense à une cause psychologique. Il est certain que les aspects psychologique influent sur le cycle féminin, mais le sujet reste difficile. Il faut être dextrement prudent avant de qualifier une stérilité de psychologique.

Cependant l'idée que certain femmes ne seraient pas enceintes par se que inconsciemment elles ne veulent pas être enceintes et intéressante. Les mécanismes en jeu ne sont pas aisés à décrire, ils sont d'ailleurs très mal connus. Quelques exemples de cas troublants comme des chocs psychologiques importants sont souvent évoqués. Des grossesses peuvent être difficiles voire impossible à mener à terme après des mal formation. Il est admis dans ces cas que si le deuil n'a pas été fait la nouvelle grossesse restera difficile. Face a ces situations, il faut en premier lieu aider la femme par un suivi psychologique qui lui permettra de traverser cette épreuve difficile (*François, O et Laurence, B, 2008, p.97*).

Un couple qui n'arrive pas à avoir les enfants qu'il désire est un couple en détresse. Avant d'avoir recours à la fécondation in vitro, il a déjà derrière lui une longue histoire d'infertilité, depuis le moment de sa découverte (découverte progressive, au fur et a mesure des cycles inféconds) en passant par la phase du bilan diagnostic et celle des premières tentatives thérapeutique conclue par un échec. Le recours à une technique « artificielle » n'est pas un traumatisme en soi, si elle doit se conclure par un succès. Mais la ou les difficultés commencent, c'est lorsque, « après

tout cela » Il ‘a toujours rien : encore l’échec, et l’espoir qui soutient progressivement...

Le profil psychologique par fois particulier des couples stériles n’est pas la cause de la stérilité ni de l’échec du traitement. il est la résultante du vécu de la stérilité et de l’usure apportée par les espoirs déçu. La technique de la fécondation in-vitro est une technique dans la mesure où elle aussi se concluait par un échec, peut apporter un surcroît de difficultés psychologique. Elles sont d’autant plus importantes que la fécondation in vitro est une technique « lourde » aussi bien du point de vue de l’investissement « temps » qui est demandé au couple, que du caractère (*christian Blanger, 2010, p.49*).

5.1 Les troubles psychologiques de la femme stérile

les femmes stériles sont tristes souffrent des épisodes d’anxiété de stress émotionnel, et aussi douloureuse prescrite souvent à la demande symptomatique : la stérilité , sa propre histoire et ses souffrances pouvant intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

- **Le déni**

C’est la première étape de processus intervient souvent après une courte étape, nommée le choc de l’annonce ou la sidération de la personne ne réagit pas face à l’annonce et rejette l’information et mobilise une énergie considérable pour fuir sa souffrance et s’occupe pour ne pas penser.

- **L’angoisse**

Le présente le même genre de sentiment et sensation poussées à l’extrême : on a l’impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêché de respirer .le cerveau est en panique et ne dirige plus grand-chose.

- **La dépression**

La femme stérile déprime à des idées noires sur sa vie ; son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider au geste le plus simple (se lever, se

laver, s'habiller) des troubles de sommeil (l'insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive de jour comme de nuit), des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise de poids. Une caractéristique importante de la dépression est la perte de plaisir à réaliser ce qui auparavant apportait bien-être et satisfaction. La femme stérile déprimée n'a plus de goût à rien on ressent de la culpabilité. Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

- **La détresse**

La détresse est la conséquence de la stérilité pourtant que cette douleur préexiste souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance, chaque femme qui souffre d'un problème de la stérilité, sa propre histoire et ses souffrances interviennent à tout moment dans le processus de cette difficulté (*Monique Bydlowski, 2003, p.98*).

5.2 Le soutien psychologique de la femme stérile

La stérilité pose des problèmes physiques et psychologiques spécifiques, mais des conseils généraux peuvent aider à faire face à tous les stades et à soulager le fardeau psychologique pour les partenaires :

- doivent être traversés ces moments difficiles ensemble.
- Les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le psychologue.
- devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscients que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux.
- devraient lire le plus possible sur la stérilité et en parler avec des personnes ayant connus des problèmes similaires, devraient lire le plus possible sur la stérilité et en parler avec des personnes ayant connus des problèmes similaires.
- devraient rechercher un soutien au couple auprès des amis, de membres de leurs familles. Le couple tiendra mieux le coup s'il parvient à faire passer l'amour du conjoint avant son désir d'enfant. La parole et le dialogue restent les meilleures armes pour affronter ensemble la situation

Enfin, le partage par le biais des groupes de paroles ou forums d'associations, apporte un soutien précieux, dans les couples auraient tort de se priver quelque entretiens avec un « psychologue » pour faire le point peuvent évidemment s'avérer très utiles. Mais c'est rarement le moment d'entreprendre une longue démarche de thérapie (*Monique Bydlowski, 1997, p.99*).

6. Le diagnostic de la stérilité

6.1 Interrogatoire chez la femme

Il doit être complet et méthodique. L'ancien de la stérilité est un paramètre c'est important à relever. Il faut chercher :

- Une notion éventuelle d'exposition au diéthylboestrol in utero (risque de DES syndrome).

- Les antécédents gynéco-obstétricaux. Ils sont détaillés: Age des premières spontanées, longueur du cycle, syndrome prémenstruel, durée des règles, mode de contraception utilisé antérieurement, grossesse antérieure et leur issue (IVG, fausse couche spontanée, GEU, accouchement), notion d'infection basse ou haute (salpingite).

- Les examens déjà pratiqués, leurs résultats, les explorations chirurgicales avec si possible le compte rendu opératoire ; les traitements déjà prescrits, leur tolérance et les résultats ; dès la première consultation il convient de se préoccuper du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole pour envisager, en cas d'absence d'anticorps protecteurs, une vaccination (avec les précaution d'usage) (*Christian,blangez, 2010, pp.36-37*).

6.2 Examen clinique chez la femme

Il faut réaliser un examen gynécologique classique dans de bonnes conditions (vessie vide) avec quelques précisions :

- Examen général (thyroïde, cœur, etc ...).
- Étude du morphotype (rapport poids taille, pilosité à la recherche d'une hypertrichose ou d'un hirsutisme ou à l'opposé d'une dépilation, caractères sexuels secondaire).

- Examen des seins et air ganglionnaire de drainage (module galactorrhée provoquer uni ou bilatéral, uni ou pluricanalaire).
- Inspection du périnée, à la recherche d'une malformation.
- Examen au spéculum pour apprécier le vagin le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles (+/- FCV).
- Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus, masse latéro-utérine) (*Christian,blangez, 2010, p.37*).

6.3 Pour apprécier la version féminine

- **Courbe ménothermique**

La courbe ménothermique doit être réalisé sur au moins deux cycle.

Pour être interprétable, la température basale doit être prise dans des conditions précises : toujours avec le même thermomètre, toujours, par la même voie (auriculaire, rectal, buccal, axillaire, etc...), le matin au réveil, avant de mettre le pied par terre.

Il convient de disposer de feuille adapté avec une échelle bien lisible au dixième de degré, entre 36°C et 37°C, il faut noter sur la feuille la date et le jour du cycle, déprise thérapeutique les phénomènes pathologiques intercurrents qui peuvent modifier la température (phénomène inflammatoire, nuit agitée...).

Normalement pendant les jours qui suivent les règles, la température basale se maintient aux environs de 36,5°C. Puis de façon brutale la température monte : c'est le décalage Poste ovulatoire. L'ovulation est repérée comme étant le point le plus bas avant l'Ascension de la courbe suit un plateau thermique de 12 à 14 jours lié à la sécrétion de progestérone. Puis la température retombe la veille ou le dernier jour des règles (fig 2).

En cas de dysovulation, la montée thermique se fait sur plusieurs jours et le plateau thermique est instable, inférieur à 10 jours. Une anovulation se remarque par une absence de décalage thermique.

- **Les 3 critères de normalité sont**
 - Une courbe B phasique.
 - Un décalage thermique en moins de 48 heures.
 - Un plateau thermique supérieur à 10 jours.

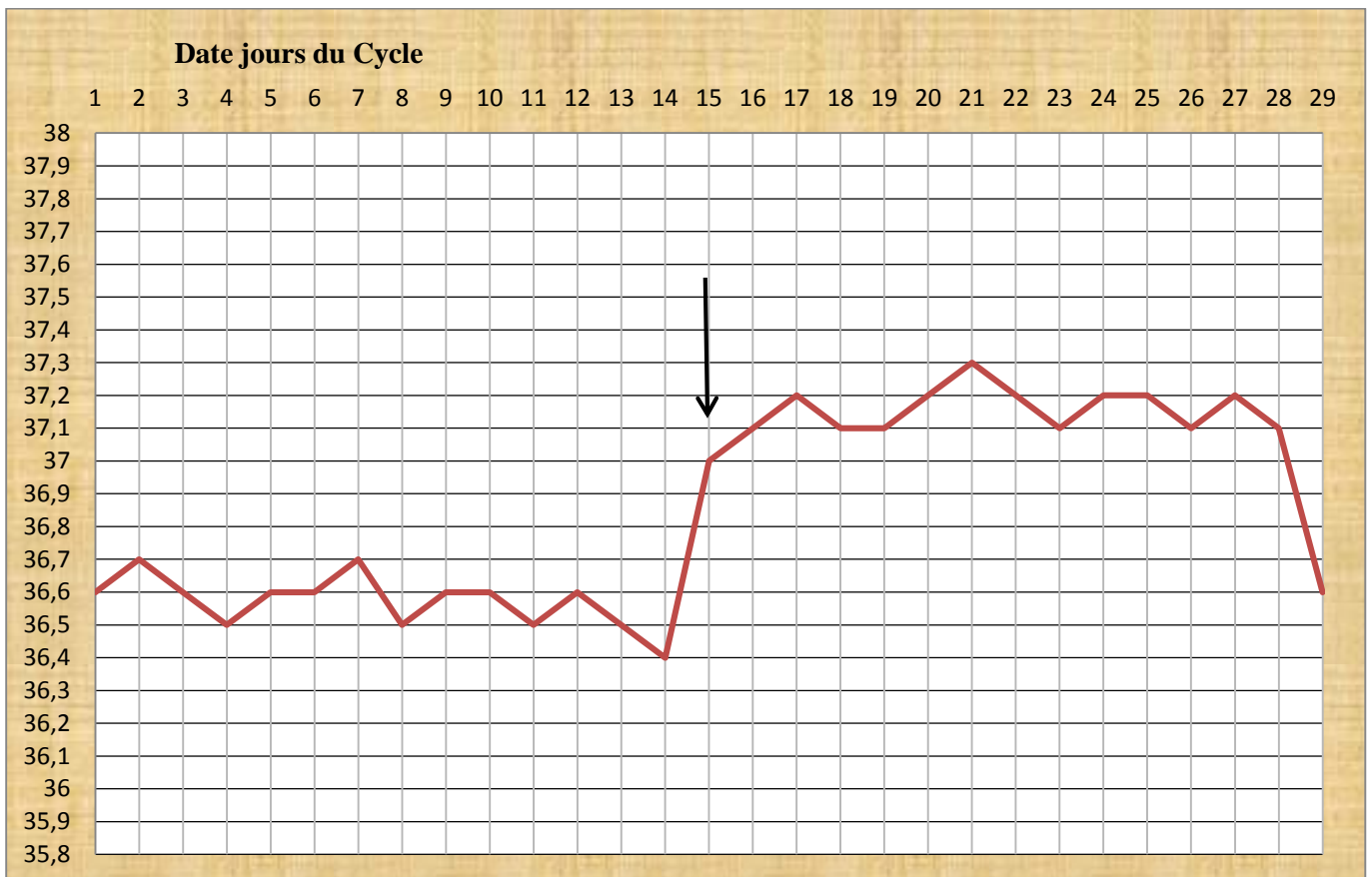


Figure n° 2 : Courbe ménothermique normale (O : Ovulation ;<https://www.google.dz>)

L'établissement de cette courbe représente 3 intérêts : caractériser les troubles du cycle, fixer certaines explorations dans le cycle et suivre les effets de certains explorations dans le suivre les effets de certains traitements médicaux. (*Christian, blangez, 2010, pp.38-39*).

- **Test d'huhner**

Ce test, aussi appeler test post-coïtal, apprécier le comportement des spermatozoïdes dans les sécrétions génitales féminines.

Il est effectué en phase immédiatement pré-ovulatoire, lorsque la glaire et la meilleure possible, après 2 à 3 jours d'abstinence et 8 A 12 heures après le rapport sexuel.

Il faut préciser à la patiente qu'elle ne doit faire aucune toilettes vaginal après le rapport, après mise en place du spéculum, la glaire est prélevée dans l'end-col les caractéristiques de la glaire et l'aspect du col sont appréciés, permettant l'établissement du score d'insuline. Il doit être noté avec précision et être supérieur à 10 sur 12 : si la glaire est insuffisante ou de mauvaise qualité, on peut tenter une amélioration par l'apport exogène d'œstrogènes pendant 8 jours en début de cycle.

Le nombre et la motilité des spermatozoïdes sont appréciées sur plusieurs champs à l'aide d'un microscope de Phase (*Christian, blangez, 2010, p.41*).

- **Hystérosalpingographie**

L'hystérosalpingographie est indispensable dans le bilan de stérilité elle se réalise en première partie de cycle, après les règles et en dehors de tout contexte affectueux. Il convient de vérifier l'absence d'allergie à l'iode sinon une préparation spécifique est nécessaire.

Dans cette population à haute risque infectieux, de nombreux médecins Réalisent cet acte sous couverture antibiotique de principes pour éviter l'apparition d'une salpingite au décours de la radiographie.

- La cavité utérine: mal formation, pathologie acquise (synéchie, polype, fibrome, etc...).

- La perméabilité tubaire : c'est-à-dire le constat d'un brassage péritonéal (visualisation du produit de contraste dans la cavité péritonéal) et non la seule visualisation des trompes. (*Christian, blangez, 2010, pp.39-40*).

- **Cœlioscopie**

La coloscopie est recommander en cas de pathologie tubo-pelvienne suspectée (antécédent d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne, clinique évocatrice d'endométriose, séropositivité pour chlamydia et/ ou de présence d'hydrosalpinx. Son objectif est double : diagnostiquer

et éventuellement, selon la stratégie de prise en charge, corriger les anomalies anatomiques (accord professionnel) (*F, Puech, 2010, p.689*).

- **Hystérocopie**

L'hystérocopie est recommandée en cas de suspicion d'anomalie endo-cavitaire. Elle permet de vérifier l'intégrité de la cavité utérine avant AMP (*F, Puech, 2010, p.689*).

