



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie
Option : Psychologie Clinique

Thème

La résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses

Étude clinique de 04 cas

Présenté par :

MANSOURI Wissam

TAIRI Tassadit

Encadré par :

Dr. HATEM Wahiba

Soutenu le / /

Année 2019/2020.

Remerciements

Notre gratitude va d'abord à ALLAH qui nous a donné la volonté et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement notre promotrice Dr Hatem wahiba pour sa disponibilité, son aide, ses orientations et ses précieux conseils quelle nous a apporté dans notre recherche.

Nous présentons, aussi nos sincères remerciements à Mme Binamsili Lamia pour son soutien, conseils et la documentation quelle nous a fournie.

Nos remercions également tous les enseignants que nous avons rencontrés tout au long de notre recherche ainsi aux médecins gynécologues Dr OUARRABI et Mme ALIOUAT pour leur soutien durant notre pratique.

Avec l'expression de notre reconnaissance aux mamans qui nous ont accordé leur consentement à notre recherche et d'avoir accepté de bien vouloir nous accorder un peu de leur temps pour répondre à nos questions.

Merci à tous



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

A mes chers parents, pour leur patience illimitée, leur encouragement permanent, leur conseil, leur d'Oaa, leur tendresse, qui ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Que dieu vous préserve une longue vie et vous garde en bonne santé.

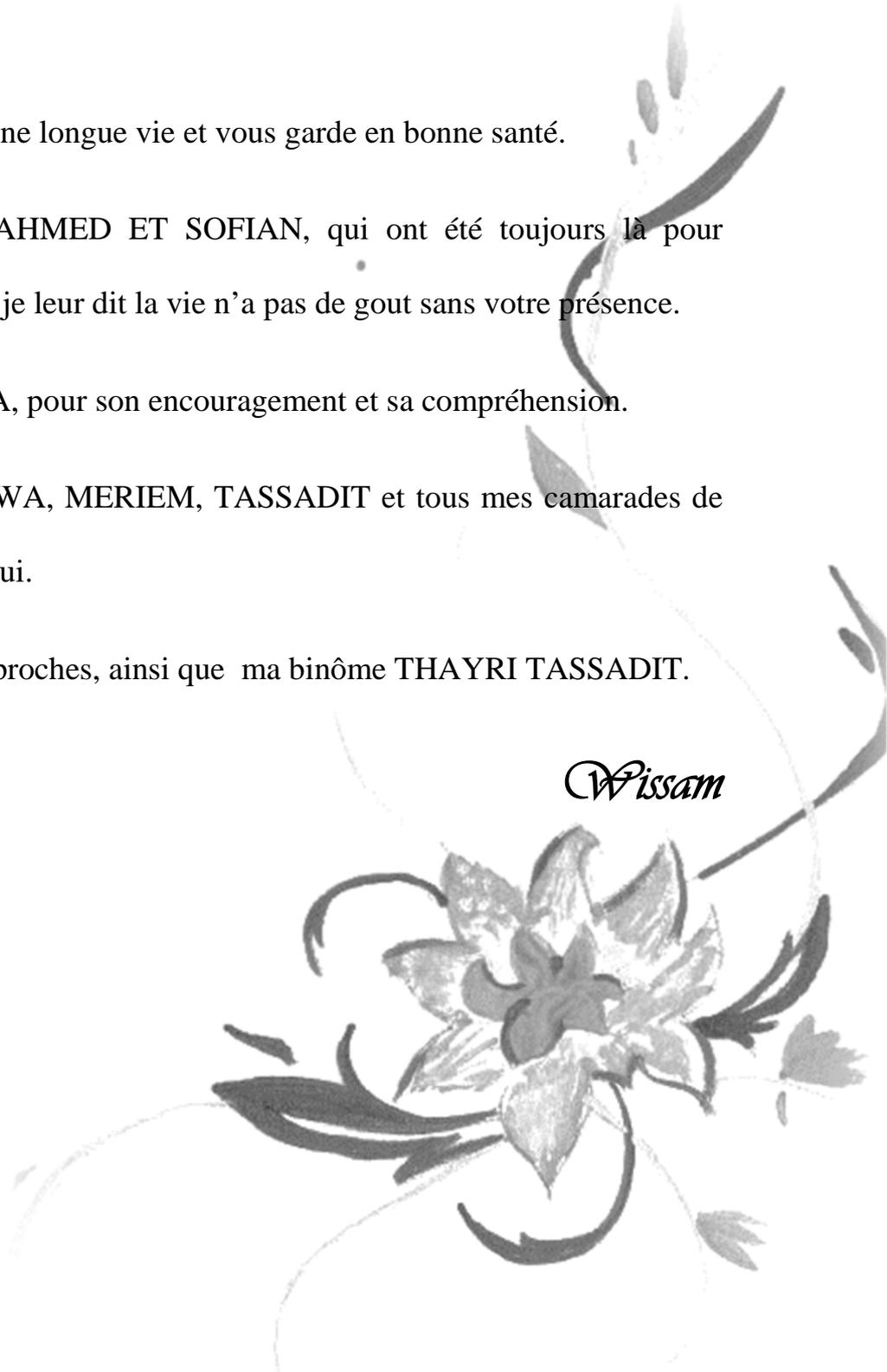
Mes adorables frères : AHMED ET SOFIAN, qui ont été toujours là pour satisfaire mes demandes, je leur dit la vie n'a pas de gout sans votre présence.

A mon cher mari REDHA, pour son encouragement et sa compréhension.

A tous mes amis : HOUWA, MERIEM, TASSADIT et tous mes camarades de l'université pour leur appui.

A toute ma famille, mes proches, ainsi que ma binôme THAYRI TASSADIT.

Wissam



Dédicaces

A mes très chers parents

Yemma Et Vava , quoi que je fasse et quoi que je dise je ne saurais guère vous remercier comme il se doit. Votre soutien, votre présence, votre affection, vos encouragements ainsi que votre bienveillance me guide, votre présence a mes cotés a toujours été ma source de force pour affronter les difficultés et les obstacles, que ce travail traduit ma gratitude et mon affection pour vous. Merci

A ma grand mère « fadhma » puisse dieu te protéger et te garder en bonne santé. A mes sœurs, mes beaux frères, mes neveux et nièces que j'affectionne particulièrement, je vous dis merci de croire en moi, merci pour votre aide et soutien.

A vous mes Frères et mon Mari je vous remercie d'être a mes cotés de près ou de loin et de faire partie de ma vie tout simplement.

A toute ma famille que j'estime énormément et à laquelle je serai a jamais fière d'appartenir, je vous aime du plus grand au plus petit.

A mes chères meilleures amies je vous remercie de faire partie de ma vie, vous m'apporté du bonheur, des rires et des larmes, pour tout cela je vous aime.

Tassadit « Sassa »



Liste des abréviations

APA: *Manual of the American Psychological Association.*

AS : Avortement Spontané

ASR : Avortement Spontané à Répétition

CD-RISC: Katherine CONNOR et Jonathan DAVIDSONNE Résilience Scale

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

FC : Fausse Couche.

FCS : Fausse Couche Spontanée

FCSR : Fausse Couche à Répétition

ISG : Interruption Spontanée de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TSPT: Trouble de Stress Post Traumatique.

Sommaire

Introduction	01
Problématique et hypothèses	06
Opérationnalisation des concepts	12

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Interruptions spontanées de grossesses

Préambule

1-Définitions de La grossesse	15
2-Aperçu historique sur l'interruption de grossesse ou avortement	16
I-ASPECT MEDICAL (sur les interruptions spontanées de grossesses)	
1- Généralité sur l'avortement	18
2-Définitions et Epidémiologie des interruptions spontanées de grossesses.....	19
3-Les types d'interruptions spontanées de grossesses.....	20
4-Etiologie des avortements spontanés a répétitions	22
5-La prise en charge et traitement de l'avortement spontané	29
II-ASPECT PSYCHIQUE ET PSYCHOLOGIQUE :(Interruptions spontanées de grossesse)	
1-Caractéristique des conséquences psychologiques de l'avortement	33
2-L'impact psychique et psychologique sur le conjoint	35
3-Définitions des troubles psychiquesdû à des interruptions spontanées de grossesses	36
4-Le deuil est il un symptôme ou une stratégie ?	38

Conclusion.

Chapitre II : La Résilience

Préambule

1-Origine du concept de résilience	42
2-Définition de résilience	43
3-La résilience selon différents approches	45
3-1-Approche psycho-dynamique de la résilience et processus intra psychique	45
3-2-La résilience selon la théorie d'attachement.....	47
3-3-La résilience selon l'approche cognitivo-comportementale	47
3-4-Approche transversal de résilience	48
4-Les facteurs de protection	49
5-Principaux facteur de risque	50

6-Critère de processus-----	51
7-Les stratégies de la résilience-----	51
7-1-L'altruisme -----	51
7-2-L'optimisme-----	51
7-3-L'intelligence émotionnelle -----	52
7-4-La spiritualité -----	52
7-5-Le sens de l'humour -----	53

Conclusion.

Chapitre III : Démarche de la recherche et techniques utilisées.

Préambule

1-Méthode de la recherche -----	56
2- Présentation du groupe de recherche -----	60
3- Les techniques utilisées-----	62
4-L'attitude de chercheur en psychologie-----	66
5-La méthode suivie dans la présentation et analyse des cas -----	66
6-Les difficultés rencontrées -----	67

CONCLUSION

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussions des hypothèses.

1-Présentation et analyse des résultats	
1.1. Présentation du cas de Aniasse -----	71
1.2. Présentation du cas de Dalila -----	78
1.3. Présentation du cas de Tinhinane -----	82
1.4. Présentation du cas de Samra. -----	89
2-Discussion des hypothèses -----	94

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

N°	TITRES	Page
N°1	Tableau récapitulatif du groupe d'étude	61
N°2	Tableau récapitulatif des résultats obtenus de l'échelle CD-RISC (2003) du cas de Aniasse	76
N°3	Tableau récapitulatif des résultats obtenus de l'échelle CD-RISC (2003) du cas de Dalila	81
N°4	Tableau récapitulatif des résultats obtenus de l'échelle CD-RISC (2003) du cas de Tinhinane	87
N°5	Tableau récapitulatif des résultats obtenus de l'échelle CD-RISC (2003) du cas de Samra	92

Liste des annexes

N°	Titre
N°1	Présentation du guide d'entretien
N°2	Présentation de l'échelle de résilience CD-RISC en deux langues
N°3	L'échelle de résilience Connor Davidson ResilienceScale(2003) d'Aniasse
N°4	L'échelle de résilience Connor Davidson ResilienceScale(2003) de Dalila
N°5	L'échelle de résilience Connor Davidson ResilienceScale(2003) de Tinhinane
N°6	L'échelle de résilience Connor Davidson ResilienceScale(2003) de Samra

Résumé

Notre recherche aborde la question de « La résilience chez les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesse».

L'objectif de notre recherche est de déterminer les différentes stratégies de résilience chez les femmes ayant subies plus de deux interruptions spontanées de grossesse, notamment les répercussions psychiques qu'elles provoquent et, si cela peut interférer sur la relation du couple.

Notre recherche sur la résilience concerne l'aptitude de ces sujets à surmonter les traumatismes psychiques et à se construire malgré leurs blessures.

Afin de répondre à nos questionnements, nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle de résilience CD-RISC (2003).

Cette recherche a démontré la présence d'un vécu psychologique différent chez nos quatre sujets, d'où la manifestation des stratégies de résilience chez tous les cas testés qui leur a permis une adaptation face à la survenue d'un événement traumatisant.

Mots clés : interruptions spontanées de grossesse, troubles psychiques, facteurs de résilience, processus de résilience, adaptation.

Abstract

Our research addresses the question « Resilience in women who have undergone spontaneous termination of pregnancy ».

The objective of our research is to determine the different strategies of resilience in women who have undergone more than two spontaneous terminations of pregnancy, including the psychological repercussions they cause and whether this can interfere with the couple's relationship.

Our research on resilience concerns the ability of these subjects to overcome psychological traumas and to build themselves up in spite of their injuries.

In order to answer our questions, we opted for the case study, we used the semi-directive clinical interview and the CD-RISC resilience scale (2003).

This research demonstrated the presence of a different psychological experience in our four subjects, hence the demonstration of resilience strategies in all the cases tested that enabled them to adapt to the occurrence of a traumatic event.

Key words: spontaneous termination of pregnancy, psychic disorders, resilience factors, resilience process, adaptation.

Introduction

Etre maman est un changement mémorable et irréversible dans la vie d'une femme. Avant la naissance de leur enfant, les femmes ont une perception de l'expérience de la maternité fondée sur les mythes qui entourent cet événement dans notre société. Cette perception est également influencée par l'expérience de maternité de leurs amies, leur mère et toutes les femmes de leur entourage. La plupart des femmes ont des attentes et des aspirations quant à leur futur rôle de mère.

Dès son jeune âge, la petite fille est déjà initiée au rôle de mère, dans certaines familles, si elle est l'aînée de ses frères et sœurs, elle est considérée comme la mère de substitution. Elle s'occupe d'eux et veille à accomplir d'autres tâches liées à l'éducation des enfants. Très tôt, on lui apprend à cultiver une attitude maternelle vis-à-vis de ses proches, Le statut de la femme en Algérie demeure particulièrement lié aux rôles qui lui sont attribués, notamment le rôle d'épouse et, surtout, de mère, la grossesse n'est perçue que dans sa dimension positive, constructive et épanouissante. En effet, la valorisation de la grossesse et ses bienfaits en termes de bonheur, de réussite et d'amélioration et du développement personnel. Cependant, même si l'Islam a révolutionné et promu la femme dans la société en lui accordant bien des droits, il a aussi valorisé la place de la mère. En tant que mère, la femme a droit selon la loi Coranique, au respect total de la part de ses enfants. Les musulmans apprennent que « le Paradis se trouve aux pieds des mères », ce qui contribue activement à la constitution d'une sorte d'ancrage identitaire propre à cette valorisation des interruptions spontanées de grossesses dans les sociétés arabo-musulmanes.