- **Circonstances du diagnostic**

A l'issue de ce premier bilan, l'ensemble des examens est satisfaisant et une orientation thérapeutique est proposée, si une anomalie est détectée, elle peut générer des examens de deuxième intention: échographie pelvienne, coelioscopie, biopsie d'endomètre, bilan hormonal dynamique chez la femme, et examens spermiologiques (marqueurs séminaux, anticorps-anti-spermatozoïdes, étude de la réaction acrosomique, etc...) (*Christian, blangez, 2010, p.41*).

7. Le traitement de la stérilité

7.1 La thérapeutique

Les choix thérapeutiques doit toujours être replacés dans le contexte général du couple concerné. De nombreux paramètres individuels doivent être pris en compte. Ils permettent d'élaborer une stratégie individualisée de prise en charge (*F, Peuch, 2010, p.693*).

- **Induction de l'ovulation**

- **Citrate de clomifène**

Il est recommandé de ne pas utiliser le citrate de clomifène chez les patientes normo-ovulantes.

Le citrate de clomifène et le traitement de première intention dans les anovulations avec test à la progestérone positive.

Le groupe de travail recommande :

- De contrôler la réponse ovulatoire au moins lourd de premier cycle (accord professionnel).

- De ne pas dépasser six cycles pour des raisons d'efficacité.

- **La pompe à lhrh**

Il est recommandé de l'utiliser en première intention dans l'anovulation d'origine hypothalamique.

- **Gonadotrophines**

Le groupe de travail se réfère aux recommandations émises par AFSSAPS.

Les gonadotrophines sont indiquées pour l'induction de l'ovulation hors indications de la Pompe a GnRH et en de l'échec du citrate de clomifène.

Il est recommandé d'évaluer avant toute prescription de gonadotrophines les facteurs de risques ovarienne excessive et de maladie thrombo-embolique (antécédents personnels et familiaux).

Il est recommandé de réaliser une surveillance échographique rapprochée pendant les séquelles traitées.

- **LH**

Il n'y a pas de données sur l'intérêt de son utilisation en induction de l'ovulation.

- **Metformine**

Il est recommandé de ne pas utiliser seule, son efficacité étant insuffisante. Aucune recommandation ne peut à l'heure actuelle être formulée concernant son usage en association avec d'autres inducteurs de l'ovulation.

- **Antiaromatases**

Il n'y a pas de supériorité des antiaromatases par rapport au citrate de clomifène. Leur usage en induction l'ovulation n'est pas recommandée.

- **HCG**

Son usage n'est pas le commander pour le soutien lutéal.

- **Progestérone en phase lutéale**

Il est recommandé de faire un soutien de lutéal par progestérone après induction de l'ovulation par gonadotrophine.

- **Cas particuliers**
 - **Ovaires poly-kystiques**

Le groupe de travail recommande la mise en place de règles hygiéno-diététiques avant la prescription un inducteur de l'ovulation. Le citrate de clomifène est hautement intention.

En cas d'échec et de passage aux gonadotrophines, la pratique du protocole « step-up chromic low dose » est recommandée.

- **Insuffisance ovarienne**

Le groupe de travail ne recommande pas gonadotrophines ou des agoniste chez les patientes avec insuffisance ovarienne (*F, Puech, 2010, pp.694-695*).

7.2 Chirurgie de la reproduction

- **Chirurgie de l'ovulation**

Dans les anovulations par syndrome des ovaires poly-kystiques, le drilling on va rien coelioscopique n'est pas recommandée en première intention, même en cas de coloscopie initiale, et ceci, notamment, en raison risque adhérentiel.

Il peut être proposé en seconde intention, après échec du citrate de clomifène, comme alternative aux inductions de deuxième degré par gonadotrophines dans les situations suivantes :

- Risque élevé hypertension ou contre-indication à la grossesse multiple.
- Présence d'une autre indication pour pratiquer une coeloscopie.

Le drilling par Fertiloscopie n'a pas fait l'objet d'une évaluation suffisante pour être recommandé (accord professionnel) (*F, Puech, 2010, p.695*).

- **l'adhésiolyse**

Il est recommandé d'utiliser un score adhérentiel qui permet d'établir un pronostic de fertilité spontanée et d'orienter ainsi le geste opératoire.

L'adhésiolyse coelioscopique est recommandée en cas d'adhérences tubo-ovarienne minimales ou légère dans leur extension et/ou leur nature car elle entraîne du risque de GEU ni du risque de complications opératoires.

Dans les cas d'atteinte adhérentielles sévères, la prise en charge en AMP d'emblée est recommandée en raison des risques opératoires, de la fréquence des récidives et de bénéfice de l'adhésiolyse coelioscopique.

La réalisation d'une coeloscopie de contrôle après adhésiolyse n'est pas recommandée (*F, Puech, 2010, p.696*).

- **Chirurgie de la trompe distale**

En cas d'obstruction tubaire distale, il est recommandé de pratiquer une coelioscopie.

L'utilisation de scores tubaires, incluant notamment une évaluation de la muqueuse tubaire, est recommandée pour définir la stratégie plus adaptée pour la patiente, cette stratégie doit aussi s'intégrer dans le bilan global de fertilité du couple.

Dans le cas de bon pronostic et si les autres paramètres de fertilité couple le permettent, il est recommandé de réaliser une fimbrioplastie ou une néosalpingostomie Coelioscopique, bien qu'il n'existe pas de données comparatives comparant la chirurgie tubaire distale à la FIV d'emblée (accord professionnel). La voie d'abord coelioscopique est recommandée de préférence à la laparotomie avec microchirurgie.

Dans le cas de mauvais pronostic, il n'est pas recommandé de pratiquer une chirurgie réparatrice tubaire. Salpingectomie et d'autant plus important que l'hydrosalpinx est visible à l'échographie.

- Une occlusion tubaire proximale coelioscopique est une alternative à salpingectomie lorsque la salpingectomie est techniquement difficile à réaliser.

- Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander une occlusion tubaire par voie hystéroscopique.

Ces stratégies par réparatrice ou radical doivent être présentées aux patientes avant l'intervention d'indication de La salpingectomie leur accord doit être obtenu (accord professionnel) (*F, Puech, 2010, pp.696- 697*).

- **Chirurgie de la trompe proximale**

En cas d'absence de perméabilité tubaire proximale et en dehors d'un contexte infectieux pelvien, un cathétérisme sélectif sous contrôle radiologique ou par hystéoscopie est recommandé (accord professionnel), sauf si une AMP doit être pratiquée pour une autre indication.

En cas de pathologie tubaire proximale obstructive avec un échec de cathétérisme, le choix est possible entre microchirurgie tubaire et proximale AMP. La technique chirurgicale coelioscopie qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité une preuve, de ce fait, être commandées.

Le recours à l'AMP d'emblée est recommandé en cas d'atteinte tubaire multifocal ou étendue (*F, Puech, 2010, p.697*).

- **Cloisons utérines**

En cas de malformation utérine, La métro-plastie hystéoscopique est recommandée chez les femmes qui ont des avortements spontanés à répétition. En cas d'indication de métro-plastie, l'approche hystéoscopique est commandée de préférence à laparotomie. Le rapport bénéfice/ risque de la métroplastie hystéoscopique est recommandée chez les femmes infertiles, sans antécédent de fausses couches spontanées doit être discuté au cas par cas (accord professionnel) (*F, Puech, 2010, p.697*).

- **Moyenes et polypes sous muqueux**

La résection hystéoscopique des moyenes et polypes sous-muqueux recommandée si les critères détaillés < 4 cm et de développement majoritairement intracavitaire sont respectés.

- **Endométriose**

Lorsque le bilan d'infertilité conduit à suspecter une endométriose, d'une coelioscopie est recommandée sauf en cas d'infécondité musculaire qui justifie le recours à la FIV.

- Endométriose minime et modérée: traitement coelioscopique est recommandé dans les formes légères à moyennes.

La destruction par courant bipolaire ou par vaporisation laser et exérèse des lésions on la même efficacité pour traiter les lésions superficielles.

Endométriose sévère: en cas de lésion et sévère profonde, le traitement coelioscopique améliore la fertilité mais exposé a des complications. Il est recommandé d'adapter la stratégie au rapport bénéfice/ risque individuel de la patiente. En cas de chirurgie, la patiente doit être informé du risque de complications, notamment digestive, pouvons aggraver le pronostic de l'infertilité. L'utilisation de barrières anti-adhérence pelviennes.

Le traitement médical prolonger par analogue de la GnRH est recommandé avant recours à l'AMP en cas d'endométriose invalidante.

Endométriomes: il est recommandé de réaliser le traitement chirurgical dès endométriomes ovariennes par coelioscopie avant AMP le traitement chirurgical dès endométriomes n'est pas recommandé, sauf en cas de symptomatologie invalidante associée, de kyste supérieur à 6 cm, ou en cas de doute diagnostique concernant la nature histologique de la lésion (*F, Puech, 2010, pp.697-698*).

7.3 Place de l'AMP

- **IIU**

Il est recommandé d'associer une stimulation de l'ovulation à la pratique de l'IIU avec sperme du conjoint.

Il est recommandé de n'avoir recours à l'IIU que si les paramètres spermatiques sont au moins d'un million de spermatozoïdes mobile après migration de 5 million de spermatozoïde mobile l'éjaculation.

Il est recommander d'inclure l'IIU dans la stratégie de prise en charge des couples ayant une infécondité inexplicé, si le teste en particulier test post-coïtal est négatif. Le choix d'y avoir recours ou non dépend des autres paramètres individuels du couple (âge, durée d'infécondité).

En cas d'infécondité par anomalie de l'ovulation, il n'est pas recommandé d'associer systématiquement une IIU au traitement inducteur. Dans cette situation le recours à l'IIU n'est recommandé que s'il y a une anomalie spermatique associée ou si l'infécondité persiste de façon inexplicable après correction de l'anomalie de l'ovulation par le traitement inducteur (accord professionnel).

Il est recommandé de pratiquer une stimulation de l'ovulation associée aux IIU en cas d'insémination avec sperme de donneur.

Il est recommandé de cesser les IIU:

- Si le taux de succès attendu est considéré comme insuffisant.
- Après 4 à 6 essais infructueux.
- Si le risque de grossesse multiple est trop élevé (accord professionnel).

- **FIV**

Les pathologies tubaires définitives sans recours possible à la chirurgie réparatrice, l'endométriose sévère, l'infertilité inexplicée, l'infertilité avec dégradation des caractéristiques spermiologiques sans possibilité de recours aux inséminations doivent faire recommander la FIV.

Il n'est pas recommandé d'avoir recours à la FIV en cas d'infécondité en rapport avec une adénomyose ou une anomalie de l'ovulation, en dehors de circonstances particulières.

- **ICSI**

Il n'est pas recommandé de pratiquer une ICSI en dehors des cas où il a une anomalie avérée sévère du sperme (*F, Puech, 2010, pp.698-699*).

7.4 Préservation de la fertilité

Malgré l'absence d'études de cohortes suffisamment nombreuses et à long terme, les patient(e)s atteint(e) de cancer doivent être informé(e)s des possibilités pour préserver leur fertilité et la reproduction avant tout traitement potentiellement stérilisant (accord professionnel).

La charge est spécialisée et multidisciplinaire (oncologue, onco-pédiatre, chirurgien, médecin et spécialiste d'AMP, psychologue).

Il est recommandé d'adresser chaque patient(e) à un centre référent qui évaluera au mieux les différentes possibilités de préservation de la fertilité masculine et féminine (accord professionnel).

Les deux seules techniques actuellement validées pour préserver la fertilité sont la cryoconservation de sperme chez l'homme et cryoconservation d'embryons au sein de couple.

L'autoconservation de sperme est recommandée à tous les hommes en âge de procréer (Même les adolescents) avant tout traitement anticancéreux potentiellement stérilisant.

La FIV avec congélation embryonnaire est recommandée de la part de la patiente, l'existence d'un projet parental, l'avis multidisciplinaire pour cette prise en charge supplémentaire (accord professionnel).

Compte tenu de la grossesse rapportée à l'heure actuelle suite à une cyopréservation ovarienne, cette technique peut-être proposée aux candidates mais ses modalités d'utilisation restent actuellement au stade de la recherche.

En l'absence de projet parental ou de couple, la congélation des ovocytes est possible (*F, Peuc, 2010, pp.699-700*).

Conclusion

La stérilité engendre plusieurs conséquences dans la vie d'un couple. Sans le monde, un couple sur sept est touché par la stérilité et selon l'INSEE, les couples stériles divorcent plus que les couples avec enfants.

Dans certains cas à cause du mépris et des critiques de l'entourage, on note des cas de tristesse et de troubles mentaux.

Il existe des traitements hormonaux ou chirurgicaux même guérir des cas de stérilité ou le couple peut avoir recours à la procréation artificielle.

*Chapitre 02 : Les
Stratégies de
Coping*

Préambule

Tout au long de sa vie, l'individu fait face à de multiples problèmes. Ces problèmes peuvent être des tracasseries quotidiennes, des crises majeures, s'accompagnant de détresses émotionnelles, de perturbation du comportement. L'individu mettra alors en place des stratégies de coping, le début étant pour lui de dépasser le conflit, de s'adapter à sa nouvelle situation ou de se défendre contre toute emprise ou tout assujettissement.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord l'histoire du coping, sa définition, ses déterminants et ses dimensions et ses différents modèles, puis en passe à sa phase d'évaluation et sa source et l'efficacité de ses stratégies et ses différents mécanismes d'action et son influence sur la santé. Ensuite on présentera la relation entre la santé et le coping et les stratégies de coping utilisées face à la stérilité féminine. Enfin, on terminera par une conclusion de ce chapitre.

1. L'aperçu historique de coping

Historiquement la notion de coping est liée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle de l'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle et commune à la biologie, à l'étiologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier).

Le concept de défense date à la fin du XIX^e siècle. Il est associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique. Breuer et Freud observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables, puis le concept de défense évoluera et celui de « répression », pour Freud de 1926 est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte

du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanisme de défense essentiels.

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie, donc cette notion est bien évoluée depuis les années 60, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » terme qui fut répertorié pour la première fois en 1967 dans les mots clé de **psychological Abstracts**. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacré aux coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense, quelques tentatives de clarification furent publiées selon Haan en 1977. En effet, les différences entre les mécanismes de défense et stratégie de coping présenté de la façon suivante : un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens.

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement, elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Les stratégies de coping se peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents) (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 353-355*).

2. Définition de coping

De nombreuses définitions du coping sont recensées dans la littérature. Pour Coyne et all (1981), il s'agit d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les conflits environnementaux et internes qui affectent un individu et dépassent ses ressources.

➤ Définition étymologique

Coping vient du verbe anglais « to cope » qui veut dire « faire face » en français on emploie aussi le terme stratégie d'ajustement.

Le terme coping est laissé tel qu'il est parce que le terme stratégie de faire face est lourd à employer.

Le grand dictionnaire de la psychologie définit le coping comme « la succession d'évènements conduisant un objet ou un organisme à changer de forme ou d'état selon une évolution ou diverses étapes peuvent être généralement repérées » (*Quintard.R et al, 2001, P.122*).

La zarus et Folkmane définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployer) pour gérer des exigences spécifique internes et/ou externes qui sont évoluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (*Lazarus et Folkmane, 1984, p.14*).

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (spécifique et constamment changeant) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (fonctionnels ou non). Ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres (*MaylourBruchon-Schweitzer, 2002, p.356*).

3. Les déterminants de coping

Pour certains les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) pour d'autre, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité, etc.).

➤ Les déterminants dispositionnels de coping

Selon divers auteurs, dont Costa et al (1966). Les stratégies de coping ne sont pas spécifique stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu,

chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autre face à la variété des situations. Aversives de la vie. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, les évolue (*B-Sch.Marlou, 2001, p.72*).

➤ Les déterminants cognitifs

Parmi Les déterminants cognitifs de l'évolution, il y'a les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc.) et ses motivations générales (valeurs, bêt, intérêt, etc.) un autre déterminant cognitif de l'évolution et du coping est le lieu de (interne/externe). Les personnes croyants que ce que leurs comportements (internalisé) plutôt que par des causes externes, comme la chance. Le hasard, ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leur ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer d'avantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe (*v. Heck, 1997, p.69*).

➤ Les déterminants conatifs

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins une partie, les évaluations (primaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto efficacité perçue) et stratégies de coping centrées sur l'émotion à contraire les résiliences le sens de la cohérence, le fait d'être agréable et le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables et à d'avantages de stratégies de coping centré sur le problème (*M.Bruchon- Scheitzer, 2001, pp.72-73*).

3.1 Les déterminants situationnels de coping

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évolution et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent au foie des caractéristiques des individus se

de celle des situations rencontrées. Ainsi l'évolution pourra être influencé par divers caractéristiques, réelle et perçus, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin.

3.2 Les déterminants transactionnels de coping

Dans les études distinctes, Mc crame (1984) a montré en effet que c'est « l'évolution primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». Un événement vécu comme une perte induit plutôt une stratégie émotionnelle comme le fatalisme.

Donc les facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évolution (primaire et secondaire) et à l'élaboration des stratégies de coping. On fonction des effets plus ou moins fonctionnels du coping, il pourra y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations (*M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p.362*).

4. Les dimensions de coping

Les stratégies de coping utilisées par les individus pour faire face aux agents stressants sont très variées, Lazaru et ses collaborateurs ont distingués ces stratégies en fonction de l'objet vers lesquelles elles sont orientées en deux types (*Dinca.A, 2008, p.40*).

4.1 Le coping centré sur le problème

« C'est une stratégie qui vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face ». Pour résoudre le problème auquel l'individu est confronté par exemple : « négocier un délai pour payer ses factures, consulter un médecin, construire de plannings,...etc. ». Lazarus et Folkman on appliqués l'échelle de WWC (Ways of Coping Checklist) à 100 adultes par laquelle ils ont obtenus que le coping centré sur le problème comprend deux dimension spécifique :

La résolution de problème (recherche d'information, élaboration de plan d'actions, et l'affrontement de la situation (efforts et actions directes pour modifier le problème) (*Bruchon-schweitzen, 2002, p.357*).

4.2 Le coping centré sur l'émotion

Regroupe les stratégies utilisées par l'individu à fin de réguler les tensions émotionnelles associées à l'événement stressant (*Chatrol.H et Callahan.S, 2004, p.110*). La gestion des émotions peut se faire de divers façon (émotionnennelle, physiologique, cognitive, comportementale). En appliquant l'échelle de WWC sur 100 adultes Lazarus et Folkman avaient obtenu six petites dimensions en rattachant au coping centrée sur l'émotion :

- **La minimisation de la menace** : le sujet se comporte comme si le problème n'existe pas.
- **La réévaluation positive** : le sujet essaye de donner un aspect positif à la situation stressante.
- **L'auto-accusation** : le sujet s'accuse lui-même car il se croit que c'est lui la cause de problème.
- **L'évitement-fuite** : évité d'affronter la situation aversive.
- **La recherche de soutien émotionnel** : avec la demande de conseil des autres et de leur compréhension.

Certaine auteurs ont préconisé l'existence d'une troisième dimension de coping qui est l'évitement, et pour certains d'autre c'est la recherche de soutien social, qui « correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui » (*Bruchon-Schweitzer.M, 2002, p.359*).

4.3 Le coping centré sur la recherche de soutien social

Ce sont les Neuroendocrine potentielles que l'entourage peut apporter et qui dépendent du climat et de la qualité des relations interpersonnelles dans l'entreprise et à l'extérieur.

Le coping centré sur l'émotion. Cherche à diminuer directement la tension émotionnelle sans rechercher une solution au problème alors que le coping centré sur le problème veut modifier la situation en agissant indirectement sur l'émotion.

- Le contrôle de la situation stressante peut consister à mettre en place une procédure de résolution de problème destinée à neutraliser le stress, le diminuer ou l'interrompre. Par exemple, si un collègue utilise votre ordinateur en votre absence, installez un mot de passe s'il n'y en a pas ou changez-le. Si votre imprimante est régulièrement délestée de papier d'impression, car des collègues vous empruntent du papier sans le remplacer, mettez vos ramettes dans un tiroir fermé clé, en période de canicule, vous installez un ventilateur dans votre bureau sans attendre, en gémissant. L'achat d'appareils par votre administration qui exige des demandes en triples exemplaires et six mois pour que chaque responsable hiérarchique applique sa signature, etc. La stratégie centrée sur le problème consiste à solutionner les difficultés et appliquer le slogan : « agir plutôt que subir, souffrir, attendre, dépendre, etc. ».

- Le contrôle de la réaction de stress peut consister à agir :

- Sur ses réactions physiologiques et émotionnelles : respirer, se détendre, aller marcher.

- Sur ses réactions cognitives : relativiser, penser à d'autre chose.

- Sur ses réactions comportementales : ne pas s'énerver.

Certains auteurs différencient le coping évitant et le coping vigilant. Les stratégies d'évitement permettant de diminuer la tension émotionnelles. Les plus utilisées consistent en activités de substitution (activités sportives, relaxation, etc.), ou en comportement dont on pense qu'ils feront disparaître le stress (boire, fumer, prendre des médicaments). La vigilance consiste à focaliser l'attention sur le problème pour mieux le prévenir ou le contrôler (*Ilisabeth.Grebot, 2008, p.184*).

5. Les différents modèles de coping

5.1 Le modèle animal de l'adaptation

Est issue des théories évolutionnistes, en particulier celles de Darwin, il est applicable à tous les organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement.

5.2 Le modèle animal de la psychologie de moi

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'anxiété face à des pensées et des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la réduction du problème, pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stressant et réponse (Rachman et Arthur, 1978). Pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping.

5.3 Le modèle transactionnel

Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique et répétitive consciente et spécifique et non inconsciente, général et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou douloureuse.

Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent. Faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des touches de rétroaction entre les différentes étapes (*Pupat.A, 2006, pp.28-29*).

6. La phase d'évaluation de coping

L'évaluation est la façon dont la personne perçoit la situation, en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire.

C'est donc un contexte subjectif qui est au centre de ce modèle et non le contexte tel qu'il est. Selon cette approche, un individu donné, compte tenu de ce qu'il affronte (contraintes de la situation) et de ce qu'il est (ressources, expériences antérieures), plutôt que de subir passivement les événements, va les évaluer (nature, gravité, durée, etc.) et évaluer ses ressources (personnelles et sociales). Lui permettant d'y faire face. Les processus transactionnels les plus étudiés au cours de cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu et le soutien perçu.

➤ L'évaluation primaire (ou stress perçu)

On parle d'évaluation primaire ou de stress perçu pour désigner la façon dont l'individu identifie une situation (nature, signification, etc.) et évalue ses différentes caractéristiques (gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée, etc.) face à la survenue d'un événement soudain, une douleur par exemple : un individu va se demander quelle est sa cause, sa gravité, sa durée et ses conséquences sur sa vie quotidienne. Une même situation peut être perçue par certaines personnes comme une menace, et par d'autres comme un défi, une perte ou un bénéfice. Perdre son emploi, par exemple, pourra être considéré par certains comme un événement menaçant leur sécurité ou leur statut social, par d'autres comme une perte financière ou matérielle, par d'autres encore comme une occasion de faire enfin ce qui leur plait.

-Le stress perçu ne doit pas être confondu avec les caractéristiques stressantes de l'environnement (événement de vie, tracas quotidienne, etc.) que l'on dénomme des stressors. Il ne se réduit ni à un aspect de la situation affrontée, ni à une caractéristique de la personne concernée : c'est une transaction particulière entre individu et environnement. De cette phase découleront des efforts d'ajustement, qui auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire.

➤ **L'évaluation secondaire**

Après avoir appréhendé la situation, l'individu va évaluer ses ressources personnelles et sociales pour y faire face (que puis-je faire dans cette situation, qui peut m'aider ?). On appelle contrôle perçu l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser la situation. Cette évaluation dépend de la phase précédente. Il est relativement spécifique (il dépend de chaque situation particulière). Et transitoire, ce qui le distingue du lieu de contrôle (croyance durable et généralisée en notre maîtrise des événements). C'est donc bien un processus transactionnel.

-**Le soutien social** : perçu et le fait de croire qu'autrui peut nous aider en cas de besoin. Il faut prendre plusieurs formes. Il ne se confond pas avec les ressources sociales effectives dont dispose l'individu et que l'on dénomme réseau social. Un individu peut être objectivement très entouré et ressentir pour tant le soutien qu'il reçoit comme insuffisant ou inadéquat.

Pour Lazarus et Launier (1978), le coping désigne l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation afin de réduire son impact. Confronté à un stress, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, par exemple : qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies tendant à modifier la situation (centrées sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centrées sur l'émotion).

Ces auteurs considèrent que les stratégies de coping sont en grande partie déterminées par les caractéristiques du contexte. Elles sont flexibles, diversifiées et peuvent se modifier dans le temps. Pour le lecteur souhaitant une description très complète de l'approche transactionnelle (*Marilou Brouchon-Schweitzer, 2002, pp. 288-289*).

7. Les sources de coping

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping. Les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problèmes, et ayant peu de ressources de coping.

Les recherches qu'été faite tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qu'est moins efficace. Elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support social ou des stratégies d'évitement.

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation. Le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion, ou spiritualité. Des exemples d'activités de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher force et réconfort en dieu fac à un événement particulier.

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante. Une activité physique vigoureuse réduit l'anxiétéet amélioré l'humeur. L'impact de stresser intervenant après une activité physique était diminué par celle-ci. Le sujet montrait un niveau moins élevé pour ce qui est de la tension sanguine et du rythme cardiaque, pendant la confrontation aux situations stressantes après un exercice physique (*Pierluigi Graziani, Joël Swendsen, 2008, pp.102-103*).

8. L'efficacité des stratégies générales de coping

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique (*Lazarus et Folkman, 1984, p.188*).

Placer par exemple une personne âgée dépendante dans une institution spécialisée peut permettre à ses proches de réduire certains problèmes (surcharge, matérielle, morale et physique). Mais il est possible que la famille de cette personne soit alors submergée par des cognitions et affects négatifs (perte, tristesse, culpabilité, etc.). Inversement, certaines personnes arrivent à gérer les émotions induites par un problème sans pour autant régler la situation on aversive, qui persiste alors. On ne peut donc pas, dans ces deux exemples, considérer les stratégies de coping utilisées comme efficaces. Les deux stratégies de coping principales peuvent être utilisées toutes les deux par un individu donnée (ou pas du tout). Elles peuvent interagir (contrôler le problème facilite en général la gestion des émotions set inversement).

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion Schmidt (1988) a observé que parmi des patients devant subir une intervention chirurgical, ceux qui avaient utilisé une stratégies vigilante (recherche d'information, participation aux traitements) étaient moins anxieuse et présentaient moins de complication postopératoires que ceux qui avaient eu recours à une stratégie évitant (résignation, fatalisme, inhibition).

- Une cohorte de sujet a été suivie pendant un an par Holaham et Moos (1986). Parmi les sujets ayant subi le plus d'événements stressants pendant cette période. Ceux qui avaient utilisé des stratégies évitantes ont eu beaucoup plus de symptômes psychos otiques à la fin de l'étude (maux de tête, maux d'estomac, etc.). que ceux qui avaient utilisé des stratégies vigilantes.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou atténuant) le stress. Le recoure à cette stratégie corrèle négativement avec l'ansciété et la dépression d'après plusieurs études (Bolger, 1990 ; Folton et Revenon, 1984 ; Terry, 1994). Les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives. Certaines d'entre elles, comme la répression des émotions ou l'impuissance désespoir se sont révélées

associées à des issues. Dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques). Ceci d'après les recherches citées ci-dessus et d'après d'autres études (Olff, 1991 ; Payne et Firth-Corens, 1987) (*Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002, p387-379*).

9. Différentes mesures de coping

Pour évaluer les stratégies de coping, de nombreuses méthodes et instruments ont été mis au point.

La majorité de ces méthodes sont appliquées verbalement (Beehr & Mcgrath, 1996 ; Park & Endler, 1992, 1996), soit en demandant au sujet de répondre par oui ou non pour dire s'il utilise telle ou telle stratégie, soit de sélectionner sur un répertoire de stratégies celle qu'il a utilisée (Parker & Endler, 1992). [...] (*Dinco.A, 2008, p.44*).

Parmi ces outils on cite :

- **Ways of coping check list (WCC)** : élaborer pendant les années soixante-dix par Lazarus et ses collaborateurs dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping, elle était composée de 68 items de réponse de types oui/non, avec 40 items sur l'échelle de stratégie centrée sur le problème, et 24 items centrés sur l'émotion.