Néanmoins, pour le couple l'idée de devenir parents vient souvent d'une décision mûrie ou d'une surprise, c'est poser un pied dans l'inconnu. Au moment même Les sentiments s'emmêlent entre joie, interrogations et réflexions, très naturelles, c'est généralement la concrétisation d'un désir profond et puissant. Elle est aussi, le plus souvent, le fruit d'une histoire d'amour entre un homme et une femme. C'est presque une évidence pour le couple, un enfant scelle leur union comme un don de soi à l'autre, elle est plutôt un mixte de responsabilités et d'accomplissement au sein du couple. La grossesse se vit dans le corps mais aussi dans la tête. C'est une période de grands changements, aussi bien pour la future mère que pour le futur père.

Vivre sa grossesse en toute sécurité telle est la préoccupation majeure des futures mamans ; néanmoins des accidents parfois graves interviennent, dont beaucoup peuvent être évités par des actions relativement simples, Il se peut qu'à l'occasion de cette grossesse, la femme subit

des épreuves obstétricales importantes sinon sévères dont les extractions spontanées ou instrumentales surviennent.

La naissance et la mort sont aux antipodes, mais se retrouvent parfois, malheureusement, intimement liées tel la grossesse et son interruption spontanée.

Toutefois, la survenue d'une ou de plusieurs fausses couches chez un couple désirant de devenir parent qui sont c'est l'arrêt d'évolution de la grossesse sans expulsion comme il peut arriver à certaines femmes, une expulsion de l'embryon ou du fœtus vivant mais non viable.

Appelé aussi des avortements spontanés, communément connue par fausses couches, sont assez fréquents et peuvent survenir une fois chez toutes les femmes durant leur vie reproductrice. Dans la population générale, le risque de fausse couche est de 1 sur 5 grossesses. Ce risque augmente avec l'âge maternel et, à partir de l'âge de 40 ans, on estime qu'il se situe à 1 sur 3 grossesses. Toutefois, lorsque les avortements se succèdent à répétition, une investigation peut s'avérer utile. Une investigation ne sera initiée qu'après 2 fausses couches consécutives ou plus. Il faut également que la grossesse ait été confirmée par une échographie ou par un examen en pathologie du produit de conception. Les grossesses confirmées seulement par un test de grossesse positif ne sont pas comptées. Après 2 fausses couches successives ou plus, le risque est évalué à 30 % chez les femmes de moins de 35 ans.

Par conséquent, cette maladie laisse des séquelles dans le côté psychique. Justement, ces avortements spontanés, leurs répercussions psychiques sont encore mal appréhendées. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cela dont l'hostilité, le stress, les troubles de sommeil... : les patientes les cachent souvent à leur entourage pour protéger leur vie privée, les manifestations cliniques ne sont pas visibles, l'importance du traumatisme est souvent minimisée, etc. Certaines publications ont cependant rapporté l'impact psychologique immédiat des fausses-couches avec un taux élevé d'anxiété et de dépression ; pour beaucoup de femmes, une perte fœtale précoce est l'événement le plus traumatisant de leur vie.

De plus, les femmes abortives se voient stigmatisées par le regard de la société qui accorde aux naissances réussites une importance cruciale. Ceci tend à délimiter le rôle de la femme l'empêchant ainsi de s'épanouir auprès de ses proches en tant qu'être ayant d'autres responsabilités, implications et intérêts.

Bien que certain femme ne se laisse pas abattre par ces idées dysfonctionnelles, bien au contraire, elles cherchant à surmonter cette situation d'adversité, la femme ayant subi plusieurs interruptions spontanées de grossesses s'appuie sur des éléments dits de protection qui lui permettent une réinscription dans une vie personnelle, conjugale et sociale. Ce processus de résilience fait donc appel aux ressources propres de la femme elle-même et de son environnement

La **résilience** est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable. La résilience serait rendue possible grâce à la structuration précoce de la personnalité, par des expériences constructives de l'enfance (avant la confrontation avec des faits potentiellement traumatisants) et parfois par la réflexion, ou la parole.

La résilience concerne la capacité humaine à se confronter, intégrer et être transformé par les expériences adverses ou les événements de vie négatifs, sans perturbations comportementales ni troubles psychiques majeurs, en gardant une bonne qualité de vie. Elle correspond à un processus dynamique et évolutif qui inclut une démarche adaptative et le maintien de l'intégrité psychique, malgré l'exposition à des contextes pathogènes.

Pour mener à bien notre recherche, nous allons essayer de répondre aux critères exigés par la communauté scientifique. Dans ce cas, nous nous sommes intéressés à porter notre travail sur l'étude d'un thème intitulé « la résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses » sous une approche théorique en psychologie clinique la thérapie cognitivo-comportementale, La TCC est une thérapie active, directive, structurée et limitée dans le temps. On peut la concevoir comme une forme d'entraînement à penser et à agir de façon mieux adaptée lorsque vos émotions, vos pensées ou vos comportements sont sources de souffrance. *Comme pour la plupart des entraînements, les résultats sont le fruit d'une pratique régulière et prolongée.*

Afin de réaliser notre pratique cette dernière nous l'avons effectuée dans un établissement hospitalier privé ainsi un cabinet privé des gynécologues obstétriciens, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle de résilience CD-RISC (2003).

Tandis que notre recherche s'est appuyé sur le plan de travail suivant : nous avons amorcé par une introduction , l'opérationnalisations des concepts clés suivie d'une problématique

dans laquelle nous avons proposé notre objectif de cette recherche, nos questions ainsi nos hypothèses, Notre plan se compose de deux grandes parties, la première partie elle est consacrée aux données théoriques concernant nos variables ainsi le troisième chapitre méthodologique, puis la partie pratique comme dernier chapitre

Le premier chapitre nous avons abordé la maladie des interruptions spontanées de grossesse dans sont aspect médicale ainsi psychologique. Le second s'en suit avec la variable dépendante qui se porte sur le concept de la résilience (facteurs et stratégie de résilience). Dans le troisième chapitre nous avons présenté la démarche de la recherche et les techniques utilisés. Dans le coté pratique nous avons consacré ce quatrième chapitre a la présentation, analyse ainsi la discussion des hypothèses. Ensuite une conclusion générale, puis les référence bibliographique en se référent a des normes dans le manuel est intitulé « *manual of the American psychological association* » qui est un guide recueil de recommandations pour la présentation des citations et des références bibliographiques (APA) 2016. Pour en fin clôturé avec des annexes.

Problématique et hypothèses

Traditionnellement, la maternité était à la base de la construction de la féminité et du rôle social des femmes (*Gillespie, 2000; Lemieux & Mercier, 1987*). *Arendell (2000)* stipule que, , la maternité était, avant les dernières décennies souvent perçue comme une identité primaire chez la plupart des femmes adultes. En d'autres mots, la féminité et la maternité étaient perçues comme des identités fusionnelles et deux aspects d'une même expérience. En Afrique en générale, l'épanouissement de toute femme ne s'accomplit qu'au fur et à mesure de ses maternités. Cette dernière est un vaste monde, qu'il faut décrire en apportant les mots qui permettront aux parturientes (futures mères) de pouvoir dire ce qu'elles vivent au point de pouvoir trouver et retrouver le pouvoir de donner naissance. Néanmoins la maternité n'est pas seulement liée à la reproduction, la mise au monde d'un enfant peut être le désir conscient d'un couple, une heureuse surprise ou un accident, cet événement vient accomplir l'existence de l'homme.

Vouloir un enfant s'inscrit pour chacun, dans des processus psychiques complexes qui relèvent de son histoire générationnelle, de son expérience comme enfant, de son projet de devenir parent où la grossesse transforme alors l'épouse en future mère et le mari en futur père et des valeurs sociales ambiantes, de la culture dans laquelle on vit.

En l'occurrence, quand une grossesse est annoncée, cela ne représente pas systématiquement une naissance. L'arrivée plausible de cette nouvelle dans une famille ou bien l'impossibilité de naissance interroge le système tout entier sur la place du probable nouvel arrivant, les grossesses passées, les interruptions de grossesses vécues par les femmes de la famille, mais aussi d'ordre, Il sera plus question de femme dans ce dossier, même si les pères seront bien entendu présents dans les articles autour des effets de l'arrivée d'un enfant dans le couple, mais aussi du souhait. Le passage entre grossesse et maternité n'est pas toujours aisé, période de vulnérabilité pour les femmes et, si les avancées de la médecine et des techniques de dépistage ont beaucoup évolué ces dernières années, les recherches et diagnostics in utero sont source d'angoisses importantes, une médicalisation de la grossesse qui ne joue pas toujours un rôle rassurant pour les parents...

Depuis toujours, les femmes donnent la vie, mais il arrive par moment que cette vie soit interrompue trop tôt, avant même que l'enfant ait vu le jour ; si La fausse couche est relativement fréquente en Algérie (une grossesse sur dix se terminerait par une fausse couche), elle n'en est pas moins un événement difficile à vivre, voire traumatisant, pour la femme comme pour le couple. Et ce, d'autant plus que les fausses couches se répètent. Les

avortements spontanés représentent de 10 à 20 % des interruptions de grossesse (les chiffres sont incertains, car certaines femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autres ne consultent pas le médecin) Les avortements de ce type ont généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation ; alors, 31% des grossesses avortent après implantation, 10 à 15% des femmes enceintes font une fausse couche (FC) entre 5 et 8 SA, 70% des oeufs fécondés avortent avant 6 semaine, - 1 femme sur 4 saigne au premier trimestre, 50% font une fausse couche spontanée, 50% iront à terme (Khalid, 2014/2015, p. 1-2).

Une étude a été faite qui démontre les risques qui peuvent provoquer plusieurs interruptions de grossesse Le Groupement d'étude de la maladie abortive (GEMA), créé en 2004, utilise la définition suivante pour les fausses couches spontanées à répétition (FCSR) : au moins trois épisodes de fausses couches spontanées (FCS) consécutives, de moins de 14 semaines d'aménorrhée (SA), avec le même partenaire, chez une patiente de moins de 40 ans. La fréquence d'une FCS « isolée » est estimée à 15 %, la probabilité d'aboutir dans ces circonstances à trois FCS consécutives serait donc de 0,3 %. Or, on évalue à 1,5 % la proportion de femmes concernées par les FCSR. Il y aurait donc 20 % des femmes faisant des FCSR qui pourraient être victimes d'une répétition de FCS sporadiques ou idiopathiques. Toutefois, 80 % d'entre elles n'entrent pas dans ce cadre, ce qui justifie une démarche d'explorations à visée étiologique. Lepage, J., Luton, D., & Azria, E. (2015)

Pour POPIN Dictionnaire (Dictionnaire Démographique et de la Santé de la Reproduction - Organisation des Nations Unies) stipule une définition sur l'avortement habituel « comme l'expulsion d'un fœtus mort ou non viable à environ la même époque de développement d'au moins trois grossesses successives ».

Les interruptions spontanées de grossesse sont définies par la succession de trois (ou plus) avortements spontanés. Plusieurs arguments sont en faveur de l'existence réelle de l'entité « Avortement spontané à répétition » en tant que maladie et non simple répétition accidentelle d'un phénomène fréquent. Nous remarquons, que selon la terminologie médicale, on parle d'avortements spontanés jusqu'au sixième mois de la grossesse, au-delà de cette date, on parle d'accouchements prématurés

➤ L'avortement spontané (AS) selon l'OMS (1977) est « l'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 500 grammes ». Ce qui correspond à une grossesse de 20-22 semaines. La plupart des auteurs ne retiennent pas les grossesses molaires et ectopiques. Les grossesses « biochimiques » et les « pertes embryonnaires précoces » sont exclues. Le taux

d'avortements spontanés (AS) varie de 12 % à 15 % .La nomenclature des obstétriciens groupant les pertes avant 20 semaines sous le vocable d'avortements et les pertes fœtales plus tardives sous le terme de mort fœtale est inappropriée pour classer les interruptions spontanées à répétitions (ISG).

Des statistiques plus récentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Algérie (2009) indiquent que le taux d'avortements spontanés est relativement stable, soit entre 12,4% et 15.2% de 2007 à 2008, ce qui correspond à environ 12 000 interruptions spontanées pour 93 000 naissances. Il faut toutefois considérer que les statistiques sont constituées à partir des données d'hospitalisation, ce qui laisse envisager une proportion plus grande de femmes qui vivent une interruption spontanée.