- **Le cope** : « a été élaborer par Caver et Al (1989), ce test a été élaborer à partir des arguments théoriques en intégrant les propriétés les plus ou moins fonctionnelles du coping ». la version finale du cope contient 13 échelles et 4 items.

- **Le coping Inventory for stressful situations (CISS ou l'inventaire de coping pour les situations stressantes)** : c'est un inventaire de coping plus satisfaisant élaboré par Endler et Parker (1990) qui permet de mesurer les aspects multidimensionnels de coping. Le questionnaire est de 44 items à partir d'une analyse factorielle de réponses, les auteurs ont isolé trois dimensions de coping :

- Centre sur la tâche (19 items).

- Centré sur l'émotion (12 items).

- Centré sur l'évitement (13 items).

L'évaluation de stratégie de coping ne se refait pas seulement à ces différents questionnaires, les entretiens constituent une autre approche dans la recherche sur le coping (*Chabrol.H et Callahan.H, 2004, p.127*).

10. Les mécanismes d'action de coping ou l'influence de coping sur la santé

On sait tout d'abord que les réponses certains systèmes (Neurone endocrinien, Neuro-immunitaire); certains fonctionnements biopsychosociaux sont souvent évoqués pour rendre compte des mécanismes de sous-adjacent aux transactions individu-environnement.

Les stratégies du coping se traduisent en outre par des attitudes et comportements plus ou moins pathogènes.

Un coping centré sur l'émotion ou évitant s'accompagne le plus souvent de comportements à risque (non- perception des symptômes, délai à consulter, abus des certaines substances, d'un traitement, etc.).

Un coping centré sur un problème ou vigilant se traduit généralement par la recherche d'informations concernant la santé. L'attention portée aux symptômes, une bonne adhésion thérapeutique et par des comportements sains. Ceci n'est contradictoire avec le fait que cette stratégie peut parfois être dysfonctionnelle (sur le plan émotionnel notamment) lorsqu'un sujet est atteint d'une maladie grave, incontrôlable et durable (Cohen et Herbert 1966) (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, p.384*).

11. La relation entre la santé et le coping

La relation entre la santé et le coping est un domaine très étudié en psychologie, et les chercheurs ont tendance à évoquer l'un des modèles suivants pour conceptualiser cette relation :

La présomption que les stratégies de coping ont un effet clair et net sur les variables de santé (par exemple, la pression sanguine). Le coping a un effet indirect sur la santé dans la mesure où il provoque un changement sur un comportement qui

porte sur la santé (par exemple, manger de manière équilibrée, consulter régulièrement un médecin, etc.).

Les stratégies de coping modèrent ou bien apaisent le stress provoqué par un problème de santé

Ainsi les questionnaires créés pour ce domaine de recherche portent non seulement sur la situation spécifique, mais aussi sur la manière de conceptualiser la relation stress-santé (Parker et Endler, 1996).

L'approche de Klauer et Al (1989) distingue trois échelons de réponse qui ont été confirmés par des études empiriques dans le contexte de la maladie : la cible de l'attention : elle serait dirigée, entre autres, vers la situation stressante ; la sociabilité : elle déterminerait si la personne recherche le soutien des autres ou non ; le niveau de réponse permet de savoir si la personne mobilise des stratégies comportementales ou cognitives (*H.Chabral, S.Callahan, 2004, p.124*).

12. Les stratégies de coping utilisées face à la stérilité féminine

La stérilité est un problème de la santé qui touche les femmes plus que les hommes, et qui entraîne des modifications physiques et psychologiques comme le stress, pour gérer cette situation les femmes stériles adoptent des stratégies de coping pour faire face au problème.

Bringhenti a étudié l'adaptation psychique de 122 femmes. Il a montré que les scores émotionnels, reflétant la capacité à gérer les événements stressants, étaient influencés par différents facteurs : le nombre de cycles de FIV et la possibilité d'envisager l'adaptation, l'estime que la femme a vis-à-vis d'elle-même et la satisfaction que son exemple (*Bringhenti.F et Al, 1997, p.63*).

Mori mentionne que les femmes les plus anxieuses se figent dans un processus de souffrance psychique d'intervention auquel est associée une vision pessimiste quant à la réussite d'une grossesse (*Mori.E et Al, 1997, p.46*).

Conclusion

Face à des différentes situations qui semble menaçantes ou perturbatrices de bien être de l'individu, les stratégies de coping viennent pour asseye de réduire, de contrôler et de trouver la solution efficace qui permet à cette individu de se sentir mieux.

Pour gérer cette situation, les femmes stériles adaptées des stratégies pour faire face aux exigences de cette situation, soit élaborer des stratégies qui tendent a modifier la situation (centré sur le problème) ou élaborera une stratégie tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion).

Partie pratique

Chapitre 03 :

Méthodologie

Préambule

A fin de réaliser une recherche scientifique ; il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations.

Cette étape est très importante elle nous permettrait de bien guider notre recherche et de cerner notre travail.

Notre thème d'étude est «les stratégies de coping chez la femme stérile» et afin de vérifier et répondre à notre hypothèse nous avons choisi d'appliquer l'entretien clinique semi-directif et le teste de coping.

1. La pré-enquête

La première étape la plus importante dans toute recherche, et avant de définir la démarche utilisée, on doit parler de notre pré-enquête qui nous a permis de choisir cette démarche. Cette étape est assez. Pertinente dans travail de recherche, puisque elle nous permet d'explorer les répercussions personnelles, et de recueillir des informations sur le thème, ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses. « La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans tous les recherches scientifique, elle est phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposent un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique de projet.

la quelle s'emplacement la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente » (*Cario,R, 2000, P.34*).

La pré-enquête est une phase importante dans chaque projet de recherche, cette dernière a pour objectif de recueillir le maximum d'information vis-à-vis du thème, et pour tester les questions du guide d'entretien élaboré pour l'enquête, qui nous permet de cerner et de limité le thème et vérifier sa faisabilité et la disponibilité des cas. Elle nous permet d'enrichir nos lectures, aboutissant à notre question de recherche.

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de la clinique Hamani de Bejaia qui se trouve à Akbou.

En effet, nous avons débuté notre travail de recherche par une pré enquête qui nous a permis d'effectuer un certain nombres d'observation de la situation clinique, aussi elle nous a permis d'avoir une idée sur la particularité, principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de la clinique Hamani de Bejaia et cela a partir d'un ensemble d'entretiens avec le responsable et la psychologue de l'organisme, pour savoir dans quel mesure cette institution offre-t-elle un cadre permettant d'atteindre nos objectifs.

Durant notre pré-enquête, nous avons constaté a un nombre considérable de femmes stérile nous nous sommes rapproché deux pour recuire le plus de renseignements et d'informations sur leurs vécu psychologique par rapport a la stérilité et aux perturbations de leurs vie.

2. La démarche utilisée

2.1 La méthode descriptive :

Afin de vérifier l'hypothèse de notre thème de recherche, nous nous sommes basé sur la méthode descriptive.

Méthode descriptive réalise la promesse d'un élargissement de l'objectivité scientifique. Pour Merleau-Ponty, « la nouveauté de cette méthode consiste en ce quelle établit que le savoir effectif n'est pas seulement le savoir mesurable, mais aussi la description qualitative. Ce savoir qualitatif n'est pas subjectif, il est intersubjectif : il décrit ce qui est observable pour tous » (*BARBARAS.R, 2008, p.77*).

Elle consiste aussi à décrire le phénomène étudié dans son ensemble et dans ces aspects particuliers (*TAVRIS.C ET WADE.C, 1999, P.83*).la méthode qualitative .privilégie les instruments de collecte (exploratoire, descriptive, confirmatoire

compréhensive), les données qualitatives sont les données d'expérience, les représentations, les définitions de la situation, les opinions, les paroles, les sens de l'action et des phénomènes.

La méthode qualitative qui vise d'abord à comprendre le phénomène à l'étude, car il s'agit, d'établir le sens de propos recueillis d'individus et qui permet d'extraire l'information à partir de données déjà recueillies. Elle renvoie à une conception élargie de l'appréhension du réel elle s'oppose à l'approche quantitative. « La méthode qualitative permet d'appréhender la réalité non pas par le biais des nombres, mais par celui du langage ou du mot, il s'agira donc de saisir et d'interpréter les significations subjectives émanant du discours des acteurs» (*DARON.J, 2001, p.105*).

2.2 L'étude de cas :

Etude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou du groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent références. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues, elle est également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution.

Autrement dit « l'étude de cas » consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, l'observation, en référence à la méthode clinique.

En effet, celle-ci consiste d'abord à une observation « naturaliste » du sujet dans sa singularité et sa totalité.

L'observation constitue la phase fondamentale de l'expérimentation recueillant périodiquement, des éléments d'information sur le sujet en tenant en compte ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défenses, etc.). « L'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte.

L'observation clinique et leur fonction, elle peut consister, soit à mettre à distance l'objet pour recueillir et organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des phénomènes cliniques » (*FERNANDEZ.L& CATTEEUW.M.2001.p68*).

Le clinicien doit réunir un grand nombre d'information issue des entretiens avec le sujet, également avec d'autres sources bilans d'examen psychologique, les témoignages apportés par les proches.

3. Le groupe de recherche :

On a choisi d'interroger des femmes qu'on ne connaît pas au paravent pour avoir des résultats fiables, notre échantillon d'étude est composé de cinq femmes stériles et on a changé les prénoms de ces femmes qui sont présentés dans le tableau suivant :

-Tableau N°1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre échantillon d'étude :

CAS	prénom	âge	Niveau d'étude	Situation professionnelle	Durée en couple	Type de stérilité
1ere cas	Nassima	40 ans	Universitaire	Femme au foyer	17 ans	primaire
2eme cas	Marwa	42 ans	Universitaire	Fonctionnaire	10 ans	secondaire
3eme cas	Fatima zehra	40ans	Universitaire	Fonctionnaire	13 ans	primaire
4eme cas	Salima	46 ans	Analphabète	Femme au foyer	15 ans	primaire
5eme cas	Lynda	44 ans	Primaire	Femme au foyer	14 ans	secondaire

4. Lieu de la recherche :

Raison sociale : EURL Etablissement hospitalier privée clinique HAMANI.

Adresse : lotissement SIDI ALI AKBOU.

Email : cliniquehamanie@hotmail.fr

Directeur générale : Docteur HAMANI Farid.

Directeur médicale : Docteur HAMANI Farid.

Juin 2002 à ce jour : ouverture d'une clinique privée spécialisée en gynécologie, obstétrique chirurgie générale, orthopédie, ophtalmologie.

1- INTITULE :

L'établissement hospitalier privé clinique HAMANI est une clinique médico-chirurgicale en gynécologie obstétrique, chirurgie générale, orthopédie, urologie et ophtalmologie.

2-SITUATION :

L'établissement hospitalier privé clinique HAMANI est implanté dans la ville et la commune d'Akbou au lieu-dit SIDI ALI sur site dominant dont le lot de terrain affecté est d'une superficie de 1450m pour une durée de 45 jour.

3-Composants :

L'établissement hospitalier privé clinique HAMANI en R+2 (Extensible à R+3 pour logement).

***Description des niveau :**

RDC :

Elle un service accueil et un service consultant et un bloc cuisine et buanderie, une salle d'observation, un service d'investigation (labo-radio), un service de soin, une morgue un local pour le matériel, vestiaires et sanitaires, un bloc comportant les locaux techniques à l'extérieur.

*ETAGE 1 :

-Un bloc isolé pour accouchement avec ses différentes salles de préparation du malade et des services de médecine et sages-femmes (médicale et paramédical), un bloc consultation et soins avec offices pour nouveau-nés, 01 chambre d'isolement

***ETAGE 2 :**

-02 salles d'opération et 02 salles d'opération du malade, salle de stérilisation et de désinfection du matériel et ligne, 01 salle réveil et de réanimation, pharmacie, 01 bureau du médecin, 04 chambres des malades.

Fiche de programme***Activité :**

La clinique HAMANI est un établissement hospitalier privé , médicochirurgical qui fonctionne 24h/24, 7j/7.

***Consultation :**

-Gynécologie obstétrique et maternité et stérilité du couple, Dépistage, Sénologie, Chirurgie générale, Orthopédie traumatologie, Urologie, Ophtalmologie, laboratoire d'analyse médicale, chirurgie endoscopique (cœlioscopie).

-Radiologie :

1-Radiologie générale.

2-mammographie.

3-Echo doppler couleur.

***Urgences :**

1-Fonctionnement 7j7- 24h/24 assuré par une équipe pluridisciplinaire.

2-Ambulatoire ou avec hospitalisation.

3-Médicales réanimation.

4-Chirurgicales.

5-Gynécologiques

6-Obstétricales (maternité).

7-Radiologique.

8-Analyses médicales.

5. Les techniques de recherche utilisées :**5.1. L'entretien clinique :**

Privilège de la méthode clinique. Entretien clinique est donc la technique des choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie. Représentation, sentiments émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Est un outil à la fois de recherche et de production d'information. « Dispositif par lequel une personne (A) favorise la production d'un discours d'une personne(B) pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de « B ».

L'entretien clinique implique la mise en présence physique de deux individus, installée dans une interaction en s'échangeant des signaux verbaux et non verbaux » Selon A .blanchet : l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'action passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs normes, etc.).

Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discutatives, des phénomènes de persuasion, augmentation, implication).

L'entretien clinique vise appréhender et a comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettent l'accent sur la relation.

L'entretien clinique constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, l'entretien permet d'obtenir des information sur la souffrance du sujet, des difficulté de vie, les évènements vécus ,son histoire, la manier dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes, il apparait donc comme un outil tout va fait irremplaçable, dans l'entretien clinique de type recherche, la position du clinicien est double, il est a la fois praticien et chercheur : dans un premier temps il relevé de manière clinique et globale les données issues de sa pratique et, dans un deuxième temps, il affine le niveau d'observation pour s'intéresser qu' a certains éléments précis qu'il analyse enfin dans un troisième temps (*HERVE.B&CHAHRAOUI.KH ,1999 ,pp.11-12-63-64*).

L'entretien clinique peut être défini comme étant une : « Conversation suivie utilisée comme méthode d'observation pour juger de la personnalité d'un sujet .ce procédé qui fait partie de tous les examens psychologique, facilite la synthèse des divers résultats obtenues, il est employé couramment en psychologie clinique ».

De même l'entretien vise à appréhender a et à comprendre le fonctionnement psychologique du sujet, en ce centrant sur ses vécus et en mettant l'accent sur les relations.

Ils constituent l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Mener un entretien clinique est devenu un acte thérapeutique en lui-même sans autre forme de procédé, l'entretien clinique s'adresse à l'autre en tant que sujet, et non comme objet d'étude ou cible particulière (*SILLAMY.N, 1989, p.99*).

Il convient de ne pas se lancer dans un entretien sans avoir réfléchi a ses implications et ses modalités, la façon d'aborder un individu, les effets du contexte et les caractéristiques inhérentes au clinicien et ce son interlocuteur auront un e influence sur le matériel recueilli et doivent être envisagées au préalable. L'entretien clinique comme technique de recherche permet d'obtenir des informations pour schématiser, il existe trois grands types d'entretien selon l'objectif recherché :

Entretien directif, entretien non directif et l'entretien semi directif, dans notre recherche l'entretien semi directif semble celui le plus adéquat.

5.2 L'entretien semi directif :

- Il se définit entant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance .bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure ou le clinicien propose un

cadre qui permet au sujet de dérouler son récit
(*BENONY.H, CHAHRAOUI.KH, 2003, p.143*).

- nous voulons conclure par l'aspect clinique de l'entretien et ce d'après Beatrice merbeau-cleirens : « cherche à aider autrui a s'exprimer, être disponible pour l'écouter, comprendre la complexité et la richesse de ses processus psychiques, devrait se rencontrer dans tous les entretiens, est une aptitude difficile a acquérir ; elle demande, de façon continue, un travail d'observation de soi-même, d'autoanalyse et de contrôle de soi » (*Colettechilard ; 1983 ; p.40*)

5.3 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associer a un guide d'entretien plus au moins structuré, selon A. Blanchet ;il s'agit d'un ensemble organisé de fonction, 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 prépare la consigne à l' avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement prépare et (le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques a traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions a l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe.il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connait bien. (*FERNANDEZ.L CATTEEUW.M, 2001, p77*).

Le guide d'entretien que nous avons élaboré est constitué de trois axes qui sont :

- Axe1 : information personnelles.
- Axe2 : renseignement concernant la stérilité.
- Axe3 : le coping.
- Ax4 : renseignement sur la vision du futur.

5.4 Attitude du clinicien durant l'entretien de recherche :

Latitudes clinique vise à favoriser l'expression du sujet par des interventions se tenant l'acte de la parole ; dans l'entretien clinique de recherche l'interviewer doit atteindre également ses objectifs de recherche faire produire le sujet sur un terme donné. Ecouter et intervenir est la clé de la méthodologie de l'entretien qui repose sur la technique d'écoute sa perturbation et son explication après-coup. L'investigation face au patient doit être attentif, évite d'abord de parler et surtout d'interroger ; cependant il encourage la parole du patient d'une manière neutre « la neutralité bienveillante ».

Puisque l'investigateur sélectionne, réduit, construit les données en fonction du modèle théorique et des objectifs de la recherche, (Blanchet, 1991) a également montré l'effet des relances de l'interviewer sur les stratégies de discussion de l'interviewé (« l'influence non directive »). La communication procède donc d'une interaction verbale où le discours d'un interviewé n'est pas donné d'emblée mais constitue le résultat d'une « Co-construction » (*VALLERAND.R HESS UR, 2000, p.89*).

5.5 L'échelle de coping :

Le test de coping est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante. Il est composé de 54 items.

-Historique du test :

Le recensement des travaux sur le coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus.

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre, deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques.

- Une focalisation sur le problème (réflexion et intervention)
- Une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée).

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésés par les tensions auxquelles elles sont confrontées. À la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première

La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact de l'évènement par la signification), et la troisième aux modalités mises en place pour changer les sentiments de détresse (gestion de stress) ; d'autres auteurs (Billings et Moos, 1981 ; Seiffge-Krenke, 1984) proposent aussi un modèle à trois dimensions.

Par contre, Carver, Scheiere et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies, dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon cinq champs : le champ comportemental (résolution de problèmes et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégies de planification..), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défenses (dénier, additivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas prises en compte jusque-là.

Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes. Les auteurs ont proposé une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (behavior), informationnel (cognitif) et affectif (émotion).

1. Construction :

Le contenu : cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective.

Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif) et l'émotion (champ affectif) dont articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion control de refus), chaque champ est constitué de 6 dimensions, et chaque stratégie comprend 3 dimension.

L'échelle est donc constituée de 18 dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

Présentation des stratégies :

a).La focalisation active et cognitive : implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution. la focalisation affective implique en fait l'envahissement d'émotion spécifique (agressivité et culpabilité).

b).Le support social : implique une demande d'aide en terme cognitif (conseils, information) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance), il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.

c).Le retrait : le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans les rêves ou dans l'imaginaire ou en adoptant des conduites et de compensation (nourriture, drogue, tabac, médicament..).

d).La conversion : implique le changement, la transformation des comportements. Des positions cognitives (acceptation) ou des valeurs (se tourner vers dieu, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet).

e).Le contrôle : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements ou des activités, et la contention des émotions.

f).Le refus : le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable.il a des difficultés à décrire ses émotions.

-Tableau N°2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche

	1 ACTION	2 INFORMATION	3EMOTION
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation	M Focalisation émotionnelle
Support social	B Coopération	H Support social Informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comport- emental et social	I Retrait mental	O additivité
Conversion	Conversion comportemental	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Control conjonctif planification	Q Control émotionnel
Refus	F distraction	L dénégation	R Alexithymie

Administration et notation :

a)administration :

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur' la feuille de test, après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les

instructions de la première page, pour son et compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

b) notation :

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phases de 1 à 54 dans l'ordre de test. Ensuite 5 types de notes finales sont possibles, aux choix.

Avec **la feuille de dépouillement** l'on obtient :

1). Une note par dimension : c'est les sommes des 3 phases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex : pour la dimension A : additionner les scores obtenus aux phases 1, 19 et 37).

Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines de l'échelle.

2). Une note par champ : c'est la somme des 6 dimensions constituant le champ.

(Case blanche non grisée) il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter la note dans l'appropriée (ex : pour le champ d'action : additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case total). ainsi prouver observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs.

3).Une note générale de coping : c'est les sommes des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

4).Une note de coping positif et une note de coping négatif : il faut rapporter le score de chaque dimension. Dans les lignes marquées positif, négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des v9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne (il en est de même pour le coping négatif).

Avec **la feuille de dépouillement 2**, on obtient :

Une note total par stratégie : il suffit de rapporter par ligne (ex : action A , B, C, D, E et F), les notes obtenu aux dimensions(feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne(ex focalisation additionner A,G,M).on obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaitre les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée (*ESPARBES.S ET coll, 1989, pp.90-99*).

Conclusion :

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique. Est à sa rigueur et sa cohérence qui feront l'intérêt et la qualité de recherche. Qui nous permis d'assurer une meilleure organisation et planification de ce travail, ainsi que de comprendre la méthode descriptive et connaitre la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique ; ainsi que l'utilisation de nouveaux outils d'investigation , comme le test de coping, et le guide d'entretien qui nous permis de recueillir des informations escomptées.

*Chapitre 4 :
présentation,
analyse des données
et discussion des
résultats*

Préambules

Dans notre étude, la partie pratique se caractérise par l'analyse des cas de notre échantillon d'étude au niveau de la clinique HAMANI à Akbou, afin d'obtenir des résultats qui vont répondre à notre hypothèse.

Nous avons utilisé un entretien semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping. Par lesquelles on s'est intervenue auprès de femmes stériles pour savoir quel est l'impact de la stérilité sur leur vie personnelle et interpersonnelle, et sur quelles stratégies qu'elle se basent pour faire face à cette situation.

1. présentation et analyse des cas

1.1 Cas N°01

Il s'agit de Nassima âgée de 40 ans, elle à un niveau universitaire, femme au foyer, marié depuis 17 ans, son mari est âgée de 38 ans.

1.1.1Analyse de l'entretien

Nassima s'est présentée d'un air triste, stressant, chargé d'envie de parler de sa souffrance, le contact avec elle est possible, elle s'est montrée motivée.

Nassima est une femme simple et trop sociable, elle a accepté de nous voir et de lui faire l'entretien. Elle nous a facilité la tâche car elle a répondu à nos questions en langue française, Nassima au début elle nous a parlé sur son mariage, elle a dit : **« après une longue histoire d'amour, on a décidé de se marier, j'ai abandonné mon poste de travail pour fonder une famille »**. au début elle n'accorde pas trop d'importance à sa stérilité en disant : **« j'aime les enfants mais j'est pas presser d'en avoir puisque je me suis mariée très jeune »**, d'ailleurs : **« c'est après six ans de mariage que j'ai commencé à consulter pour la première fois puisque mon mari refusait les soins au début , après la première consultation le médecin m'a informé que j'ai un problème au niveau des ovules; je me suis**

choquée au départ avec des larmes aux yeux c'est très difficile de supporter ; j'ai crié, j'ai pleuré et j'ai senti que je suis une femme incomplète, et je ne vaut absolument rien ». Ce qui montre qu'elle accorde une importance intense aux enfants. Car pour elle l'enfant est la plus belle chose dans la vie et que la femme sans enfants ressemble à un printemps sans fleurs, en manifestant avec quelques réactions de tristesse, mais avec un grand courage elle a ajouté aussi que la vie continue soit avec enfant, ou sans lui. Et elle nous a rajouté que son conjoint Il est compréhensif. D'après Nassima, son de traitement avait commencé un peu trop tard elle a réclamé **« j'ai consulté beaucoup de spécialistes, j'ai fait tout types d'analyse, même on s'est déplacé sur Alger et sur d'autres wilayas, j'ai subi une petite intervention chirurgical, mais malheureusement ça n'a rien donnée »** a ajouté que **« le cout des soins est trop cher mais l'essentiel que je vais avoir de bon résultats »**. a remarqué que Nassima est une femme courageuse et qu'elle fait de son mieux pour réaliser son rêve et qu'elle fait du courage pour continuer malgré ses échecs. Mais malheureusement ce n'est que le début, et tout ça n'a pas duré pour longtemps.

La chose qu'on a remarqué chez Nassima durant l'entretien c'est que elle a accepté sa stérilité difficilement par ce que elle a déclaré pendant l'entretien que **« au début J'ai eu de l'espoir mais après avoir essayé tout les moyens possible pour avoir des enfants, je me suis lâchée et le pourcentage de l'espoir de devenir une maman a diminué »** ce qui signifie que Nassima après tous les soins et les frais quelle a perdu et après tous les échecs quelle a subit pendant son traitement , elle a perdu l'espoir de devenir une femme avec des enfants , surtout après l'intervention chirurgicale qu'elle a fait, le sentiment de culpabilité est remarquable , elle la affirmé que : **« j'aimerais bien porter un bébé à mon mari , au moins on auras la chance de voir le fruit de notre amour »** ; mais après le soutien de son conjoint et sa famille, son environnement elle a pu arriver a surmonté sa situation

, et après cette déclarations on peut dire que son problème n'a pas influencé sur ces relations avec sa propre famille et celle de sa belle-famille.

d’après elle c’est grâce à son mari quelle a pu combler ce vide, le soutien de son époux est suffisant pour la rendre heureuse et elle nous rajoute que ce changement n’a pas influencé sur sa vie quotidienne, elle souligne qu’elle a un changement a l’humeur et quelle s’énerve rapidement elle a rajouté aussi « **à part sa j’accomplie toutes mes taches dans ma vie quotidienne** » ;Nassima fait face a sa stérilité en tenant toujours le coup et elle croit au destin et au dieu, cette expression témoigne quelle est croyante en dieu et elle a de l’espoir .Nassima arrive a géré sa situation psychologique on disant: « **des fois oui je pense que c’est normal** », malgré sa réponse on constate qu’elle souffre en silence d’après ses apparences , ces mimiques du visage et avec des larmes aux yeux. Nassima nous affirme qu’elle n’a jamais consulté un psychologue « **non jamais, je n’ai même pas pensé à ça** » ce qui montre qu’elle n’a pas donné de l’importance à ce côté. Abordant la question de l’avenir on a demandé à Nassima es ce que l’idée d’adopté un enfant est présente dans sa Tête, elle a répondu : « **je ne vous cache pas pour l’instant on ne pense pas à ça, mais si la situation persiste peut être oui** ».

1.1.2 Synthèse de l’entretien clinique semi-directif du cas de Nassima :
 D’après l’analyse de l’entretien clinique du cas de Nassima on a remarqué que c’est une femme triste et qui souffre à propos de sa stérilité malgré les efforts qu’elle fait pour accepter sa situation et malgré le soutien familial elle n’a pas pu surmonter sa situation.

-Données et analyses de la feuille de déploiement N°1 du cas de Nassima :

TABLE 1-La feuille de dépouillement N°1 du cas de Nassima

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	4	5	5	4	5	4	4	4	3	4	5	5	3	1	5	3	1		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	3	1	1	5	3	5	1	5	5	1	3	1	3	4	4	1	1	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	1	1	4	4	4	4	4	1	1	4	5	3	4	1	1	3	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G
Actions	11			14			9			5			11			7			57	167
Informations		6			11			13			11			11			7		59	
Emotion			7			14			10			11			6			3	51	
Positif	11	6		14				13	10		11					7	7	3	82	
Négatif			7		11	14	9			5		11	11	11	6				85	

- **Une note par dimension** : A(11), B(14), C(9), D(5), E(11), F(7), G(7), H(6), I(11), J(13), K(11), L(11), M(6), N(3), O(7), P(14), Q(10), R(11),

D'après ces notes obtenues, nous remarquons que Nassima utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : **coopération, conversion par les valeurs acceptation**

- **Une note par champs** : le champ le plus régulièrement utilisé par Nassima informationnelle avec une note totale de **(59)**, en suite une totale de **(57)** pour le champ action et une note totale de **(51)** pour le champ émotionnel.
- **Une note de coping général** : Nassima a eu une note négative de coping **(167)** des champs.
- **Une note de coping positif et négatif** : Nassima a eu une note négative de **(85)**, par rapport au coping positif qui est de score de **(82)**.

-Données et analyses de la feuille de déploiement N°2 du cas de Nassima

TABLE 2- la feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Nassima

Stratégies \ Champs	Action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A 11	G 7	M 6	24
Support social	B 14	H 6	N 3	23
Retrait	C 9	I 11	O 7	27
Conversion	D 5	J 13	P 14	32
Contrôle	E 11	K 11	Q 10	32
Refus	F 7	L 11	R 11	29

D'après la feuille de dépouillement N°2, Nassima a obtenu :

- **Une note totale de stratégie** : nous avons enregistré en premier lieu la stratégie de conversion et de contrôle qui se maintiennent avec une note de **(32)**, suivent d'une note de **(29)** pour la stratégie de retrait avec une note de **(27)**, après la stratégie de focalisation avec une note de **(24)** et en terminent avec la stratégie du support sociale avec une note de **(23)**.