Néanmoins, pour les études épidémiologiques indiquent que lorsqu'une femme a fait une fausse couche spontanée, le risque d'interruption à la grossesse suivante est très légèrement augmenté. Après deux ou trois fausses-couches successives le risque de répétition augmente plus nettement. Ainsi après deux fausses-couches, le pourcentage est estimé à 30 %, puis aux environs de 40 % après trois fausses couches. Dans la très grande majorité des cas, les causes ne sont pas connues. Cependant, après deux interruptions spontanées de grossesses consécutives, le médecin pourra rechercher une cause. (*Jacques Lansac 2002 p 40. Et 42.et 109,*)

Toutefois, lorsqu'elles surviennent lors d'une première grossesse, l'interruption spontanée est banalisée par le corps médical. L'entourage, plein de bonne volonté mais d'autant plus mal à l'aise que les interruptions spontanées de grossesses renvoient à des tabous : le sexe, le sang, la mort. Celui-ci a tendance à minorer l'événement pour se montrer rassurant et compatissant. Ainsi qu'à l'angoisse ressentie de ne pouvoir être mère et parfois la honte de n'avoir pas été capable de mener à terme ce projet, s'ajoute l'impression d'avoir perdu son statut social, sa raison d'être et parfois aussi un sentiment de perte de maîtrise de sa vie. À travers l'expérience de plusieurs interruptions de grossesses spontanées, les femmes éprouvent des sentiments divers, comme le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la honte, le traumatisme ou la dévastation. L'impact psychologique et psychopathologique de la fausse couche a été largement étudié. S'il peut persister sur une période étendue. Espoir brisé, attente déçue, maternité, féminité, remises en question ou inquiétudes quant à l'avenir, la femme ressent très souvent une profonde tristesse et le besoin de parler de cette terrible expérience. Elle peut parfois aller, même, jusqu'à éprouver un sentiment de culpabilité. Cet événement est

à l'origine de pénibles cicatrices psychiques il constitue un vrai malaise psychique. (*Joffres Corinne 2012 p, 15*).

Trois mois après, 38% des femmes ont montré des troubles de stress post traumatique, 20% d'entre elles ont souffert d'anxiété et 5% de dépression. Après une telle expérience, il est fréquent que la femme semble dans des moments de dépression dont la durée varie d'une femme à une autre. L'impact psychologique varie également selon la sensibilité de chaque femme, éventuellement les poids de ses croyances religieuses, sa culture et l'état d'avancement de la grossesse lors de l'interruption.

Par conséquent, chacune se remet différemment de ce traumatisme, en fonction des espoirs placés dans cette grossesse et de son tempérament, les réactions menées face à ces événements diffèrent d'une personne à une autre ; il y a celles qui font face et s'adaptent et d'autres qui sombrent dans l'abandon et la fuite, Après le choc elles ont besoin de donner un sens à l'incompréhensible. Pour surmonter ce cap difficile, il est essentiel de verbaliser. Cependant, les recherches ont en effet constaté que tout soutien émotionnel, apporté par des intervenants clés, soit par un médecin, soit par les infirmières, soit par un groupe d'entraide, diminue les conséquences émotionnelles d'un trouble psychologique non résolu chez les femmes. Le soutien émotionnel peut être très bénéfique pour atténuer le degré de stress perçu lors des différentes étapes de deuil et pour diminuer les conséquences psychologiques d'un deuil non résolu. et pouvoir faire face à cette détresse.

L'approche de psychologie positive propose de nommer les personnes qui font face « des personnes résilientes » ce mot n'est pas utilisé dans ce cas pour décrire un état, un trait de personnalité ou une capacité exceptionnelle, mais plutôt pour mettre en lumière un processus complexe, ou plusieurs facteurs psychologiques interne ou externe à la personne, interagissent pour donner les ressources nécessaires pour s'adapter à cet événement, aussi bien d'un traumatisme grave de condition de vie précaire comme le cas des femmes qui subissent des interruptions spontanées de grossesses. Peu importe l'âge de la personne elle est plus ou moins contrainte de se créer un processus de résilience il s'agit alors le coup du sort, de le maîtriser pour ensuite le transformer et pouvoir ainsi continuer à vivre normalement, et cela même si la blessure présente et le restera toujours. (*A-L.Maire, 4 février 2015*). Vu la place qu'occupe les parents et l'entourage en tant que facteur externe favorisant la résilience des individus (Anaut,2005). La résilience familiale constitue un niveau de compréhension susceptible de mieux rendre compte du processus de résilience individuelle dans certaines

situations. Elle aide aussi à comprendre comment ce groupe constitué, qui est la famille, peut mettre en œuvre des ressources collectives lui permettant une vie organisée, tout en effectuant les changements rendu nécessaire par la résilience (*M.Delage,2008,P.78*).

A cet égard, la résilience se présente comme « la capacité à sortir vainqueur d'une épreuve qui serai peut-être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience implique l'adaptation face au danger, le développement normale en dépit des risques et le ressassement de soi après un traumatisme (*M.Anaut, 2005,P7*)

Nous avons opté à étudier la résilience chez les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses et leur attitude face à cet évènement qui provoque une série de réaction et de souffrance.

L'objectif de notre recherche vise dans sa globalité a déterminé et mieux comprendre les différentes stratégies de résilience chez les femmes ayant subies plus de deux interruptions spontanées de grossesses à savoir notamment si cela peut interférer sur la relation interpersonnelle du couple.

Dans notre étude nous intéressons au vécu qu'entrave cette catégorie de femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses et cela n'empêche pas de mettre sur le tapis quelques questions que suscite notre problématique et qui sont :

- Les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses développent-elle des stratégies de résilience ?
- Quels sont les facteurs qui interviennent dans le processus de résilience ?

Hypothèse

Nous avons suggéré l'hypothèse générale et quatre hypothèses secondaires.

- Les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses développent des stratégies de résilience.

A partir de cette hypothèse, ressortent les sous hypothèse suivantes :

- L'intelligence émotionnelle est un facteur du processus de résilience.
- Les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses font preuve d'optimisme.

- Les femmes qui subissent plus de deux interruptions spontanées de grossesses développent une attitude d'altruisme.
- La spiritualité est un facteur primordial qui permet aux femmes qui subissent les interruptions de grossesses spontanées de s'adapter et faire face.

Opérationnalisation des concepts

1- Interruption spontanée de grossesse

Fausse couche, avortement spontané

-c'est l'expulsion hors de l'organisme maternel d'un fœtus de moins de 500gr ou de 22 SA

- **Interruptions spontanées de grossesses :**
 - La maladie abortive, est la succession de trois ou plus d'avortements spontanés.
 - Hémorragie suite à la douleur, qui fini par l'expulsion du fœtus
 - Avortement prématurée de la grossesse
 - La perte involontaire des produits de conception avant 20 semaines de gestion

2-La résilience :

La définition de la résilience s'appuient sur trois concepts centraux, soit l'adversité les ressources et une adaptation positive.

- vivre une expérience d'adversité,
- La présence de ressources qui permettent de compenser les effets de l'adversité
- Une adaptation positive, ou l'évitement de répercussions négatives ou encore une meilleure issue que ce qui était attendu.

La résilience, est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.

Partie théorique

Chapitre I : Interruptions spontanées de grossesses

Préambule :

La grossesse entraîne des remaniements psychiques, classiquement, cette période est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. Il se peut qu'au cours de l'occasion de cette mise au monde, les femmes subissent des épreuves obstétricales importantes sinon sévères dont les extractions instrumentales, ou d'autres; cette étape peut se terminer par un avortement ce qu'on appelle une interruption de grossesse.

1. Définitions de La grossesse :

Selon Larousse médicale (J.P., Wainsten 1995) « *la grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupé en 3 trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais comme celle-ci est la plus souvent difficile à évaluer sauf le cas d'une fécondation artificiel (fécondation in intro). Les obstétriciens comptent à partir de la semaine d'aménorrhée(S.A).*

C'est-à-dire en semaines d'absence de règle, le début de la grossesse est alors fixé au 1er jour de la dernière règle normale, sa durée étant de 41 semaines d'aménorrhée.

En réalité, se chiffre varié 17% des femmes accouchent au cours de 41 semaines, 25% entre la 38e et la de 40e semaines et 29% pendant la 42 e semaine. Avant 37e semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dit prématuré ; après 41 semaines et 3 jours ont parle de terme dépassé » (J.P. Wainsten, 1995, p.446).

Pour l'**Office de la langue française** (1990), « *la grossesse est une : Période de la vie qui va de la conception à l'accouchement. Mais cette référence préconise d'éviter ce terme et le remplacer par le terme : gestation.* »

Selon le **Larousse-Bordas (1998)**, « *la Grossesse est un : État de la femme enceinte, entre la fécondation et l'accouchement.* »

Ainsi pour E. YBERT. (2010) qui définit la grossesse « *C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel. Synonyme de gestation, la grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupées en trois trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais les obstétriciens comptent souvent en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire en semaine*

d'absence de règle : le début de la grossesse est alors fixé aux premiers des dernières règles normales ; sa durée étant de 37 semaines d'aménorrhée. Avant 37 semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dit prématuré, après 41 semaines et 3 jours, on parle de terme dépassé ». (E.YBERT, 2010, p. 428).

Un grand nombre de femmes vivent des émotions qui peuvent sembler contradictoires durant la grossesse, y compris certaines femmes qui avaient fortement désiré un bébé. L'arrivée d'un bébé change une vie, et si ces changements apportent de la joie, ils peuvent aussi susciter bien des questions et bien des inquiétudes, tel que la perte spontanée de ce fœtus.

2. Aperçu historique sur l'interruption de grossesse ou avortement :

Tout au long de l'histoire, l'avortement est pratiqué selon des définitions diverses, mais toujours édictées par l'Église, les médecins ou les dirigeants sociaux. Au Moyen Age, L'Église interdit la pratique de l'avortement. Pourtant, elle ferme les yeux sur l'infanticide, elle recommande les mariages tardifs ou le célibat et tolère l'abandon des enfants non-désirés chez des nourrices peu fortunées. L'époque classique ne se soustrait pas à l'influence de l'Église, s'y associant, au contraire. Dans les sociétés préindustrielles comme dans l'Antiquité, seules les femmes riches peuvent obtenir les services d'avorteur ou d'avorteuse, les autres se contentant de l'auto-avortement, dangereux pour leur santé, ou de la naissance d'enfants indésirés. (E. Guilbert, 1991, p. 3).

Selon A.Guillaume, & Rossier, C ; *« l'avortement comme une pratique ancienne et universelle. Elle se décline de manière différente selon les époques et les contextes politiques, sociaux et culturels. À travers le monde, les législations sont variables, allant de l'autorisation à la demande de la femme jusqu'à l'interdiction totale. La libéralisation de l'avortement fait l'objet de polémiques intenses, et une fois acquise elle est parfois remise en question. Certains revendiquent l'accès à l'avortement comme un droit humain, un droit des femmes, un droit sexuel et reproductif, mais aussi comme un droit à la santé face aux conséquences des avortements illégaux. D'autres le condamnent au nom du droit à la vie de l'embryon ».*(A.Guillaume, & Rossier, C, 2018,p. 01)

Comme le rapporte un groupe scientifique World Health Organization. À GENEVE du 10 au 14 novembre 1969, Les problèmes posés par l'avortement, spontané ou provoqué ont été abordés au cours de précédentes réunions convoquées par l'OMS, L'une d'elle a notamment étudié le rôle des anomalies chromosomiques dans les avortements spontanés. Un groupe

scientifique des aspects sanitaires de la planification familiale a fait état de la mortalité et de la morbidité liée à l'avortement illégal et montré toutes les lacunes qui restent à combler dans l'étude épidémiologique de l'avortement.

Le présent groupe avait pour mission d'examiner des définitions, des problèmes de terminologie et les sources d'information utilisables ; de faire le point des connaissances actuelles sur l'épidémiologie de l'avortement ; de passer en revue les faits connus sur la morbidité et la mortalité, maternelle et fœtale ; enfin, de recommander les recherches à entreprendre en priorité. Le groupe a laissé entièrement de côté les problèmes cliniques, la situation législative et les aspects démographiques.

En 1950, sur la recommandation d'un comité de l'*OMS* d'experts des statistiques sanitaires, la troisième assemblée mondiale de la santé a défini la mort fœtale comme « le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation... ». Le comité d'experts avait également recommandé que les morts fœtales réparties en trois catégories principales : morts fœtales précoces, moins de 20 semaines complètes de gestation, mais moins de 28 semaine ; et morts fœtales tardives, à 28 semaines complètes de gestation et au-delà, le dernier groupe correspondant à l'ancienne notion, largement admise, de mortinatalité. (A.M.-M. Payne, 1969,p5).

I. ASPECT MEDICAL

Perdre un bébé est éprouvant, mais autrefois, cette situation était gardée secrète, ou encore banalisée et diminuée par la société. Nombreuses sont les femmes qui n'ont jamais fait mention à leur entourage de ces enfants qu'elles ont portés, mais qu'elles n'ont pas vus grandir. À une certaine époque, on jugeait ce phénomène courant sans conséquence et surtout, sans importance. Mais au début des années 1980, la communauté scientifique s'est mise à faire plus de recherches sur le sujet, reconnaissant alors que la perte d'un enfant à venir entraînait bel et bien un deuil et beaucoup plus de conséquences qu'on le croyait auparavant.

1-Généralités sur l'avortement :

Toutefois, dans le langage médical, on entend par « avortement » l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante. La viabilité est ordinairement définie en fonction de la durée de grossesse et /ou du poids du fœtus, parfois de sa longueur. Une enquête récente de l'OMS a révélé que les définitions varient considérablement selon les pays. (A.M.-M. Payne, 1969, p6).

On admet traditionnellement que le fœtus est viable à la 28ème semaine de gestation ou lorsqu'il pèse approximativement 1000g. Cette définition est purement empirique : on constate en effet que les nouveau-nés d'un poids inférieur ont eu la chance de survivre alors que la mortalité décroît rapidement parmi les nourrissons pesant plus de 1000g. Au cours des dernières années, certaines autorités ont fixé la limite supérieure de l'avortement à 20 semaines ou à 500g et même 400g. Des nourrissons de ce poids ayant effectivement survécu ; elles ont appliqué le terme d'« immatures » aux fœtus pesant entre 500g et 1000g. Les faits étiologiques et cliniques associés aux morts fœtales intermédiaires (20 à 27 semaines) sont effectivement plus proches de ceux qu'on observe à une phase tardive de la grossesse que ceux du groupe précisé. (A.M.-M. Payne, 1969, p6).