1.1.3 Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Nassima :

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Nassima, qu'elle fait recours beaucoup plus à au coping négative centrées sur le champ d'information, parce que elle utilise la stratégie de support sociale (**coopération**), et les stratégies de conversion (**conversion par valeur**).

1.1.4 Synthèse générale du cas de Nassima :

On constate d'après l'analyse de l'entretien que Nassima est une femme qui est assez triste et malheureuse à cause de sa stérilité elle déclare que la stérilité a fait d'elle une autre personne , elle est devenu nerveuse , mais d'un autre coté il y a son mari et sa famille, mais sa reste insuffisant pour remplir son vide et d'après l'analyse de l'échelle de coping en a constaté que Nassima fait recours à certaines stratégies de coping négative centrés sur l'information .

1.2 Cas N°2

Marwa est une femme qui travaille comme fonctionnaire dans l'algérienne des eaux, d'un niveau d'étude universitaire âgée de 42 ans, marié depuis 10 ans, wilaya de Bejaia.

1.2.1Analyse de l'entretien

Durant l'entretien Marwa est calme, souriante, elle s'est montrée coopérative, et elle répondu à toutes les questions avec un bon contact et une participation actives à l'entretien, son discours est structuré et logique.

La première fois qu'on a rencontré Marwa c'est au niveau de la salle d'attente de la clinique HAMANI, elle a accepté sans aucun soucis de nous lui faire l'entretien en disant : « **Ah ! C'est bien votre thème est intéressant et j'aimerais bien d'ailleurs en parler avec un psychologue** ».Au début on lui a demandé depuis quand qu'elle est au courant de sa stérilité elle nous a dit depuis 3 ans, quand elle a commencé à

parler sur sa stérilité et la présentation de l'enfant chez elle on a senti qu'elle est gênée en disant : « **après 3 ans de mariage, j'ai commencé à consulter les médecins, après avoir subi deux avortements et ça est à cause d'un problème au niveau des anti corps c'est un véritable cauchemar, et depuis j'ai passé une durée de crise et de pleurs, puisque je vois l'enfant comme représentation de ma féminité** ». D'après elle, la stérilité a lui causé la sensation du stress et de la peur, elle est devenue plus sensible que avant. mais avec le temps elle a pu accepté l'idée et par rapport au comportement de son entourage rien n'est changer , Marwa a réclamé : « **au début j'ai pas accepté que je suis stérile mais peu a peu mon mari m'a aidé beaucoup à soulager et chercher des solutions** » ; Marwa semble forte et logique dans sa description , avec une souffrance instance au début après elle est arrivée à gérer tous ses échecs dans ces traitement en disant : « **j'ai essayé avec tous les moyens d'avoir un enfant, j'ai fait beaucoup d'analyses, j'ai consulté presque tous les gynécologues de la région j'ai laissé aucun traitement même les recettes traditionnelles** » ; La bonne chose qu'on a remarqué chez Marwa , c'est qu'elle garde toujours l'espoir et elle espère un avenir mieux, avec non seulement un enfant mais avec beaucoup d'enfants, Marwa essaye toujours comment affronter sa situation « **je fais le plus possible pour avoir un enfant , même si ça coute chère** » ; on a remarqué que Marwa à continue ses soins pour devenir une maman .Elle dissimula sa douleur derrière la religion pour compléter son vide , « **personne ne sache ce que cache l'avenir , et que c'est un teste divin , il faut le garder et accepté notre destin** ».

Marwa elle nous a déclaré qu'elle est beaucoup aidée par sa propre famille et ses collègues du travail et surtout par son mari. Même sa belle-famille est compréhensive avec elle.

Dans l'avenir Marwa a des projets a réalisé, ils ont décidé de quittée le pays, ils ont choisi canada pour améliorer la situation et augmenter la chance d'avoir un enfant.

1.2.2 Synthèse de l'entretien semi-directif du cas de Marwa :

D'après les résultats de l'entretien on a remarqué que Marwa est une femme forte, courageuse, cherche avec tout moyen comment avoir un enfant dans l'avenir.

-Données et analyse de la feuille de dépouillement N°1 du cas de Marwa :

TABLE 1-La feuille de dépouillement N°1 du cas de Marwa

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	5	2	2	2	5	2	3	2	1	3	4	3	4	4	2	5	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	4	3	1	1	3	4	3	4	2	2	4	1	2	1	5	5	4	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	4	1	5	2	1	1	4	5	4	4	1	3	1	5	3	5	2			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Actions	12			8			6			7			8			10			51	160	
Informations		12			7			11			11			6			14		61		
Emotion			4			10			9			6			14			5	48		
Positif	12	12		8				11	9		11					10	14	5	92		
Négatif			4		7	10	6			7		6	8	6	14				68		

D'après la feuille de dépouillement N°1, Marwa a eu :

- **Une note par dimension** : A(12) ,B(8),c(6) ,d (6) ,E(8) ,F(10) ,G(14) ,H(12) ,I(7) ,J(11) ,K(11) ,L(6) ,M(14) ,N(5) ,O(4), P(10) ,Q(9) ,R(6) ,
D'après ces notes obtenues nous remarquons que Marwa utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : en premier c'est **la focalisation cognitive et focalisation émotionnelle** avec un score de **(14)**, en deuxième **la focalisation activé et support social informationnel** avec un score de **(12)**.
- **Une note par champs** : Marwa a eu une note élevée de **(61)** pour le champ information, ensuite une note totale de **(51)** pour le champ action et une note totale de **(48)** pour le champ émotionnel ; donc le champ le plus fréquemment dominant chez Marwa est le champ informationnel.
- **Une note générale de coping** : Marwa a eu une note totale de **(160)** des champs.

- **Une note de coping positif et une note de coping négatif :** Marwa a eu la plus élevée est de **(92)** qui est celle de coping positif par rapport au coping négatif qui est de score de **(68)**.

TABLE 2- la feuille de 1dépouillement N°2 pour le cas de Marwa

Champs Stratégies	Action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A 12	G 14	M 14	40
Support social	B 8	H 12	N 5	25
Retrait	C 6	I 7	O 4	17
Conversion	D 7	J 11	P 10	28
Contrôle	E 8	K 11	Q 9	28
Refus	F 10	L 6	R 6	22

D'après la feuille de dépouillement N°2, Marwa a obtenu :

- **Une note total par stratégie :** une note de **(40)** pour la stratégie de contrôle, et conversion, après une note de **(25)** correspond au support social, puis une note de **(17)** pour le retrait et en dernier une note de **(22)** pour le Refus. A partir de ces résultats on constat que Marwa utilise beaucoup plus la stratégie de focalisation par rapport aux autres.

1.2.3 Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Marwa :

On a constaté d'après l'analyse de coping de Marwa qu'elle emploie des stratégies de coping positives centrée sur le champ d'information avec une note **(61)** cela implique par l'utilisation des stratégies de la focalisation (**cognitive**) aussi que les stratégies du support sociale (support informationnel).

1.2.4 Synthèse du cas de Marwa :

A partir de l'entretien et l'échelle de coping de toulousaine on conclut que Marwa est une femme forte et courageuse et elle a réussi a dépassé sa crise et c'est échelle et que elle suit sa vie quotidienne sans Aucune difficulté, en plus elle a un bon soutien de la part de sa famille et son mari, ce qu'il lui a permis de ne pas connaître des

événements ou des situations, qui provoquent la détresse, ce qui a poussé Marwa à créer un coping positif centré sur l'information et le problème.

1.3 Cas N° 03

Fatima Zehra est une surveillante au niveau d'un établissement scolaire, âgée de 38 ans, habite à Bejaia ville, son mari à 40 ans. Ils ont 13 ans de mariage.

1.3.1 Analyse de l'entretien

Durant l'entretien de Fatima Zehra est à l'aise. Elle s'est montrée motivée et souriante, le contact est marqué par un climat de confiance, elle répond aux questions posées facilement et spontanément.

Elle nous a facilité le travail car elle a répondu à nos questions en langue française, sans aucun gêne. Elle est venue à la clinique pour faire un contrôle médical et nous avons profité l'occasion de lui faire l'entretien, elle est très sociale, et ça nous a aidé beaucoup de parler avec elle, on lui a demandé de nous parler sur son éventuelle stérilité, elle s'est montrée retissant et on a remarqué quelques signes de gêne en disant qu'elle a commencé ses soins depuis la première année du mariage, sa stérilité se présente au niveau des trompes de Fallope. Au début elle n'est pas pressée d'en avoir, et quand elle a su qu'elle avait ce problème, elle est vraiment désespérée, déçue « **Je me suis choquée, j'ai senti que ma vie est terminée lorsque mon médecin m'a informé que je suis stérile** » a dit Fatima.

« **J'ai pleuré beaucoup et j'ai resté 2 jours sans nourriture** » a ajouté Fatima.

« **Au début, ma vie est devenue un cauchemar, je n'arrive pas ni à m'endormir, ni à manger normal, ni à penser convenablement, j'est devenue nerveuse et même agressive** ». On a remarqué que sa stérilité lui a enjoint une souffrance psychique : pour elle « **l'enfant c'est la vie, l'avenir, preuve de l'identité dans la vie d'un couple, une production et une étiquette individuelle** » ici en touche le degré de désir d'enfanter, en parlant de ça, elle est triste, sensible, la peur parus dans ces

mimiques, en évoquant sa stérilité. Fatima nous a ajouté que son mari a accepté l'idée facilement d'ailleurs c'est grâce à lui que elle a réussi de sortir de sa situation et que peu elle a récupérée sa vie ancienne.

« **La chose qui m'a gêné autant, c'est d'informer mon état à mes proches** » a réclamée Fatima. On remarque par cette déclaration que elle a un complexe concernant sa stérilité c'est pour cela qu'elle trouve des difficultés pour annoncer son état à ses proches.

Fatima n'est pas influencée par le regard de son environnement et ses proches, par ce que ils sont gentils, à part sa belle-mère qui essaye à chaque fois de lui rappeler qu'elle est stérile et que l'enfant est la lumière de la maison,

« **heureusement ma mère est à mes côtés, elle m'a soutenu vraiment .c'est grâce à elle que j'ai dépassé la situation** » a réclamée Fatima.

Fatima espère toujours d'être une maman ; elle a suivi les soins et le traitement jusqu'à la fin et à chaque fois, elle sent que son état est amélioré et ça aide beaucoup et encourage à suivre. Fatima essaye de ne pas penser à sa situation en s'occupant toujours « **je fais mon travail soit à la maison soit au niveau de l'établissement, je sors avec mon mari ou avec mes amies dans la plus part des weekends** » a dit Fatima.

Son amour à sa famille et à son mari la pousse à continuer et faire face de ces contraintes. Fatima vit normal elle n'a jamais consulté un psychologue d'après ces dires elle garde le rêve de devenir une maman, elle imagine toujours un avenir plein d'enfants mais des fois la peur de ne pas les avoir lui envahi.

« **J'aimerais bien de voyager à l'étranger pour consulter les professeurs et améliorer mes traitements, je suis prête à donner tout ce que j'ai juste pour vivre le sentiment de devenir une maman** » a dit Fatima, est une femme forte et courageuse et qui espère toujours le mieux malgré tous ces vécus.

1.3.3 Synthèse de l'entretien semi directif du cas de Fatima zehra :

En se référant à l'analyse de l'entretien on a constaté que Fatima zehra présente une

personnalité sensible mais courageuse et elle essaye de trouver des solutions pour dépasser son état de stérilité, comme se voyager afin de s'adapter à sa situation et de réaliser son rêve de devenir une maman.

-Données et analyses de la feuille de dépouillement N°1 du cas de Fatima Zehra :

TABLE 1- La feuille de dépouillement N°1 du cas de Fatima Zehra

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	1	5	5	3	5	4	5	5	5	3	1	5	1	4	4	5	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	5	1	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	2	2	4	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	1	1	5	5	1	1	5	5	5	5	3	4	4	1	5	1	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Actions	11			15			9			14			14			11			74	195	
Informations		7			12			15			12			10			7		66		
Emotion			7			6			15			8			7			7	55		
Positif	11	7		15				15	15		12					11	7	7	103		
Négatif			7		12	6	9			14		8	12	10	7				92		

D'après la feuille de dépouillement N°1, de cas

- **Une note par champs :** on a remarqué que Fatma Zehera utilise fréquemment le champ conatif (**action**) avec une note de **(74)**, Une note de **(66)** pour le champ informationnel, et elle a eu une note de **(55)** pour le champ émotionnel qui relevée moins utilisé.
- **Une not général de coping :** Fatima Zehraa eu une note totale de **(195)**.
- **Une note de coping positif et une note de coping négatif :** Fatima zehra a eu une note de coping positif élevée égale à **(103)** en comparaison avec le coping négatif qui est égale à **(92)**.

-Données et analyses de la feuille de dépouillement N°2 du cas de Fatma Zehra :

TABLE 2- la feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Fatima Zehra

Stratégies \ Champs	Action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A 11	G 10	M 7	28
Support social	B 15	H 7	N 7	29
Retrait	C 9	I 12	O 7	28
Conversion	D 14	J 15	P 11	40
Contrôle	E 14	K 12	Q 15	41
Refus	F 11	L 10	R 8	29

D'après la feuille de dépouillement N°2 Fatima zehra a obtenu :

- **Une note total par stratégie :** nous avons enregistré une note de **(41)** pour la stratégie de contrôle, étant la plus fréquemment utilisé, suivant d'une note de **(40)** pour la conversion, puis la stratégie du support social et le refus qui se maintiennent avec une note **(29)**, la focalisation qui se fixent avec une note de **(28)**.

1.3.3 Synthèse de l'échelle de coping du cas de Fatima Zehra :

On a constaté d'après l'analyse de l'échelle de coping de Fatima Zehra, quelle emploie des stratégies de coping positives centrées sur le problème. Qui se traduit par l'utilisation de champs d'action avec une note de **(70)** implique par l'utilisation des stratégies de support social (**coopération**) celle de conversion comportementale et celle de contrôle (**régulation des activités, cognitif et planification**), ainsi que le champ informationnel avec une note de **(66)** implique par la stratégie de conversion (**acceptation**).

1.3.4 Synthèse générale du cas de Fatima Zehra

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenu grâce à l'échelle de coping, il s'est avéré que Fatima Zehra est une femme qui a dépassé sa situation, sa tristesse, et sa sensibilité ; et de réussir à s'adapté à son environnement d'après avoir un environnement favorable.

1.4 Cas N°4

Salima, et une femme au foyer, analphabète, diplômée en couture, âgée de 46ans, son mari âgée de 56ans.

Durant l'entretien Salma, s'est montré motivé, le contact est marqué par un climat de confiance, chargée d'envie de parler de sa souffrance et elle est très coopérative.

Au début elle nous a parlé sur son mariage et son état de stérilité, ça fait 15 ans qu'elle est mariée elle est au courante quelle est stérile après 2 ans de son mariage, elle n'est jamais tombée enceinte « **Tebathe naniyid akline normal ous3igh ara kra nelahlak arayidjan otsarwagara** » ; ça veut dire que : (Les spécialistes m'ont dit que je suis normal et je ne souffre d'aucun problème de santé qui m'empêche de tomber enceinte) cela désigne quelle n'arrive pas à accepter sa stérilité. Salima déclare aussi « **khdemagh koulech,the3ikarthiw , sebaynesse machi del3adayno igerwine** » ; (j'ai tout fait, ma stérilité n'est pas causé par mon anti fertilité , je n'ai aucune perturbation de cycle) ; Salima éprouve un sentiment de culpabilité : « **iih, denaky idesseba f wergaziw, gasakan ibed dima didi, ogatehabi ara adessewaniyig touk3ithe alma3na** » ; (oui je suis coupable envers mon mari même si il est toujours près de moi il m'encourage , il est contre les soins , il s'en faut). Salima adore au point imaginable les enfants , c'est pour ça que au début elle a pleuré et n'a supporté personne , elle a resté enfermée pendant un bon temps , par contre son mari n'est pas influencé par la nouvelle puisque il a déjà des enfants avec sa première femme « **nki kan itssichan** » ce qui veut dire (je suis la seule qui a souffre). Elle avait des larmes aux yeux en a déduit que le vécu de Salima était difficile. Salima vit toujours avec son problème surtout lorsque elle rencontre des autres femmes avec leurs enfants, elle souffre trop, elle est devenue trop sensible et nerveuse dans la plus part du temps même si ses proches essayent de lui aider et soutenir psychologiquement et financièrement surtout sa petite sœur « **jamais adtsough lm3wna n wtma thamchtouhth** » qui veut dire (ma petite sœur m'a vraiment

soutenu j'n'oublie jamais son aide). Le soutien de la famille valorise le statut de Salima.

Au début Salima a consulté des spécialistes, a fait les différentes analyses et soin « **s3igh asirem ads3ough draya akhatar naniyid tebathe oukmyough kra** » a dit Salima (j'ai gardé l'espoir d'avoir un enfant puisque je suis saine d'après les médecins) ; « **mais thoura serhag 10 senine dadawi oydiwi kra** » a ajouté Salima qui veut dire (maintenant je suis l'achée, 10 ans de traitement sévère n'a donné aucun résultat), la crainte de ne pas réussir avec les traitements quelle suit est observable, elle a une forte croyance en dieu, elle dit quelle continue toujours ses soins, elle garde l'espoir puisque c'est le dieu qui le donne « **ougadagh tssaghdwa fi batel, yaani d rebi iditssrziken darya** » pour elle l'enfant est symbole d'amour qui renforce les relations d'un couple, même si sa relation avec son mari est forte d'après ces dires (l'enfant représente l'identité du couple, une femme ressent le sentiment noble de maternité et le père aussi affirme son existence) ; « **adryadlwansse n dunith** » elle a formulé cette phrase avec un grand silence intérieur qui a révélée un sentiment de culpabilité en disant « **iwa3ar lhal abbdagh zathe l3ibad ...lwakth daghen itss3day sel3edjelane dkika thetss3day semana** » ; (c'est trop difficile, le temps passe vite et moi j'arrive pas faire face à la situation), cela désigne quelle n'arrive pas à accepter sa situation et elle voit sa stérilité est un grand obstacle pour elle, et elle vit un état de détresse « **itrohfli nodam, tswarwigh kan blaseba tsrohagh zegssent assma ayidihdarhed, outsconcontrigh ara akoth amzikany** » ; (je n'arrive pas à dormir la nuit, je pleure toujours à la moindre occasion, des fois quand quelqu'un me parle ma tête capte un autre monde, je ne concentre plus comme avant). En remarque que Salima elle présente un sentiment de manque et d'échec.

Mais d'après les dernières déclarations de Salima elle nous a rassuré que elle a

Peut s'en sortir de son état de détresse après le bon soutien de sa famille et surtout sa petite sœur et son mari. Salima vit normal comme tout le monde, même si

des fois elle passe par des épisodes de stress et de chagrin. pour oublier sa situation , Salima essaye toujours d'être occupée «**khedmagh chghoul, tskhidigh , s3igh thivhirth , sdhayagh imaniw swiyi bach adtsough achou iyoughen** » c'est à dire (je m'occupe de la maison , la couture , la broderie ,je prends soin de mon petit jardin, j'essaye d'oublier ma situation par l'occupation),elle a créé un monde de l'occupation pour s'adapté à sa situation et faire face à sa stérilité .

Salima a accepté l'idée difficilement et elle la fin elle a réussi à vivre le plus normalement possible elle n'a jamais consulté un psychologue, même elle a accepté de ne pas être une maman biologique, elle ne pense plus à l'avenir puisque ils ont décidé d'adopté un enfant, pour pouvoir vivre le sentiment d'être une maman et elle espère d'être la meilleure maman du monde.

1.4.3 Synthèse de l'entretien semi directif du cas de Salima :

d'après l'analyse de l'entretien clinique en remarqué que Salima est une femme forte et elle fait face à sa situation. Elle a accepté sa stérilité et elle à créée un monde trop chargé de l'occupation pour s'adapté et dépassé sa souffrance.

-Données et analyses de la feuille de dépouillement N°1 du cas de Salima.

TABLE 1-La feuille de dépouillementN°1 du cas de Salima

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	2	5	4	5	5	4	3	3	1	3	5	3	1	1	4	3	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	3	4	1	5	3	1	3	2	3	4	4	3	4	2	5	4	5	35			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	5	1	5	3	1	1	3	1	4	5	2	3	3	4	5	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Actions	13			14			8			9			10			13			67	185	
Informations		11			11			8			12			6			12		60		
Emotion			11			7			7			10			10			13	58		
Positif	13	11		14				8	7		12					13	12	13	103		
Négatif			11		11	7	8			9		10	10	6	10				82		

D'après la feuille de dépouillement N°1, Salima a eu :

- **Une note par dimension :** A(13), B(14), C(8), D(9), E(10), F(13), G(12), H(11), I(11), J(8), K(12), L(6), M(10), N(13), O(11), P(7), Q(7), R(10). D'après ces notes obtenues, nous remarquons que Salima utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : **coopération, la focalisation active, distraction et le support social émotionnel.**
- **Une note par champs :** le champ le plus fréquemment employé par Salima est celui de champs d'action avec une note de **(67)**, suivant le champ information avec une note de **(60)**, et le champ de l'émotion qui est le moins utilisé par Salima avec une note de **(58)**.
- **Une note de coping générale :** Salima a eu une note positive de coping **(185)** des champs.
- **Une note de coping positif et négatif :** Salima a eu une note positive **(103)**, par rapport à une négative de **(82)**.

TABLE 2- la feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Salima

Champs / Stratégies	Action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 12	M 10	35
Support social	B 14	H 11	N 13	38
Retrait	C 8	I 11	O 11	30
Conversion	D 9	J 8	P 7	24
Contrôle	E 10	K 12	Q 7	29
Refus	F 13	L 6	R 10	29

D'après la feuille de dépouillement N°2 Salima a obtenu :

- **Une note totale de stratégie :** la stratégie la plus utilisée et celle du support social avec une note de **(38)**, suivant la stratégie de focalisation avec une note de **(35)**, après les stratégies de retrait avec une note de **(30)**, ensuite la stratégie de refus, contrôle avec une note de **(29)**, et enfin la stratégie de conversion avec une note de **(24)**.

1.4.3 Synthèse de l'échelle du toulousain de coping du cas de Salima :

On a constaté d'après l'analyse de l'échelle de coping de Salima qu'elle fait beaucoup plus recours à des stratégies de coping positives centrées sur le problème par implication dans le champ d'action avec un score (**67**) qui se focalise par l'utilisation des stratégies de support social (**coopération**). Ainsi que les stratégies de focalisation (**active**).

1.4.4 Synthèse générale du cas de Salima :

De ce qui précède, il démontre que notre synthèse de l'entretien et de l'échelle de coping que Salima est une femme courageuse malgré le manque de soutien de son conjoint elle a pu accepter sa stérilité et a adopté des stratégies d'enfant pour devenir une maman et pour surmonter sa situation elle fait reconnaître des stratégies de coping positif centrées sur le problème (focalisation active).

1.5 Cas N°05 :

Lynda est une femme âgée de 44 ans, son mari à 49 ans, femme au foyer d'un niveau d'instruction primaire mariée depuis 14 ans.

1.5.1 Analyse de l'entretien

Durant la première rencontre, Lynda avait un visage pâle et stressé avec un air triste, le contact avec elle est impossible et très dur à convaincre difficilement. C'est au niveau de la clinique HAMANI qu'on a rencontré Lynda pour la première fois, elle est revenue pour faire un contrôle d'une intervention chirurgicale (elle a fait une opération de la vésicule biliaire). De loin elle apparaît calme et triste, au début elle a refusé de parler avec nous, nous étions compréhensifs, après deux jours elle est revenue pour le même contrôle, cette fois on a insisté de parler avec elle, on a lui dit que nous avons vraiment besoin de ses déclarations, en lui expliquant l'objectif de notre recherche, Lynda a fait main de confiance et de motivation et elle déclare que sa souffrance a commencé depuis le début de son mariage « **ça fait 14 sena naki**

tehoufough f dariya, mais oulach, youare lhal amk amdwssfagh asoufri itsoufrigh, thakchichth thedjagadj iwakani ats3ou drya »; (sa fait 14 ans que nous essayons d'avoir un bébé, mais rien, c'est très difficile de vous expliquer ma douleur, la fille se marie pour avoir des enfants) ce qui explique son intense désir d'avoir des enfants quand elle nous a raconté sa réaction quand elle a su qu'elle est stérile elle déclare : « **outhzmirmiramte ara atemaginimted amk iythetra miyidina tvive , khla 3agh zrigh koulech davarkane , amdinigh ouzmirghara adkvlagh lhalaynou** »; (vous ne pouvez pas imaginer comment est ma réaction l'hors de l'information du médecin , je me suis choquée , j'ai vu tout en noir , j'ai pas pu accepter), la gravité du cas de Lynda est liée à la négation et l'incapacité d'accepter la vérité. Lynda est un peu stressé, elle n'aime pas du tout parler de ce sujet, elle nous a dit : « **tshousough imaniw machi tsamtuth ikmlen amthiyad ou nki dourgaziw imanenagh machi d la famille n sah** » qui veut dire (je me sens que je ne suis pas une femme complète comme les autres, et mon mari et moi ne construisent pas une vraie famille), en a remarqué que Lynda elle se culpabilise et en remarque le refus et le déni face à la réalité.

Pour Lynda « **ltufan id lhnaak ds3aya, dnithiw ouths3ara akk lma3na** » c'est-à-dire (L'enfant pour moi signifie un symbole de bonheur et de richesse et ma vie n'a aucun sens) elle signifie le degré d'importance de l'enfant chez elle , d'après elle la chose qui lui a gêné autant c'est le regard des autres surtout sa belle famille en disant :« **thafamilt g rgaziw oussanni imzwoura hsvniyi amyiwouth gyelithe ssane** » ; (ma belle-famille au début du mariage m'a bien accueilli et traité et me considéré comme l'une de ses filles) a réclamé Lynda d'après ses dires, le problème est commencé après la première année du mariage « **koulthikelt anroh ghorsen thamgharthiw thehdar f darya** » ; (à chaque fois qu'on lui rend une visite ma belle-mère parle du sujet des enfants) a dit Lynda , après cette déclaration en a constaté que le changement de sa belle-famille influencer négativement sur son état psychique, elle déclare que la femme stérile fait de la peine puisque la stérilité est une source de

problème psychologique en Algérie, c'est ce qui montre une souffrance psychologique et un état dépressif aigu. À propos du soin et des traitements, Lynda a dépensé des frais imaginables, elle n'a laissé aucun gynécologue et aucune clinique. Elle avait beaucoup de problème de santé suite à sa stérilité elle a annoncé aussi «**you3ar alhal assema atilid oths3idara alakhatar thi3ikarth ayi to3wikth igdoumen** » ; (c'est terrible quand la situation économique est un obstacle, puisque la stérilité est un handicap qui nous accompagne). La peine de la solitude est remarquable dans son discours. Lynda et son mari ont essayé avec tout moyen d'avoir un enfant, ils ont fait beaucoup de soins et analyse même avant 3ans, ils ont voyagé en France pour faire certaines consultations, mais d'après elle, ce voyage n'a pas donné de résultats, même après ce voyage. Le couple a continué à faire des consultations. Lynda a subi une intervention chirurgicale pour augmenter la chance d'être enceinte, les spécialistes ont lui conseillé de repos total de ne rien faire, d'ailleurs elle a passé le deuxième trimestre au niveau d'une clinique privée qui se situe à Alger (sous surveillance intense) malgré toutes ces précautions, Lynda n'a pu conserver le fœtus, elle a fait encore un avortement, mais cette fois l'avortement a influencé beaucoup sur sa santé, «**kimagh 3chehour nki delahlak** »; (après l'avortement, j'ai resté 3 mois malade) le dernier avortement a lui laissé de grande cicatrice morale. Lynda n'est pas chanceuse dans ses traitements malgré toutes les tentatives qui ont pas marchées, Lynda déteste les hôpitaux et les traitements et elle ne support plus les médicaments même il s'agit du paracétamol, ce qui prouve que elle a complètement perdu l'espoir de devenir une maman. Ce qui a mis Lynda en colère et la pousser à réagir agressivement, c'est quand on a posé la question sur l'avenir elle nous a répondu : «**ayen s3dagh akith mazal thekarmiyid mayela thetsmnid kra** » ; (d'après tout ce que j'ai subi vous dite est ce que vous souhaitez quelque chose à l'avenir) cela désigne quelle n'arrive pas à accepter son infertilité et elle n'est pas optimiste dans l'avenir.