La plupart des membres du groupe scientifique ont préconisé de fixer à 20 semaines la durée-limite de gestation servant à définir l'avortement. Cependant, dans le présent rapport, la limite traditionnelle de 28 semaines a été conservée pour les raisons suivantes : elle est utilisée par la majorité des pays qui ont adopté une définition de l'avortement, elle complète la définition de la mortinatalité recommandée par le comité OMS d'experts des statistiques

sanitaires, et elle correspond à la définition donnée dans la Classification Internationale des Maladies (CIM). (A.M.-M. Payne 1969, p6).

En fait, le choix de la durée-limite de la gestation a relativement peu d'importance du point de vue de la fréquence de l'avortement, car le nombre des morts fœtales en 20 et 27 semaines est très inférieure à celui des morts qui surviennent avant 20 semaines, Par contre, ce choix influe beaucoup sur les statistiques de mortalité. (A.M.-M. Payne 1969, p6).

Du point de vue clinique, il importe encore de distinguer les avortements précoces des avortements intermédiaires, c'est à-dire les morts fœtales survenant à moins de 12 semaines complètes de gestation de celle qui surviennent entre 12 et 20 semaines. (A.M.-M. Payne, 1969, p8).

2-Définitions et Epidémiologie des interruptions spontanées de grossesses

➤ Selon l'OMS l'Avortement est une : « *fausse couche, blessure, expulsion du fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire avant la fin du sixième mois de la grossesse. Au point de vue légal, le fœtus n'est viable que 180 jours après la fécondation. Dans le langage courant, on désigne la fausse couche spontanée, par blessure accidentelle et par avortement provoqué* ». (M. Garnier, V. Delamare., 1987, p84).

➤ D'après (M. Diancomba .1976) l'avortement spontané « *est l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 SA (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse)* ». Par contre, pour le POPIN dictionnaire (Dictionnaire démographique et de la santé de la reproduction, Organisation des Nations Unies) c'est l'expulsion prématurée et naturelle des produits de conception de l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable. » (Diancomba, 2008, p. 27).

➤ Avortement c'est l'expulsion spontanée ou provoquée d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire en principe avant 180 jours de vie intra-utérine. J.Quevauvilliers.(2012), P99.

➤ Pour J-P.Wainsten. J-P, 2012 :« *Avortement c'est l'interruption prématurée de la grossesse. Dans l'usage courant le mot avortement est employé comme synonyme d'interruption volontaire de grossesse (IVG) tandis que l'expression fausse couche désigne un avortement spontané. Par ailleurs, on appelle avortement thérapeutique, une interruption provoquée pour raison médicale.* » (J-P.Wainsten , 2012, 107).

Il est impératif de mentionner qu'il existe plusieurs types d'avortements spontanés

3-Les types d'interruptions (avortement) spontanées de grossesses

M.S.I. TOURE, (2010). Il a distingué maints types d'avortement que les femmes peuvent subir lors de la grossesse :

3-1-Avortement ultra précoce ou infra clinique : (appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive survenant avant l'implantation ovulaire) après l'implantation, ce type d'avortement appelé aussi nidation précocement abortive, désigne tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire.

3-2 avortement précoce : ou on trouve l'avortement survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines) de la grossesse avec gestation reconnaissable cliniquement. Et Avortement spontané tardif : c'est l'avortement spontané du deuxième trimestre de la grossesse (après 16 semaines d'aménorrhée).

3-3- avortement de grossesse sélectif : expulsion provoquée d'un ou de plusieurs fœtus lors d'une grossesse multiple, ou expulsion provoquée d'un fœtus d'un sexe spécifique.

3-4- Avortement provoqué : (avortement intentionnel) survenu à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne suite à des manœuvres instrumentales ou d'action médicamenteuse entreprise pour interrompre une grossesse. On peut le diviser en deux groupes :

- **Avortement de grossesse thérapeutique** pratiquée dans le but de soustraire la mère des dangers que la grossesse peut lui faire courir. On peut classer dans cette catégorie l'avortement eugénique, par lequel on supprime, chez une femme saine, un embryon porteur de tares génétiques héréditaires ou congénitales.

- **Avortement provoqué non thérapeutique** : destiné à supprimer l'embryon ou le fœtus sain porté par une femme saine. Il peut être : Légal, ce type d'avortement porte le nom d'interruption volontaire de la grossesse (I.V.G.). Avortement illégal ou le fœtus sain porté par une femme saine. Il peut être légal qui porte le nom d'interruption volontaire de la grossesse (I.V.G.) légalisé en France depuis 1975 et ne peut être fait que sous certaines conditions. Comme il peut être un avortement illégal ou clandestin qui est l'interruption volontaire de la grossesse non autorisée par la Loi.

3-5-avortement spontanée à répétition (ASR) : appelée aussi fausse couche spontanée à répétition (FCSR) consiste en la survenue de trois avortements successifs (donc aucune grossesse n'a été menée à terme dans l'intervalle de ces avortements) chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

Ainsi pour D.VINATIER, *et al*(1998). L'avortement spontané à répétition (ASR) est défini par : « *la succession de trois (ou plus) avortements spontanés. Plusieurs arguments sont en faveur de l'existence réelle de l'entité « avortement spontané à répétition », en tant que maladie et non simple répétition accidentelle d'un phénomène fréquent* »(D.VINATIER, *et al*,1998.p156).

L'interruption spontanée à répétition peut être classée en deux catégories :

- **Avortement spontané précoce à répétition** :(Maladie abortive) Trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 semaines d'aménorrhée correctement documentés et sans grossesse intercalaire menée à terme.
- **Avortement spontané tardif à répétition** : trois avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme.

Une étude multicentrique évaluant l'incidence des avortements dans une population de patientes diabétiques insulino-dépendantes observe que 2,3 % des femmes témoin présentèrent trois AS et plus.(M.S.I. TOURE, 2010,p, 15-16).

- L'évolution du risque d'avortement en fonction des antécédents selon : Cependant, une étude a été effectuée afin de démontrer l'évolution du risque d'avortement spontanés et ce notamment selon VINATIER, D., DUFOUR, P., BERARD, J., & LEROY, J. (1998) : L'augmentation du risque d'avortement avec le nombre d'accidents précédents est également un argument de poids en faveur de la réalité du syndrome « avortements à répétition ».

En présence du seul hasard, le risque de nouvel avortement serait constant entre 12 et 15 %. Or ce risque augmente avec le nombre d'avortements. Alberman montre qu'après 1, 2, 3 avortements spontanés, le risque d'un nouvel avortement est respectivement de 16 %, 36 % et 60 %.

Le risque continue d'augmenter au-delà de trois avortements. Cette augmentation du risque avec chaque AS supplémentaire ne peut pas être expliquée par le seul hasard. Ce risque est difficile à évaluer à cause de plusieurs variables confondantes :

- **la gravidité** : Reagan a calculé un risque global d'avortements de 10,3 %. Ce risque augmente avec la gravidité quelle que soit l'issue des grossesses précédentes même quand les grossesses précédentes ont toutes été normales.
- **l'âge** : dans une série de 201 femmes ayant souffert d'au moins 3 avortements, 63 femmes (31 %) récidivèrent lors de la grossesse suivante. Le risque était de 25 % pour les patientes de moins de 30 ans et 52 % pour les femmes de plus de 40 ans.
- **l'âge de la grossesse au moment de l'accident** : les avortements à répétition auraient tendance à survenir plus tardivement. 45,1 % des avortements chez les femmes souffrant d'ASR surviennent après 14 semaines tandis que 29,7 % des avortements sporadiques apparaissent après cette date.

Certains travaux différencient les interruptions spontanées de grossesses primaires qui ne sont pas précédées de grossesses normales et les ASR secondaires où les trois avortements suivent une grossesse ayant abouti à la naissance d'un enfant vivant. Warburton souligne l'intérêt à distinguer ces deux types d'avortements à répétition, puisque lors d'une 4e grossesse le risque d'un nouvel avortement est de 60 % si la grossesse index suit trois avortements alors que ce risque est seulement de 11 % si l'une des grossesses précédentes a été normale. (D.VINATIER, et al, 1999, p, 156-157).

4-Etiologie des avortements spontanés à répétitions

Nous essayons de présenter plusieurs facteurs qui provoquent des interruptions spontanées de grossesses.

4-1 Les facteurs génétiques

Le premier facteur contient trois anomalies différentes

4-1-1- Les anomalies parentales

3 à 6 % des couples souffrant d'ASR ont une anomalie chromosomique, prévalence 10 à 20 fois supérieure à celle de la population générale.

Par ordre de fréquence, il peut s'agir d'une translocation équilibrée, d'une mosaïque et plus rarement d'une délétion ou d'une inversion. La probabilité qu'un des membres du couple ait une anomalie chromosomique augmente avec le nombre d'avortements spontanés. Les femmes sont plus souvent affectées.

4-1-2-- Anomalies du caryotype embryonnaire

La fréquence des anomalies du caryotype des produits d'ASR est d'au moins 50 % au cours du premier trimestre et 20 % durant le second. La découverte d'une monosomie, d'une

triploïdie et même d'une trisomie lors d'un avortement n'augmente pas le risque d'un nouvel avortement avec une anomalie identique. La proportion des ASR aneuploïdes varie de 6 % à 60 %. La nature des tissus examinés (trophoblaste ou fœtus) et le recrutement différent des patientes expliqueraient la dispersion des chiffres publiés. On retiendra que :

- les anomalies chromosomiques répétitives sont rarement la cause d'ASR, mais la fréquence des anomalies dans les avortements spontanés est telle que le hasard peut les faire se succéder.
- l'anomalie chromosomique la plus fréquemment diagnostiquée chez l'embryon dans les ASR est la translocation déséquilibrée transmise par l'un des parents.

Le clinicien devrait être capable de distinguer un avortement à répétition aneuploïde ou euploïdie pour proposer un traitement et pour juger de son efficacité. Le rapport coût - efficacité des bilans endocriniens ou immunologiques sera mauvais pour les couples ayant des ASR aneuploïdes dus à une répétition d'erreur de la gamétogenèse chez l'un des parents. Une prise en charge logique des avortements aneuploïdes devrait trouver l'origine précise de l'aneuploïdie. Aucune technique ne permet de déterminer l'origine parentale d'une aneuploïdie. Seule est disponible l'étude de l'hétéromorphisme génétique qui, s'il est présent chez un des parents (chez 8 à 10 % des individus d'une population normale), permet de distinguer chaque membre d'une paire de chromosomes et d'identifier les éléments d'une aneuploïdie. Les conceptions aneuploïdes seraient plus fréquentes après une série d'avortements (0,3 % versus 1,6 %), ce qui n'est pas confirmé lorsque l'on stratifie l'analyse sur l'âge des patientes. Le risque d'un avortement ultérieur serait augmenté quand le caryotype de l'embryon index est normal. Après AS, le risque de récurrence est de 16 % à

17 % si le caryotype embryonnaire était anormal et de 23 % s'il était normal.

4-1-3-Les anomalies géniques

Des mutations géniques peuvent être responsables d'ASR même avec un caryotype embryonnaire normal. Elles entraînent :

- Mutations d'un gène codant une protéine critique pour le développement
- Mutations des gènes de l'homéo-box
- Mutations aboutissant à une anomalie métabolique létale.

- Anomalies des oncogènes.

Le bilan génétique comprendra l'étude du caryotype des parents. S'il est normal et qu'un quatrième avortement se produit, des informations pronostiques et d'évaluation du traitement seront tirées de l'étude du caryotype du produit d'avortement.

4-2- Les malformations utérines :

Une malformation utérine est trouvée dans 15 % à 30 % des cas. La prévalence des malformations utérines congénitales dans la population générale est estimée entre 0,1 % et 10 %. Une enquête auprès de 680 femmes ayant une histoire gynécologique normale a recensé 3,2 % d'anomalies mullériennes dont 90 % sont des utérus cloisonnés, 5 % des utérus unicornes et 5 % des utérus bicornes. Malgré de nombreuses controverses concernant la responsabilité des malformations, les travaux les plus récents semblent confirmer l'association causale.

4-2-1-L'utérus unicorne

L'arrêt du développement d'un canal de Müller aboutit à l'utérus unicorne dont le pronostic n'est pas très bon puisque seulement 38 % à 75 % des patientes ayant cette malformation ont un enfant vivant. Le taux de fausses couches évalué à travers quelques séries atteint 48 %. La présence d'une corne rudimentaire (65 % des cas) n'est pas un élément pronostique défavorable, (34 % des grossesses aboutissent à la naissance d'un enfant vivant en présence d'une corne rudimentaire, contre 11 % en son absence). La place du cerclage prophylactique en présence d'un utérus unicorne est mal définie du fait du petit nombre d'observations et du manque d'expérience. Cependant un consensus apparaît pour exclure ce cerclage chez les patientes sans antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés.

4-2-2-L'utérus bicorne bi cervical et uni cervical

Le taux de fausses couches en présence d'un utérus bicorne bi cervical se situe autour de 42 %. Certains auteurs ont proposé un traitement chirurgical, type intervention de Strassman, pour unifier les deux hémimatrices. Les séries chirurgicales publiées étant anecdotiques, la chirurgie ne sera proposée qu'aux patientes dûment sélectionnées. Le pronostic des grossesses sur utérus bicorne uni cervical est mauvais avec 28 % à 44 % d'avortements.

4-2-3-L'utérus cloisonné

Les avortements sont fréquents dans les utérus cloisonnés. 9 % à 30 % des femmes souffrant d'ASR auraient un utérus cloisonné. Buttram publie une série de 72 femmes ayant un utérus cloisonné qui ont eu 208 grossesses avec un taux d'avortements de 67 %. La réimplantation d'embryons dans un utérus cloisonné aboutit à 60 % d'avortements. Plusieurs mécanismes sont proposés pour expliquer les avortements : 1) un défaut de croissance de taille de l'utérus qui ne peut s'adapter à la grossesse, théorie contredite par les résultats des métoplasties abdominales qui réduisent la taille de l'utérus ; 2) une incompétence cervicale, parfois secondaire aux manœuvres instrumentales lors des avortements précédents mais qui n'explique pas les avortements du premier trimestre ; 3) une vascularisation et une innervation anormale de la cloison à l'origine d'une implantation défectueuse. Le site d'implantation est fondamental, les grossesses qui s'implantent ailleurs que sur la cloison se déroulent normalement.

4-2-4-Le DES syndrome

« Distilbène syndrome : ensemble de symptômes présents chez la descendance des mères ayant utilisé cet œstrogène de synthèse pendant leur grossesse ».

Le devenir des grossesses après exposition in utero au DES est compromis. La proportion d'avortements spontanés varie de 18 % à 26 %, significativement supérieure à celle de témoins. L'exposition au DES induit des anomalies utérines (forme en T, élargissement de l'isthme, constriction du corps, défaut de remplissage et irrégularité des bords) observées chez

42 % à 69 % des femmes exposées.

Classiquement les anomalies utérines du DES syndrome n'étaient pas traitées chirurgicalement. Récemment 5 femmes souffrant d'ASR ont bénéficié d'une correction hystéroscopie des parois utérines, intervention suivie pour 3 d'entre elles d'une grossesse normale. Des travaux doivent confirmer ces résultats et préciser si l'amélioration est due à une augmentation du volume utérin ou à la création d'une néo vascularisation au niveau des incisions.

4-2-5-Le syndrome d'Asherman

Les synéchies utérines sont impliquées dans les ASR. Dans une grande série de synéchies (2151 cas), 296 patientes (14 %) ont une histoire d'ASR. 40 % des 292 grossesses se terminent par un avortement lorsque le diagnostic de synéchies utérines est posé, le traitement

chirurgical hystérocopie peut être proposé. Les anomalies d'implantation placentaire seraient plus fréquentes après traitement aveugle qu'après hystérocopie.

4-2-6- L'utérus fibromyomateux

Si la plupart des auteurs pensent que la présence d'un fibrome est un facteur péjoratif sur le déroulement de la grossesse, peu d'études s'intéressent à l'association fibrome et avortement. Une revue, reposant sur des études non contrôlées, note que 441 sur 1063 (41 %) grossesses chez des femmes ayant un utérus fibromyomateux se terminent par un avortement. Le taux d'avortements tombe à 19 % après myomectomie. Cette revue renforce l'impression de l'effet délétère des fibromes.

La recherche de malformations utérines sera proposée à toutes les patientes souffrant d'ASR. L'échographie et l'hystérosonographie semblent être les examens les plus performants. La probabilité que l'anomalie diagnostiquée soit la cause des ASR est autant plus grande que les avortements surviennent tardivement. Les traitements endoscopiques des cloisons, des synéchies et des fibromes sous-muqueux permettront la restauration d'une anatomie normale.

4-3- Les anomalies endocriniennes

De toutes les étiologies proposées pour expliquer les avortements à répétition, les anomalies endocriniennes sont les plus controversées.

4-3-1-L'insuffisance lutéale (IL)

Les ovariectomies expérimentales, les effets du RU 486 illustrent l'importance de la progestérone et du corps jaune dans le maintien de la grossesse. La définition, le diagnostic et le traitement de l'insuffisance lutéale, tout est controversé. L'association de l'insuffisance lutéale et de l'avortement à répétition n'est que depuis récemment l'objet d'études contrôlées et d'investigations scientifiques. Les résultats des travaux sur l'infertilité ne peuvent être extrapolés car on suspecte plusieurs types d'insuffisance lutéale : les uns responsables de l'infertilité et les autres des avortements.

4-3-2-Le diabète sucré

Les femmes souffrant de diabète insulino-dépendant correctement équilibré n'ont pas d'excès d'avortements. Mais un mauvais contrôle de la glycémie augmente le risque (15 %

d'avortements lorsque l'hémoglobine glycosylée est normale contre 45 % en cas d'anomalie). Une augmentation de 1 déviation standard du taux d'hémoglobine glycolyse entraîne une augmentation de 3 % du taux d'avortements.

4-3-3-Les maladies thyroïdiennes

L'évaluation de la fonction thyroïdienne est classiquement recommandée en cas d'avortement à répétition. Pourtant peu de dysthyroïdies sont enregistrées. Harger ne trouve aucune anomalie thyroïdienne chez 119 femmes souffrant d'avortements à répétition. La présence d'anticorps antithyroïdiens accroît le risque d'avortement.

Probablement le risque accru entre dans le cadre d'un dysfonctionnement auto-immun généralisé, puisque les tests thyroïdiens sont souvent normaux, cependant certains ont montré une plus grande fréquence des anticorps antithyroïdiens que des auto-anticorps dirigés contre d'autres organes chez les patientes souffrant d'avortements à répétition. Le bilan thyroïdien, bien que simple, peu coûteux, mais peu utile, ne fait plus partie du bilan étiologique des avortements à répétition contrairement à la recherche des anticorps antithyroïdiens.

4-3-4-Ovaires polykystiques et hypersécrétion de LH :

Un aspect moderne de l'étiologie endocrinienne des ASR se focalise sur les ovaires polykystiques et sur l'hypersécrétion de LH. Les premières observations suggèrent que chez les femmes incluses dans un protocole de fécondation in vitro, une sécrétion élevée de LH en phase folliculaire aboutit à moins de fécondations et à plus d'avortements. Ceci fut confirmé chez les femmes concevant spontanément ou après induction de l'ovulation. Une hypersécrétion de LH est à la fois un marqueur d'infertilité et de risque d'avortements. Trois mécanismes sont proposés pour expliquer l'effet délétère :

- LH agirait sur l'ovocyte en induisant prématurément la seconde méiose, donc œuf âgé ;
- LH stimule la sécrétion thécale stimulante de testostérone : les ovaires poly kystiques sont plus fréquents en cas d'avortements à répétition, mais cet aspect n'est pas prédictif d'un avortement ultérieur, contrairement aux concentrations plus élevées de testostérone totale, libre et de sulfate de DHEA;
- LH aurait des effets néfastes directement sur l'endomètre. (D. VINATIER, et al 1998).

82 % des patientes souffrant d'ASR présentent des ovaires polykystiques en échographie contre 18 % des femmes d'un groupe témoin. La concentration de LH évaluée au hasard est normale

dans les deux groupes. 56 % des 500 patientes évaluées par Clifford possèdent des ovaires polykystiques contre 22 % dans une population générale voisine. Une étude sur 538 femmes incluses dans un protocole de fécondation in vitro montre un taux d'avortements de 23,6 % lorsque l'échographie montre des ovaires normaux, contre un taux de 35,8 % en cas d'ovaires polykystiques. Le lien entre ovaires polykystiques et ASR serait l'hypersécrétion de LH. Le dosage de LH sérique en milieu de phase folliculaire est un test peu sensible d'évaluation de la sécrétion de LH. Pour Clifford, seulement 12 % des patientes ayant des ovaires polykystiques ont une anomalie de LH sur un dosage sérique, alors qu'un dosage urinaire ou sérique quotidien permet de diagnostiquer dans la même population 57 % de femmes hypersécrétantes.

La sécrétion de LH étant très pulsatile, un dosage unique ne permet pas de détecter à coup sûr une hypersécrétion, la concentration urinaire de LH dépasse la normalité à un moment du cycle chez 76 % des patientes ayant des avortements à répétition. La sécrétion totale de LH pendant le cycle est plus importante chez ces patientes (1107 ± 409 IU/l) que chez les femmes témoins (862 ± 256 IU/l). Le dosage de la LH dans les urines matinales serait la meilleure technique pour évaluer la sécrétion de LH. L'observation d'hypersécrétion de LH en l'absence d'ovaires polykystiques suggère que c'est plus la LH que les ovaires polykystiques qui intervient dans le risque d'avortements. (D.VINATIER, et al(1998).p159-165).

4-4 Les facteurs environnementaux :

Le tabagisme et l'alcoolisme maternels pourraient avoir un rôle dans les AR. Les champs magnétiques (écrans vidéo, couvertures et matelas chauffants) ont été accusés, mais leur responsabilité ne pourra être retenue qu'après évaluation des doses et des fréquences des champs magnétiques environnants. Des expositions à certains polluants (gaz anesthésiques, formaldéhyde, plomb, oxyde d'éthylène) ont été impliquées dans les avortements sporadiques. Le sélénium, élément essentiel à la fonction de l'enzyme glutathion-péroxydase protecteur de l'oxydation, pourrait faire défaut dans certains cas d'ASR. (D.VINATIER, et al(1998).p, 171).

4-5- Les facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques étaient considérés comme fondamentaux dans l'étiologie des avortements à répétition. Plusieurs auteurs ont décrit une personnalité type de la patiente. Berle évalue 32 patientes ayant des avortements à répétition. Il les décrit comme étant tendues, ayant besoin d'amour et d'attention... elles n'auraient ni psychose ni névrose, mais auraient dans 19 % des cas des troubles de la personnalité. Mann, après un examen psychiatrique pré-

conceptionnel de 70 femmes ayant des avortements à répétition, observe souvent une réaction inappropriée au stress. Ces femmes auraient en commun de répondre somatiquement à certaines situations psychiques (nausées, vomissements, céphalées, colite) l'éducation aurait été marquée par une mère dominante et hyperprotectrice. Le père aurait été inexistant psychologiquement ou physiquement. La dynamique familiale créerait une personne psycho-immature qui voit plus son conjoint comme le substitut de la mère qu'un mari. Pour ces femmes qui ne se sentent pas capables d'agir de façon mature, la grossesse est un trop grand stress auquel elles répondent corporellement par des contractions, des saignements et des avortements. Simon dans une autre série trouve que ces patientes rejettent leur féminité et auraient des impulsions sadomasochistes. Les avortements seraient une manière de répondre à ces pulsions. Toutes ces descriptions de profils psychologiques ont été réalisées après la série d'avortements. Ces traits de personnalité sont fortement imprégnés par l'expérience vécue. Ces publications anciennes, anecdotiques et non contrôlées sont peu convaincantes pour retenir les causes psychologiques des avortements à répétition. À l'époque, cette vision psychologique des avortements à répétition avait une telle influence que Grimm a pu créer un institut tourné vers l'étude de ce problème. Elle a pu soumettre de nombreuses femmes à une batterie de tests. Souvent ces patientes sont émotives avec tendance à la somatisation des émotions. Elles ont un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la sexualité qui entraîne une grande tension qui empêche de résoudre les problèmes. Malgré cette description, elle ne croit pas à la spécificité de cette personnalité. Les anomalies observées chez 18 femmes qui ont ensuite eu une grossesse normale ont disparu, leur personnalité devenant identique à celle de patientes sans expérience d'avortement. (D.VINATIER, et al(1998).p, 171-172).

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

Trois méthodes différentes peuvent être proposées aux patientes lorsqu'un diagnostic d'avortement spontané est posé. Tout dépendant de leur condition et de l'évolution de l'avortement spontané, certaines interventions seront prioritaires à d'autres.

La présentation clinique de l'avortement spontané, ainsi que le souhait de la femme d'en finir rapidement avec les saignements et la douleur sont des facteurs qui influencent la décision que prendra le médecin pour le traitement de la femme.

D'abord, il est possible que l'équipe médicale suggère à la femme d'attendre que l'expulsion se fasse naturellement, c'est-à-dire sans médication. On parle alors d'un traitement «expectatif».

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

(J.Belleau, (2016).p,19).

La deuxième option est la prise de médication, entraînant l'expulsion des produits de conception. On parle alors de prise en charge médicale. Une dose de Misoprostol oral ou vaginal est administrée à la patiente (NICE, 2012). Ce médicament entraîne des contractions utérines qui provoquent, pour la plupart du temps dans les 24 heures suivant la prise de la médication, l'expulsion des produits de conception (Oliver & Overton, 2014).. Quelques effets secondaires sont associés au Misoprostol, notamment des nausées et vomissements (Neilson, Gy te, Hickey, Vazquez, & Dou, 2013),, des diarrhées ainsi que de grandes douleurs, nécessitant la prise d'analgésie par la femme (Coughlin, Roberts, Haddad, & Long, 2004).. (J.Belleau, (2016).p,20).

Ces deux premières prises en charge ne requièrent pas d'hospitalisation. En effet, dans les deux cas, les femmes seront retournées à domicile et revues après quelques jours pour un suivi échographique ainsi qu'une prise de sang de contrôle. Ceci veut donc dire qu'elles ont un contact très bref avec le milieu où elles ont été évaluées, dans la plupart des cas, d'urgence (Bacidore et al., 2009; Bryant, 2008)..(J. Belleau, (2016).