1.5.2 Synthèse de l'entretien du cas de Lynda :

D'après l'entretien, Lynda est une femme trop faible et sensible, déprimé et malheureuse elle est beaucoup influencé par la société et elle a perdu l'espoir de devenir une maman après c'est échelle qu'elle a vécu pendant sa vie.

-Données et analyses de la feuille de dépouillement N°1 du cas de Lynda

TABLE 1- La feuille de dépouillementN°1 du cas de Lynda

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	2	1	1	2	1	5	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	1	1	5	3	2	1	5	2	1	3	1	1	2	1	5	2	1	3			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total.G	
Actions	3			5			11			5			4			4			32	106	
Informations		4			9			8			3			7			3		34		
Emotion			11			3			3			11			7			5	40		
Positif	3	4		5				8	3		3					4	3	5	38		
Négatif			11		9	3	11			5		11	4	7	7				68		

D'après la feuille de dépouillement N°1, Lynda a eu :

- **Une note par dimension** : A(3), B(5), C (11),D (5), E(4), F (4) ,G (3), H (4),I (9) ,J (8) , K (3) ,L(7) ,M(7), N(5) ,O(11) ,P(3) ,G(3),R(11) , D'après ces note obtenue, nous remarquons que Lynda utilise beaucoup plus les démentions suivantes :**Retrait comportemental et social additivité, Alexthymie** avec un score de **(11)**.
- **Une note par champs** : On a remarqué que Lynda utilise fréquemment employé par Lynda est celui de champ émotionnelle avec une note de **(40)**, suivant le champ information avec une note de (34), et le champ action qui relève le moins utilise.

- **Une note de coping positive et une coping négative :**

Lynda a une note de coping négatif (**61**) et une note de (**38**) pour le coping positif.

TABLE 2- la feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Lynda

Champs / Stratégies	Action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A 3	G 3	M 7	13
Support social	B 5	H 4	N 5	14
Retrait	C 11	I 9	O 11	31
Conversion	D 5	J 8	P 3	16
Contrôle	E 4	K 3	Q 3	10
Refus	F 4	L 7	R 11	22

D'après la feuille de dépouillement N°2, Lynda a obtenu :

- **Une note totale de stratégies :** nous avons enregistré la stratégie de retrait étant le plus fréquemment utilisée avec une note de (**31**), suivie par la stratégie de Refus avec une note de (**22**), puis une note de (**16**) pour la stratégie de convection, suivie par la stratégie du support social avec une note de (**14**), ensuite une note de (**13**) pour la stratégie de focalisation, enfin la stratégie de contrôle avec une note de (**10**).

1.5.3 Synthèse de l'échelle du toulousain de coping du cas de Lynda :

D'après les données de l'échelle de coping administrées à Lynda, nous constatons qu'elle utilise les stratégies de coping négatif centré sur le champ émotionnel, cela implique l'utilisation des stratégies de Retrait (**comportemental et social additivité**).

1.5.4 Synthèse générale du cas de Lynda :

On a conclu à partir de l'entretien et de l'échelle de coping que Lynda est une femme triste et découragée car elle a trouvé des difficultés d'adaptation dans son environnement familial, en plus elle n'a pas un bon soutien de la part de sa belle-famille, ce qui a fait appel aux stratégies négatives centrées sur le champ émotionnel.

2. Discussion d'hypothèse :

Dans cette partie nous allons présenter la synthèse de résultat de l'analyse de l'entretien semi-directif , et de l'échelle Toulousaine de coping qui se dégage dans notre recherche , qui vise à procéder à une discussion des hypothèses relative aux deux variable de notre étude portée sur « Les stratégies de coping chez la femme stérile » Afin de confirmé ou infirmé notre hypothèse. L'objectif de cette partie porte sur quel sont les différentes stratégies utilisé par les femmes stériles pour faire face à leurs situations.

D'après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle Toulousaine de coping qui y a été réalisés sur 5 cas, ou nous avons obtenu des résultats qui nous conduisent à la confirmation de notre hypothèse.

Pour répondre à hypothèse, nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de coping. Selon Lazarus et ses collègues, le coping à deux fonctions principales, il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress comme il peut permettre de réguler la réponse émotionnelle associée à ce problème. Selon eux, le coping est un ensemble des réponses à des situations et stressantes spécifique, c'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en façon dont l'individu les évoluer, pour certains auteurs les déterminants du coping sont positionnels (caractéristique cognitives et conatives de l'individu). Pour d'autres, le coping est déterminé par les caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité).

Notre hypothèse est confirmé par tous les cas : Nassima ,Marwa ,Fatma Zehra , Salima, Lynd, après avoir appréhendé la situation , ces femmes vont évaluer ses ressources personnelle est sociales pour y faire face au Conflie et au problème engendré par la stérilité employant des différentes stratégies de coping centré beaucoup plus sur le problème que le soutien social, et l'émotion,

Mc Crae (1984) a montré en effet que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ».

(M.Bruchor-Schweitzer.2001 ,p.73).

Impliquer par l'utilisation de différentes stratégies, par rapport au cas qui centre sur le problème Marwa, Fatma Zehra, Salima, utilisant le coping positif, implique par l'utilisation de la stratégie de focalisation (par la position : focalisation cognitive et Active et le support social par le support social informationnel). Et la stratégie de support social (coopération contrôle par le contrôle émotionnelle) et la stratégie de support social (coopération , et focalisation active distraction et le support social émotionnel), et par rapport à Nassima et Lynda utilisant le coping négatif qui implique des stratégies de coping de support social (coopération et stratégies conversion par valeur), et par rapport a Lynda utilise des stratégies de coping négative centrée sur l'émotion , qui implique l'utilisation des stratégies de coping Retrait (par des positions : comportemental et social additivité, Alexthymie).

-Après avoir confirmé notre hypothèse on constate que les femmes stériles utilisent une variété de stratégie de coping, est la plus employé est celle qui est centré sur le problème par (03) cas (Marwa, Fatima zehra, Salima), et après la stratégie de support social par (01) cas Nassima. Et en dernier le coping centré sur l'émotion par le cas de Lynda.

Il n'y a pas de stratégie de coping efficace en elle-même, indépendamment de certaines caractéristique des individus (évaluation) et des situations (durée, contrôlabilité). En outre, l'efficacité d'une stratégie de coping varie selon le critère considéré (bien être émotionnel, santé, physique hétéro ou autoévalués). Tout ceci illustre bien le fait que le coping processus transactionnel entre la personne et son environnement (**B-Sch. Marilou, 2002, p.387**).

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons fait une petite présentation de chaque cas, et nous avons posé un guide d'entretien clinique et les résultats de l'échelle toulousaine de coping, les différents modèles de coping utilisés par les femmes stériles.

Conclusion

Conclusion générale

Cette pratique que nous avons effectuée au sein de la clinique « HAMANI », s'est avérée très riche par la problématique traitée « les stratégies de coping chez la femme stérile », cela est dû à l'expérience acquise sur le plan théorique.

Tout d'abord, nous avons sélectionné un échantillon composé de cinq femmes stériles âgées de plus de 40 ans qui suivent leurs contrôles médicaux au niveau de la clinique. Nous avons opté dans notre recherche pour un entretien et l'échelle d'évaluation psychologique (l'échelle toulousaine de coping).

Comme le témoigne ce travail, le model « mère avant tout » reste le model dominant dans la société algérienne. C'est lui qui oriente et délimite de la sexualité, du psychique et de social. C'est pourquoi la stérilité est vécue comme une vraie « catastrophe », un mal...est présenté comme un argument qui «légitime» divers comportements (divorce, polygamie, marginalisation) le concept stérile informe, pour une sorte d'angoisse inversé, que le Corp. Fécond est survalorisé. La réalisation au corps gravis est honorée par son association a la divinité créatrice aussi a ce jour, vivre la stérilité ce serait pour une femme devoir rester condamnée de tout temps a jamais par le poids ensemble de traditions et de croyance. pour tout le monde , découvrir sa stérilité produit un choc énorme , dont les répercussion touchent plusieurs aspects de la vie :sentiment d'incapacité ou d'exclusion , culpabilité , stress , le couple se son atteint dans son intégrité physique et social , car il ne répond pas à l'image idéale renvoyé par la société .

Pour faire face à cette situation les femmes stériles développent des stratégies de coping, qui sont considérées comme un moyen d'ajuster et de dépassé cette pathologie.

L'analyse des contenus des entretiens et du test de notre échantillon d'étude nous a permis de dire que nos sujets d'études arrivées a s'adaptent différemment à leur contraintes qui est causé par leur stérilité, d'autres cherchent du soutien social, c'est

réaction constituent les stratégies de coping, qui représente les efforts cognitifs, comportementaux et affectifs.

En effet on a déduit que la plus part des femmes stérile développent des stratégies de coping pour faire face à sa situation, et chacune a son propre type.

En fin, la femme stérile a besoin d'un soutien familiale et social est une prise en charge psychologique a fin de s'adapté a sa stérilité.

Bibliographie

- 1-Anjani Chandra: « **Maternal and child Health** », mamographie dans la reproductive Health of Women, Atlanta. (Georgie), Center for Disease Contrail, (1994).
- 2- African journal of reproductive Health, 4.dec 2008, volume 13, issue. Pp.81-94 par Ernestina S Donkoret Jane sandall.
- 3-Article publié par le jeune indépendant en (2008), en Algérie, Dr.nedir.
- 4-Barbaras (R) et al: « **Sciences et philosophies** », vrin Mimesis 8eme Edition university of Memphis,(2000).
- 5-Benony. H et chahraoui.kh: « **L'entretien Clinique** », Ed Dundod, Paris (1999).
- 6-Benony.H et chahraoui.kh : « **Méthodes d'évaluation et recherches en psychologie clinique** » Ed Dunod, paris, (2003).
- 7-Bringhentu F et al, (1997) :« **Psychologie caldjustement ont infertile** » ...Acta.
- 8-Buchon, Sweitzer.M et Bruno.Q (2001) : « **Personnalité et maladie, stresse, coping, etajustement** », Edition Sunod, Paris.
- 9-Bydlwoshi.M. (1997), :« **Dette de vie** » 1 er Edition, presses universitaires de France.
- 10-Bydlwoshi.M. (2003) facteurs psychologique dans l'infertilité féminine, Edition feril.
- 11-Cairo R : « **Victimologie de l'effraction de intersubjectif a la restauration social** » 2eme édition, paris, (2000).
- 12-Claud Naélle.Pichomam, (2001), actualité d'un symptôme feminin.la stérilité psychique.
- 13-Chiland collette : « **Entretien clinique** » Paris, Puf, (1993).
- 14-Chbrol.Het callham.S : « **Mécanisme de défense et coping** », Edition Dunod, Paris, carol. Tarvis et coll, (2004) :« **Introduction à la psychologie** », les grandes

perspectives, Edition bock, Bruxelles.

15- Christian blaguez : « **Gynécologie obstétrique** » 2 Edition, Elsevier Masson, SAS 2010 Tous droits réservés. Paris.

16-Daron.J : « **La méthode de cas en psychologie et en psychopathologie** »Ed Dunod, Paris, (2001).

17-Dépon-gadet M. (2011) stérilité et infernale, editiondangels.

18-Dinca.A : « **stratégies de coping, mécanisme de défense et leurs influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** » thèse de doctorat, mention psychologie, université de reims champagne 25 septembre (2008).

19-Esparbes.S et col : « **Stratégie de coping** », Ed Paris, (1989).

20-Fat ou sow (1992), vie et santé, stérilité et sous-fécondité en Afrique, ed et Lest, Dakar.

21-Faure Pragier, Sylvie (2006) désir d'enfant et stérilité, Edition gercpa.

22-Fernandez.L et Catieeuw.M : « **la recherche en psychologie clinique** » Ed Nathan vu EF, Paris, (2001).

23-F.Puech : « **Extrait des mises à jour en gynecologie et obstétrique** », collège national des gynécologues et obstétriciens francais.Paris, (2010).

24-Francois Olivennes et Laurence Beauvillard : « **n'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant** ». Adil Jacob, mars (2008), Paris.

25-Gerard, J : « **traite pratique des maladies de la femme** »,2eme édition. (1975).

26-Grand dictionnaire de la psychologie Larousse bordas (1999).

27-Grebot Elisabeth, (2008), stress et burn-out au travail, édition d'organisation, paris.

- 28-Guilia, R et al : **« infertilité et procréation médicalement assistée »,** immersion en communauté, (2008).
- 29-Jeanbelaisch (1981), comment vaincre la sterilité, ed.Masson.Paris.
- 30-Lazaruse.R et Folkman : **« Stress appraisal and coping »** Ed,Springer, new york,1984.
- 31-Macha-Meril, (2008) :**« Un jour je suis morte »** .Albin Michel. Manuila.A et Coll : **« Dictionnaire médical manuila »** 10eme édition, Masson, Paris, France, 2004.
- 32-Manuila.A et Coll : **« Dictionnaire médical manuila »** 10eme édition, Masson, Paris, France, 2004.
- 33-Marylème blorde, (2008) génécologie obstétrique et soins Infermière, éditions France.
- 34-M.Buchon, Switzer Marie-Lou, (2002) :**« Psychologie de la santé modelés, concept, et méthodes »,** Dunod, Paris.
- 35-Moriez.E et Al, (1997): **« Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET...gynobstetiverst ».**
- 36-Narbanou Hein et Israil Nisand : **« nouveaux cahiers de l'infirmier »,** 4eme édition, Masson, Paris, (1997, 2000, 2003, 2006).
- 37-Nicole Stryckmans, (1993) désir d'enfant, le bulltin fredien N° 21.
- 38-Pieluing Graziani, joel Swendsen :**« les stress, émotion et stratégie d'adaptation »,** édition, Armand Coloin, (2005).
- 39-Piquenal-vien.L : **« le coping, une ressource a identifié dans le soin infirmière »,** recherche en soin infirmière, N°67, decembre2001...
- 40-Pupat.A : **« La perception de la maladie et le coping chez les personne fibromyalgies »,** in, Etudiant N°19801674, (2006-2007).
- 41-Quintard.R et all :(2001) **« concept, stress, coping »** Ed Nathan, Bordeaux.

Sillamy.N : « dictionnaire de psychologie », Paris, 1989.

42-Valle.rand.R et Hess, UR : « méthodologie de la recherche en psychologie », Montréal, Paris, (2000).

43-Zornj.R et al (2005) stérilité du couple, édition Masson, Paris.

44-(<https://www.google.dz>).

Annexes