La troisième et dernière option proposée est une intervention chirurgicale nommée la dilatation-curetage. On pratique cette opération pour diverses raisons, notamment lorsqu'une fausse-couche n'est pas complétée et qu'on souhaite vider de son contenu l'utérus. Cette opération a longtemps été considérée comme la meilleure pratique pour traiter les avortements spontanés, car son taux de succès est élevé (Griebel et al., 2005).. Également, la procédure est rapide, ce qui est décrit comme moins pénible par certaines femmes. Toutefois, comme pour

toute intervention chirurgicale, des risques de complications dues à l'intervention ou à l'anesthésie peuvent survenir, tels que des infections (Kong et al., 2013).. Aussi, les femmes doivent être hospitalisées en chirurgie d'un jour et parfois même demeurer à l'hôpital pour la nuit. Ce séjour plus long en milieu hospitalier permet cependant de développer et d'offrir des interventions de soutien psychologique aux patientes (Sejourne et al., 2010).. J.Belleau, (2016), p.21

Concernant le traitement d'avortement spontané, il est en fonction du stade de la menace.

Après s'être assuré de la vitalité fœtale par échographie, selon :Keita, (2008) on doit :

- Mettre la femme au repos.
- Administrer des antispasmodiques
- Administrer la progestérone à partir du 3ème mois dans un but toc lytique ? pour certains auteurs.
- La chirurgie
- L'antibiothérapie

Si une infection est diagnostiquée par des examens de laboratoire, on doit mettre en route une antibiothérapie adaptée, cas de la toxoplasmose, de la syphilis ou des infections urinaires.

- L'induction de l'ovulation en cas d'insuffisance lutéale.
- Equilibrer les syndromes endocriniens sources d'avortement spontanés (Diabète; Hypothyroïdie ; Hyperthyroïdie ; Hypercorticisme).
- Cas d'avortement immunologique (Corticoïde)
- Transfusion de lymphocytes paternels ou hétérologues. (Keita, (2008), p 37).

Conclusion

Les interruptions spontanées de grossesse ou avortement habituel est une affection rare dans laquelle, tout au moins en l'absence de traitement, une série de grossesses successives se terminent toutes par un avortement spontané. Du point de vue clinique, le diagnostic est habituellement posé d'après les antécédents (trois avortements consécutifs ou d'avantage).

Il semble bien établi que certaines femmes sont plus disposées que d'autres à l'avortement, mais il est également évident qu'une succession d'avortement peut être purement fortuite. Si l'ensemble des grossesses ont 10 chances sur 100 de se terminer par un avortement spontané, la probabilité pour qu'une femme ait trois avortements successifs est de 1 pour 1000 ; si l'ensemble des grossesses ont 20 chances sur 100 de se terminer par un avortement, la probabilité pour qu'une femme présente une telle succession est de 1 pour 125.

Les interruptions spontanées de grossesse touchent un pourcentage important des couples sans enfant. Des arguments épidémiologiques montrent qu'il ne s'agit pas de la répétition hasardeuse d'avortements spontanés accidentels, mais bien d'une entité propre. Le bilan étiologique permet parfois de trouver un facteur de risque d'avortement. Et bien évidemment avoir recours au traitement et aux soins nécessaires.

II Aspect psychique et psychologique des Interruptions spontanées de grossesses

Préambule :

La survenue d'une fausse couche spontanée est souvent vécue comme une forte déception, comme une expérience douloureuse. Cette déception est d'autant plus marquée que la femme est jeune, et qu'elle n'a pas encore d'enfants. Plus la grossesse a été désirée et investie sentimentalement, plus la déception est grande. De la même façon, la crainte d'une deuxième fausse couche est accentuée lors de la survenue d'une nouvelle grossesse.

1-Caractéristiques des conséquences psychologiques de l'avortement :

Selon, (L, *Pouliquen*,(2011): Après un avortements, l'appellation Syndrome Post-Avortement est parfois utilisée, même si elle n'apparaît dans aucun manuel statistique ou diagnostique. Les seuls termes utilisés par la communauté scientifique pour faire référence aux souffrances psychologiques de l'avortement sont ceux associés à l'anxiété, à la dépression ou à certains corollaires du PTSD ou Post Traumatic Stress Disorder (Syndrome de stress post-traumatique). Or, il semble que la terminologie PTSD ou SPA réduise le champ d'expression des souffrances vécues à la suite d'un avortement. En effet, les protocoles d'analyse et de traitement du PTSD peuvent être utilisés seulement si les symptômes offrent des manifestations claires dans une période proche de l'évènement. Or, la manifestation des souffrances de l'avortement s'inscrit souvent dans le temps, voire même, peut ne faire surface qu'à l'approche de sa propre mort. La souffrance psychologique enkystée va alors attendre un évènement fort pour se manifester et pour que la personne fasse le lien entre la souffrance et l'évènement passé de l'avortement. Certains témoignages évoquent même la période suivant immédiatement l'avortement comme une fenêtre pour exprimer la douleur psychique qui se referme par excès de douleur, pour n'émerger que des années plus tard à l'occasion d'une maternité, d'un deuil, d'une maladie... De plus, les conséquences physiques et psychiques de l'avortement sont très variées, personnelles et difficiles à circonvenir et à décrire avec précision. C'est pourquoi une appellation plus vaste est recommandée : les conséquences psychologiques de l'avortement. (L.POULIQUEN, (2011).p,2)

A titre de remarque cet article porte sur les caractéristiques psychique d'un avortement qui sont plus au moins difficiles à vivre essentiellement si cet acte se répète plusieurs fois

successivement comme le cas de nos sujet et qui devient une maladie comme elle est appelé dorce et déjà « maladie abortive ». Nous trouvons majoritairement, La dépression, le déni la colère, le suicide, le retrait relationnel, la perte de l'estime de soi, le sentiment aigu de culpabilité, de honte de soi, d'échec de sa maternité : voilà les risques auxquels s'exposent les personnes qui décident d'un avortement. Il est alors utile de comprendre comment peut se dérouler la vie d'une mère après son avortement et le caléidoscope de réactions qu'elle peut traverser.

Dépression, anxiété, somatisation, reviviscences ; L'avortement peut provoquer des périodes de dépression plus ou moins longues durant lesquelles la douleur peut s'enkyster. Certaines femmes vont devenir agressives ou nerveuses, ou bien encore hyperactives. L'angoisse peut trouver une réponse alimentaire comme la boulimie ou, au contraire, l'anorexie. Pour d'autres encore, les réactions psychosomatiques vont prendre le dessus avec des maux de ventre, une absence de règles, des maux de tête. La perte d'estime de soi (« je suis nulle, je suis indigne, pénible pour les autres »), la peur de ne pouvoir être à nouveau enceinte ou encore une angoisse d'insécurité existentielle sont des conséquences couramment observées. Certains épisodes de la vie de la femme pourront faire revivre de manière aiguë la souffrance ressentie à l'occasion de l'avortement : la date à laquelle l'enfant aurait dû naître, ou encore la date anniversaire de l'avortement, le désir de rendre présent l'enfant disparu, sont propices à des résurgences de la souffrance intensément vécue sous forme, par exemple, des crises d'angoisse ou d'épisodes dépressifs, que les cliniciens peuvent associer par erreur à d'autres pathologies psychiques. La reviviscence ou impératif de revivre un évènement traumatique peut aussi se manifester par des cauchemars faisant revivre l'avortement de manière sanglante et pénible lors de nouvelles grossesses ou accouchements. « Il se manifeste chaque fois que l'on croise une femme enceinte, une maternité, un nouveau-né, ou encore lorsque l'on entend un bruit d'aspirateur qui va faire écho à l'aspiration subie ». **Op. cit., p. 175.**

Enfin, « l'idée de suicide n'est pas rare à l'occasion d'un état dépressif majeur. [...] Le corps maternel, théâtre de la mise à mort, peut demeurer captif de l'imgo paralysante de l'enfant mort et devenir la tombe d'un deuil impossible. [...] Des études finlandaises ont mis en évidence une majorité de suicides chez les femmes ayant subi un avortement, versus la population générale.» *Op. cit.*, pp.159 à 161. L.POULIQUEN, (2011),p,4.

Nous avons remarqué d'après maintes études et connaissance que de nombreux psychologues et médecin gynécologues obstétriciens insistent sur la fréquence et l'intensité des troubles

psychique que peuvent vivre les patientes après avortement ainsi la nécessité de reporté la grossesse jusqu'au moins deux semestre après avoir subit une interruptions spontanée, comme nous le confirme lacombe, (1998):

« *L'impact de l'avortement spontané peut être durable presque six mois après la perte, les auteurs ont observé une prévalence de 11 % d'épisode dépressif majeur et de 5 % de dépression mineure à l'aide d'un entretien à visée diagnostique administré à 229 femmes* ». (Lacombe, (1998),p. 48).

2-L'impact psychique et psychologique sur le conjoint :

La majorité des recherches qui ont été menées ont concerné les femmes et le vécu des hommes a ainsi été largement négligé (Murphy, 1998 ;Puddifoot & Johnson, 1999). Malgré l'évolution du rôle masculin au sein de la famille, les hommes pensent que l'on attend d'eux d'être forts émotionnellement et de dissimuler leurs sentiments (Kimble, 1991 ; McGreal, Evans, & Burrows, 1997). L'étude qualitative de McCreight (2004) a néanmoins permis de mettre en évidence la souffrance des hommes après une fausse couche. Ainsi, la majorité des participants interrogés ont estimé que leur chagrin avait été dévalué et négligé par la société, engendrant des affects négatifs comme la colère ou le désespoir. D'après une étude phénoménologique menée auprès de cinq participants (Murphy, 1998), les premières émotions des hommes comme le choc ou le scepticisme laissent ensuite place à la colère, la souffrance, la frustration, la culpabilité, ou encore le soulagement et la solitude. En effet, même si l'enfant à naître peut paraître abstrait pour l'homme en raison du manque de réalité physique (DiMarco, Menke, & McNamara, 2001), l'attachement du père se ferait bien avant la naissance. Celui-ci créerait ainsi un lien émotionnel avec l'enfant perdu lors de la fausse couche (McGreal et al., 1997) et ressentirait un chagrin comparable à celui des femmes (Kohn & Moffitt, 1992). Dans leur étude comparative, Beute, Willne, Deckardt, Von Rad, et Weiner (1996) ont constaté que respectivement 10 % des 56 participants et 29 % des 56 participantes présentaient un score de dépression élevé. Toutefois, les hommes avaient des réactions moins intenses que celles des femmes. Bien qu'inférieurs à ceux des femmes, plusieurs études ont souligné des scores d'anxiété et de dépression chez les hommes après une fausse couche (Cumming et al., 2007 ;Kong, Chung, Lai, & Lok, 2010). A contrario, Johnson et Baker (2004) ont montré que la fausse couche est souvent associée à beaucoup de conséquences affectives négatives chez les hommes, au moins sur le court terme, mais avec autant d'intensité que chez leur conjointe. Ainsi, les scores moyens d'anxiété et de dépression des hommes étaient très élevés et, un an

après la perte, le score moyen de dépression avait diminué mais restait supérieur à celui mesuré lors de l'annonce de la grossesse.

3-Définitions des troubles psychiques liés aux interruptions spontanées de grossesse

Anxiété :

D'après deux revues de travaux anglo-saxonnes, entre 20 et 40 % des femmes ont des symptômes d'anxiété après leurs avortements spontanés. Comme pour la dépression, les femmes ont des scores moyens d'anxiété plus élevés que dans la population générale et qu'un groupe témoin de femmes suivies pour leur grossesse. À partir de la passation d'une échelle standardisée (Hospital Anxiety and Depression Scale) auprès de 65 femmes, *Prettyman et al.* Et *Cordle et Prettyman* ont montré qu'une semaine après la fausse couche, 41 % des femmes présentaient une symptomatologie anxieuse importante, 32 % à 12 semaines et encore 26 % deux ans après. (Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, 2011, p. 4).

Dépression

D'après *Lok et Neugebeur (2007)*, entre 20 et 55 % des femmes ont des symptômes dépressifs à la suite d'un avortement spontané. Ainsi, le score moyen de dépression des femmes ayant fait un avortement spontané est plus élevé que celui de la population générale, ou qu'un groupe témoin de femmes enceintes. Quinze jours après leurs avortements spontanés, 36% des 282 femmes interrogées présentaient une symptomatologie dépressive évaluée à l'aide d'une échelle de dépression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), soit 3,4 fois plus que dans le groupe témoin des femmes enceintes et 4,3 fois plus que dans celui des femmes. *Friedman .C et Gath* ont été parmi les premiers à étudier les conséquences psychiatriques de la fausse couche et ont observé que 48 % des femmes interrogées avaient une symptomatologie dépressive intense mesurée au Present State Examination (n =67). (*Neugebeur et Kline, 2007, pp. 229-247*).

Dans le cas d'un diagnostic d'une dépression, on trouve quelques symptômes (*Charlotte, 2012, p. 13*) :

- Troubles de l'humeur.

- Douleurs intérieures : sentiment d'abandon, de solitude et de manque.
 - Désintérêt total pour soi-même et le monde ambiant, excepté ce qui se rapporte au défunt envers lequel toute l'énergie se concentre.
 - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.
 - Un fonctionnement mental difficile et pénible, difficultés de concentration.
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur.
 - Apathie et boulimie, anorexie.
 - Repliement sur soi.
 - Idée et même désir de mourir.
 - Fonctions générales atteintes.
 - Troubles du sommeil.
 - Asthénie importante.
 - Déshydratation.
- **Stress et état de stress post-traumatique :**

« est une réaction émotionnelle naturelle face à une expérience traumatisante faisant intervenir de graves préjudices, ou bien un grave risque pour sa vie, ou encore, un grave risque pour sa vie et celle d'autres personnes.

L'avortement spontané ou la fausse couche est considérée par la majorité des femmes qui y sont confrontées comme un événement très stressant. C'est un événement inattendu et brutal qui peut impliquer une douleur soudaine, des saignements, une hospitalisation et une opération et constituer ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post-traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative. À partir d'un entretien à visée diagnostique, Walker et Davidson ont montré que trois semaines après une fausse couche, 15% des femmes remplissaient les critères d'un état de stress aigu selon le DSM-IV et 35% remplissaient six des sept critères (n =40). Engelhard et Al ont mesuré à partir d'une échelle standardisée que la prévalence d'état de stress post-traumatique était de 25% un mois après la perte et de 7% quatre mois après (n =113). » Séjourné et Coll, 2008,p. 3.

- **Troubles du sommeil**

Les résultats récents de l'étude longitudinale nationale sur la santé ont indiqué que les jeunes femmes qui avaient subi des avortements déclaraient un taux plus élevé de troubles du sommeil que les femmes qui n'avaient pas eu d'avortement. Selon Elliott Institute, 36 % des femmes qui avaient subi des avortements éprouvaient des troubles du sommeil huit semaines après l'avortement. Elliott, 2000, p. 71.

- **Colère :**

La colère est une autre réaction très fréquente chez les femmes qui vivent des avortements spontanés (*Friedman & Gradstein. 1982; Hen, 1984*). La colère peut être nourrie par la frustration et la croyance qu'à la femme qu'il y a un responsable, soit elle-même, son bébé, son conjoint, ses amis, sa famille, le médecin ou même Dieu. Cette émotion peut être aussi suscitée par les attitudes et les réactions de l'entourage qui a tendance à sous-estimer, voire à ne pas reconnaître la signification et l'importance que cette perte revêt pour la femme. (Séjourné et Coll., 2008, p. 3).

4-Le deuil est il un symptôme ou une stratégie ? :

« Lorsque les parents perdent leur enfant en cours de grossesse, l'ensemble du processus émotionnel par lequel ils passent afin de surmonter cette terrible épreuve est appelé deuil périnatal, c'est à dire « tout deuil en lien avec la perte d'un bébé ». (Garel et Legrand, 2005, p.3).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise sur son site Internet, qu'il est « vital » de parler de la perte d'un bébé, un thème qui reste « tabou dans le monde entier (...) source de stigmatisation et de honte ». À tel point que les femmes n'en parlent pas.

Selon la CIM 10, Quand le recours à un service de santé est motivé par une réaction normale et culturellement appropriée au décès d'un être cher (deuil), ne dépassant habituellement pas six mois, on utilisera un code du chapitre XXI de la CIM-10. Ce chapitre recense les facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé. Exemple Z63.4: disparition ou mort d'un membre de la famille • Les réactions de deuil, brèves ou prolongées considérées comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu, sont incluses

dans les troubles de l'adaptation, F 42.2 • La symptomatologie doit survenir dans les trois mois qui font suite au décès. (J.Beroud, et al (2014).p,566).

D'après nos lectures nous endossons donc, que, le processus de deuil ou L'endeuillé, celui qui est en deuil, va devoir faire son travail de deuil. Il s'agit d'un travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. Il est nécessaire pour continuer à vivre, réussira se séparer de l'être perdu en remaniant les liens avec lui. Et enfin il est indispensable pour retrouver sa liberté de fonctionnement psychique et ainsi pouvoir investir dans de nouveaux objets. Le deuil s'inscrit dans la durée. Faire son deuil est aussi une période où le sens de la réalité, et nos attaches à celle-ci, sont fortement sollicitées. Il existe une certaine forme de soumission à la réalité, une acceptation de notre impuissance et de nos limites. Le travail de réalité est au cœur du deuil, ce qui est refusé généralement c'est accepter la réalité de l'évènement douloureux advenu et accepter d'en faire son deuil. Et pourtant c'est ce maintien des liens avec la réalité externe que représente l'épreuve du deuil qui, certes nous fait souffrir, mais nous permet de dépasser cette souffrance, le sens de la réalité engage à poursuivre le cours de la vie qui continue. Le deuil est donc un processus normal qui nous fait mûrir.

Conclusion

Nous constatons que pour les femmes, les fausses couches ne sont jamais banales mais que dans, une proportion importante de cas, elles pouvaient provoquer des réactions dépressives intenses. Ces résultats devraient permettre de sensibiliser les soignants et l'entourage en général pour améliorer la prise en charge après une fausse couche, il faudrait que les femmes aient recours au deuil. Face à la souffrance, la personne en deuil va mettre en œuvre des stratégies d'adaptation qui visent au contrôle émotionnel par l'acceptation de la perte. Il faudrait également que leur souffrance psychique soit prise en compte au moment de la fausse couche et dans les mois qui suivent et que la possibilité d'un soutien psychologique leur soit offerte.

Chapitre II : La résilience

Préambule :

Dès sa naissance, l'être humain est en interaction avec son milieu, notamment les premières relations avec sa mère puis avec sa petite famille, il est exposé à plusieurs types d'excitations auxquelles il s'interactionne et s'adapte, tout en sachant que chaque individu confronte et surmonte ses amertumes selon des aménagements défensifs reliés à sa propre personnalité, intégrant sa constitution psychologique et physiologique, sans oublier la contribution du milieu, à savoir si le sujet est bien entouré ou au contraire ses conditions sociales sont précaires. Dans ce chapitre, nous allons tenter de cerner les origines du concept de résilience, en le définissant selon différentes approches, tout en citant les facteurs de protection et les facteurs de risques, ainsi que les stratégies de résilience et nous terminerons avec une conclusion.

1. Origine du concept de résilience

Le terme de *résilier* est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, rétracter. Ainsi, la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. Le concept de résilience est d'abord introduit en 1969 par F.Redl.

Dans les années 80, plusieurs ouvrages consacrés à la résilience ont paru, comme celui de C. Chiland. « *De quelques paradoxes concernant le risque et la vulnérabilité* » et de A. Solnit. « *L'enfant vulnérable, rétrospective* » puis, des études furent conduites aux États-Unis dans les années 90 sous l'influence d'E. Werner et J. Bowlby. Aujourd'hui, on compte des instituts de résilience en Hollande, des universités de résilience en Allemagne, au Québec, le chef de file des études sur la résilience est M. Lemay et en France, à partir de ses recherches sur le comportement animal et humain, et disciple de J. Bowlby, B.Cyrulnik s'impose comme spécialiste en la matière. Il pense la résilience en termes de série d'attitudes de protection et comme potentialité créatrice, développement de certaines facultés qui permettent la transformation psychique de la souffrance humaine. Par la suite, le concept de résilience a évolué selon différentes vagues. Les premiers auteurs ont davantage tenté de définir les caractéristiques spécifiques de l'individu résilient (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). D'autres se sont davantage intéressés au processus par lequel l'individu parvient à acquérir les qualités associées à la résilience (M. Anaut, 2005).

Parallèlement, il existe également des différences dans la conception de la résilience selon le paradigme dans lequel les chercheurs se situent. Ainsi, en psychologie développementale, la résilience est un processus dynamique et modulable et n'est jamais acquise définitivement (M. Anaut, 2003).

En pratique, les études sur le stress familial ont également influencé le développement du concept de résilience en précisant que la personne, la famille ou la communauté ne peuvent devenir résilientes que si elles ont été soumises à un risque (Gilgan, 1999), aussi les résultats d'une étude menée par M- Rutter et ses collègues en (1975) auprès d'enfants résidants sur l'Ile de Wight. Ils ont alors identifié sept facteurs de risque associés aux caractéristiques familiales. L'analyse des données recueillies révèle que la présence d'un seul facteur de risque n'augmente pas la probabilité de voir apparaître un trouble psychiatrique ; par contre, la présence de deux facteurs la multiplie par quatre, et celle de quatre facteurs ou plus par dix.

La difficulté ici, lorsque l'individu est confronté à un cumul de risque - risques rapportés à son environnement familial (M. Rutter et al, 1975).

2. Définitions de la résilience

- Selon la définition du dictionnaire de la psychologie « *la résilience est la capacité à surmonter le malheur* » (N. Sillamy, 2005, p.496). Le même dictionnaire la définit aussi comme « *La résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacité de se vivre et de se développer en dépit de circonstances défavorables, voir désastreuses* » (N. Sillamy, 2003, p.228).
- La résilience peut se définir « *comme la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme* » (M. ANAUT, 2003, p.7).
- Selon le dictionnaire petit Larousse, la résilience « *caractéristique mécanique qui définit la résistance aux chocs d'un matériau* » (Petit Larousse, 2003, p.497).
- Pour E. Werner (1995) « *la résilience est un concept décrivant une adaptation réussie après une exposition à des facteurs de risque biologiques et/ou psychosociaux et/ou à des événements de vie stressants et impliquant l'attente d'une faible susceptibilité aux*

facteurs de stress futurs. La résilience est une caractéristique individuelle où interviennent des facteurs de protection incluant à la fois des caractéristiques environnementales »

- B. Cyrulnik a largement contribué à la diffusion de ce concept en psychologie. D'après lui, il s'agit d'un processus, d'un ensemble de phénomènes harmonisés où le sujet se faufile dans un contexte affectif, social et culturel. La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents ...il définit la résilience comme « *la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue fatale* » (B. Cyrulnik, 2001, p.261)
- Aussi, la définition élaborée conjointement en 2001 à la Fondation de l'enfance par le groupe de travail dirigé par B. Cyrulnik est « *la capacité d'une personne, d'un groupe, de se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (M. Anaut, 2003, p.34).
- S. Vanistendael (1996) offre pour sa part, une définition plus classique et voit la résilience comme « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* » (C. Du bice, 1996, p.9).
- Aussi pour M. Luthar définit la résilience comme « *un processus dynamique comprenant une adaptation positive au sein d'un contexte d'adversité significative* » (M. Luthar, 2000)
- En suite pour A. Guedeney note que la résilience est définie par le maintien d'un processus normal de développement malgré des conditions difficiles, il souligne que « *c'est un processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre un individu et son environnement* » (A. Guedeney, 1998, p.13).

Selon J.Luc, la résilience « *est cette capacité d'affronter les obstacles et les difficultés, de faire face à l'adversité, voire à l'outrepasse, de se révéler après des échecs et de faire face aux défis de la vie avec confiance et persévérance* » (J. Luc, 2004, p.75).

Pour Fischer, la résilience « *permet de rebondir dans l'épreuve en faisant de l'obstacle un tremplin, de la fragilité une richesse, de la faiblesse une force, des impossibilités un ensemble de possible.* » (B. Cyrulnik, 1999, p.205).

Enfin, pour Manciaux (2001), la résilience est un potentiel présent chez tout un chacun, cependant, elle peut être différemment développée en fonction des étapes du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances environnementales.

3. La résilience selon les différentes approches

Le concept de résilience est issu du courant de la psychologie positive, mais le bouleversement qu'il a provoqué à son apparition, a fait que plusieurs courants s'intéressent à ce thème : le courant psycho-dynamique, l'approche cognitivo-comportementale, la théorie de l'attachement, et autres.

Afin d'éviter d'être réducteurs, il est indispensable d'adopter une approche éclectique, pour cerner le phénomène de résilience. L'étude des processus résilients chez un sujet renvoie à la mise en scène des potentiels relevant de différentes dimensions d'ordre interne et externe, alors que certains ressources relèvent du domaine des relations psychoaffectives, des liens et étayages familiaux et extra-familiaux incluent la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux ainsi que de l'environnement dans la mise en place du processus. D'autres concernant les processus psychiques et la construction de la personnalité.

3.1. L'approche psycho-dynamique de la résilience et processus intrapsychique :

Afin de bien comprendre les principaux points de cette approche, nous avons jugé qu'une définition spécifique de deux concepts fondamentaux, qui sont «Traumatisme et trauma » selon le point de vue psychanalytique, semblait nécessaire.

Freud considère **le trauma** comme un choc violent, surprenant et qui s'accompagne d'effroi.

L'effroi correspond donc à un état d'horreur, au delà de la peur, de l'angoisse et du stress, et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Face à cet irréprésentabilité de la mort, face à cette incapacité de voir quelque discours que ce soit cerner cette rencontre avec la mort, le trauma psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet.

- **Le traumatisme** : renvoie aux effets psychiques du « trauma » sur le sujet.

D'après cette approche, l'événement ou la situation pathogène entraînent une perturbation chez le sujet ; ce qui peut se traduire par un dysfonctionnement du Moi, dans le sens que le trauma déclenche un conflit dans le moi qui provoque une régression de la force du Moi, qui à son tour n'arrive pas à mettre en place, les mesures défensives adéquates face à cette effraction émotionnelle. Mais pour les individus résilients ; ils trouvent souvent des issues pour surmonter l'événement traumatisant. Ainsi, le fonctionnement psychique de la résilience chez un sujet peut être composé en deux étapes principales. Une première phase centrée essentiellement sur la réduction des effets du trauma ; et une deuxième qui installe véritablement le processus de résilience (L.Crocq, 2007).

3.1.1. Le rôle des mécanismes de défense :

Selon A .Freud (1976) et Kreisler (2000), le rôle principal des mécanismes de défense est le traitement des affects de plaisir liés aux situations traumatiques et conflictuelles. Ils participent à construire la résilience face au trauma.

Les principaux mécanismes utilisés sont le recours à l'imaginaire, pour Bergeret (1991), l'imaginaire désigne: « l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscient, conscient, inconscient ou conscience ou primitifs », selon lui, il s'agit d'une fonction indispensable à l'équilibre psychique.

L'humour est un mécanisme défensif reconnu comme un facteur de protection important pour tous les spécialistes de la résilience. Il permettrait la sublimation des pulsions agressives. Le clivage constitue également un procédé défensif précieux protégeant le moi lors de la survenue du trauma, il permet de séparer entre les représentations, pour mettre à l'écart celles les plus insupportables. Vanistendael et Lecomte(2000), qui sont des auteurs de tendance psychanalytique, ont souligné le caractère adaptatif du mécanisme de déni, il peut porter sur différents aspects de la réalité, à condition qu'il soit utilisé à court terme. Contrairement à un usage dans le fonctionnement psychotique, chez le sujet résilient il porte de plus sur la signification affective de la réalité insupportable, que sur la réalité elle-même. Le mécanisme d'intellectualisation également, peut constituer, une protection de l'intensité des affects de déplaisir, pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique. La sublimation et la formation réactionnelle semblent être d'autres mécanismes de défense présents dans des processus de résilience (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.58-63).

3.2. La résilience selon la théorie de l'attachement :

Pour Anaut, (2000), il y a un consensus dans la littérature à propos de l'importance de la construction d'une relation d'attachements sécurisants, d'une part pour construire une bonne qualité de mentalisation et d'autre part, la résilience future de l'individu. Le concept d'attachement étudié par Bowlby(1980), qui a souligné son importance dans le développement de l'enfant qui est complètement dépendant de sa mère, il a besoin de construire une relation d'attachement pour croître et se construire. Le style d'attachement contribue à la résilience ou à la vulnérabilité de l'enfant. Il se fonde tôt et reste stable à condition que l'environnement ne se modifie pas de manière significative. Cependant, il peut être modifié lors de rencontres significatives; idée qui est défendue par Cyrulnik (2000) et Lecomte (2002) (Lighezzolo & De tychey, 2004, pp.70-76).

3.3. La résilience selon l'approche Cognitivo-comportementale :

Cette approche met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux: le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt des situations stressantes auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitives et donc conscientes (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p.34). L'apport du courant cognitivo-comportemental, au champ de la résilience, est résumé dans le point suivant :

3.3.1. La notion de coping et de stratégie de coping

En effet, l'être humain rencontre dans sa vie des situations stressantes auxquelles il doit faire face. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une défense cognitive connue sous le nom de « *coping* ». Il faut noter que dans la théorie cognitive et comportementale, le coping est une Stratégie qui vise l'adaptation essentiellement comportementale. Il occupe une place importante dans l'élaboration de la résilience du sujet. Les processus de coping sont très diversifiés, il s'agit pour David Lazarus et Joseph Folkman (1984), de « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maintenir, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne* ». Pour certains auteurs (Caroline Paulhan, 1992), (Tadzio Muller, 2003), il n'existe pas de stratégie de coping

efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème. La résilience dans cette optique devient, selon Patterson (1995), « *l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face au stress de la vie* ». Cette conception du concept de résilience est pour Manciaux (2001), acceptable, il distingue ainsi entre résilience conjoncturelle (liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique).

Pour Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces tresseurs nécessite de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intelligence. Tadzio Muller et Mark Spitz (2003), dans

Leur étude, ont démontré que le coping actif et l'humour sont positivement corrélés à

Un faible niveau de détresse psychologique. Selon Anaut (2003), les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping (Anaut, 2003).

3.4. Approche transversale de la résilience :

Cette approche apporte une vision globale du processus de résilience, en effet elle a jumelé entre la conceptualisation de l'approche développementale et celle de l'approche psychosociale. Par ailleurs, Gilligan(1997), fondateur de ce courant, explique que le processus de résilience chez les individus se construit selon un tripode « 3 buildings blocks of résilience » ; qui serait en effet constitué de trois concepts essentiels :

- **Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne :**

Renvoie au concept d'attachement développé par (John Bowlby), qui postule que ce sentiment de sécurité se développerait au cours du développement de l'enfant auprès de ses parents, qui avec leurs présence physique et émotionnelle serait un paramètre indispensable de favoriser ou non l'émergence de la base de sécurité interne, qui favorise à l'âge adulte un fonctionnement résilient face aux situations délétères. Par ailleurs, Rutter, (1996), postule que ce sentiment de sécurité interne se développe à travers les relations familiales et les relations professionnelles.

- **L'estime de soi :**

Des relations amicales autrement dit « *l'auto-appréciation* » de ses propres qualités, de son image de soi, et de ses compétences. En effet, ce sentiment de valorisation se développe chez l'individu dès les premiers âges de sa vie expérimentale en relation avec sa maman ; ce qui s'appelle le « *narcissisme* ». Selon Rutter, (1985), l'estime de soi dans son sens positif pourrait se développer selon deux principes : des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses ; Le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont considérées comme importantes pour l'individu et donc centre de ses intérêts.

- **Le sentiment de sa propre efficacité :**

Être parent ne signifie pas que génitorialité. Le fait d'être un parent signifie être responsable de son enfant, de son développement, et donc de répondre aux besoins de son enfant continuellement. En effet la parentalité selon Marie Anaut, (2008), « *s'entendant comme des modes relationnels et d'éducation des parents qui vont modeler l'enfant, dès le plus jeune âge* ».

4. Les facteurs de protection

Garmezy et Masten (1991) à partir d'une revue de la littérature scientifique, ont identifié les principales variables qui selon les chercheurs favorisent la protection chez les sujets résilients. Elles se regroupent selon les trois niveaux suivants:

4.1. Les facteurs de protection individuels

À partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience Comme, par exemple: Hâbiletés de résolution de problèmes, Autonomie, Capacités de distanciation face à un environnement perturbé, Compétences sociales, Empathie, Altruisme, Sociabilité, popularité, Perception d'une relation positive avec un adulte, Un Q.I. élevé (M. Anaut, 2005, p.7).

4.2. Les facteurs familiaux

Parmi les caractéristiques de la structure familiale : parents chaleureux et soutien parental, bonne relations Parents / enfant, harmonie parentale (entente), adéquation relationnelle /éducative.

4.3. Les facteurs extra-familiaux

- Présence de personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue ;
- Présence de milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle (milieu judiciaire, éducatif, professionnel (Virginie, B. et al, 2003)

5. Principaux facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque répertoriés sur les base des travaux *d'Anthony et Chiland, 1980 ; de Garmezy et al.1996*, sont regroupés selon trois catégories.

5.1. Facteurs centrés sur l'enfant

La prématurité, la souffrance néo-natale, la gémellarité, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les troubles de l'attachement liés à des séparations maternelles précoces.

5.2. Facteurs liés à la configuration familiale

La séparation parentale, les conflits parentaux et la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie chronique d'un des parents (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche

5.3. Facteurs sociaux-environnementaux

La pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel et social de la famille, le déplacement de l'enfant (A. Colin, 2015, p. 34)

6. Critères du processus résilient

Rutter (1985 ; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience qui sont :

- La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi
- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité.
- Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux(M. Anaut, 2003.pp 49 50).

7. Les stratégies de la résilience :

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur cinq stratégies que nous allons aborder comme suit :

7.1. L'altruisme :

Selon les chercheurs en psychologie, l'altruisme désigne le fait d'accorder une aide à autrui sans que l'on ait l'intention d'obtenir un avantage en retour. Par ailleurs, il est considéré comme un mécanisme de défense mature, de degré d'adaptation élevée, utilisé par un sujet dans son processus de résilience. Mais cela dépendrait de la nature de l'environnement familial où il vit (système familial) que nous allons aborder dans la dernière partie de ce chapitre. La « *défense mature pourrait se développer dans un milieu familial cohérent, harmonieux, avec des caractéristiques familiales positives* » D'après Vaillant et al, qui ont démontré dans leur étude que l'utilisation de ce type de mécanisme de défense serait, une signification de la bonne santé mentale et physique. Selon Plutchik, (1995), l'altruisme serait une stratégie de coping qui signifie «*renversement*».

7.2. L'optimisme :

L'optimisme fait partie des traits de personnalité protecteurs et qui forgent la Robustesse de la personne face aux événements de vie à caractère aversif. D'autres Chercheurs en psychologie ont apporté une autre appellation « *Optimisme comparatif* » selon lequel la plupart des individus ont tendance à croire que les événements positifs vont

probablement leurs arriver plutôt qu'ils n'arrivent aux autres, et inversement, que les événements négatifs vont probablement arriver aux autres qu'à eux-mêmes.

7.3. L'intelligence émotionnelle :

Dans leurs travaux parus en 1990 sur l'intelligence émotionnelle, « *Salovey et Mayer* » ont distingué entre deux types d'intelligence (conative et cognitive) dont le premier renvoie à l'intelligence émotionnelle conative et le deuxième à une intelligence cognitive, qui seraient des facteurs d'adaptation à une situation inhabituelle. Par ailleurs, pour ses deux chercheurs, l'intelligence émotionnelle serait en effet un moyen efficace de faire face aux situations troublantes qu'à l'intellectualisation (intelligence cognitive). L'intelligence émotionnelle est la capacité de gestion de ses propres émotions, en faisant preuve d'une maîtrise, de compréhension, et de savoir leurs issues. Et au même temps de comprendre l'émotion de l'autre et de les partager.

7.4. La spiritualité :

La spiritualité qui est considérée comme un critère conatif dans le processus de résilience. En effet, elle rend compte d'une attitude générale qui pousse l'individu à s'interroger en permanence sur le sens de ce qu'il vit.

D'après *H. Aponte (2001)*, la spiritualité comme dimension à penser, à parler, à travailler, tout particulièrement pour les familles qui ont subi de graves dommages. Donc ça reste un moyen pour les parents de s'organiser autour de leur vie respective, en se consolidant avec une pensée qui tend vers la résolution intellectuelle des événements traumatiques afin de s'y adapter et de développer un comportement correct et adéquat.

Dans le même sens, nous citons *Delage* qui trouve que la spiritualité « *c'est ce qui mène les êtres humains, qu'il s'agisse d'opinions philosophiques, de convictions religieuses, d'idées sur le sens de la vie, sur la justice. Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'éléments pouvant constituer des sortes d'organismes comportementaux et relationnels, d'autant plus efficaces s'ils sont le fait de quelqu'un dans la famille susceptible de mobiliser les autres par la position centrale qu'il occupe.* » (*M. Delage, 2002, p.282*).

7.5. Le sens de l'humour

Parmi les ressources affectives de résilience, *Humbeek et Desmet (2007)* répertorient: le sens de l'humour, qui ne doit pas être confondu avec la moquerie, l'ironie, la dérision ou le sarcasme. Pour cela, les auteurs proposent quatre critères pour séparer le sens de l'humour des notions qui s'en approchent: d'abord, l'humour devrait avoir deux fonctions, retransmettre de la joie, infère de la gêne ou diminuer une tension. Les deux autres critères: promoteur de lien et bienveillant dans un aspect relationnel et constructif de rire déclenché par l'humour. L'humour favorise l'émergence d'un processus de résilience, dans la mesure où il permet au sujet de se détacher pendant un moment de la réalité et apprendre de nouvelles choses sur les possibilités de contrôler l'insolite. Il permet au soi de s'affirmer face à l'inconnu (Freud, 1905). Bruno *Humbeek (2007)* émet des conditions pour que l'humour soit considéré comme une ressource néo-développementale. D'abord, la personne qui reçoit le message humoristique doit partager un même ensemble de règles que l'émetteur pour comprendre et être sensible au message comique de ce dernier. Ensuite, le message distrayant doit osciller entre le réel et l'imaginaire, faire en sorte qu'il ne soit pas trop fixe au réel et pas non plus totalement fictif, un équilibre qui permet l'ancrage dans la réalité. Enfin, l'espace du message humoristique doit être clairement délimité et identifié comme tel: « *on ne rit pas partout et avec tout le temps.* » et doit être explicitement séparé de la vie réelle. *Anaut (2003)* et *Mancieux (2001)* envisagent le sens de l'humour comme un facteur de protection essentiel dans le contexte de la résilience.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons abordé la résilience, présenté ses approches et les différentes stratégies que développent les personnes dites résilientes face à une situation traumatisante ou inhabituelle, comme c'est le cas pour les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse.

La résilience est au goût du jour, elle représente un point de vue positif porté sur le potentiel que possède l'humain pour gérer les adversités passées, présentes et futures. Le processus de résilience est un phénomène complexe qui implique l'interaction de facteurs psychoaffectifs, relationnels et sociaux avec les caractéristiques internes du sujet (processus défensifs, personnalité...). Actuellement, le champ de la psychologie de la santé (accidents, traumatismes, maladies létales...) est devenu un domaine de recherche et d'applications des théories de la résilience parmi les plus féconds.

Chapitre III

Démarche méthodologique et techniques utilisées

Préambule :

La méthodologie est une partie intégrante de toute discipline qui se veut scientifique. Au cours de cette partie méthodologique, nous allons présenter l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, Il s'agit, à ce niveau, de décrire et d'explicitier l'ensemble des techniques utilisées pour mener la recherche. Dans ce chapitre seront également développés: la recherche documentaire, la pré-enquête, la population ciblée, l'univers d'enquête, la présentation de l'échelle utilisée, la présentation du guide d'entretien, l'administration de l'échelle, et les difficultés rencontrées.

La démarche de la recherche :

1-Méthodes de recherche

➤ La méthode de recherche est définie comme « *l'ensemble des procédures, des démarches précises, adoptées pour en arriver à un résultat en sciences, la méthode est primordiale, et les procédures utilisées lors d'une recherche en déterminent les résultats* » (M. Angers, 1997, p. 9).

1-2-La pré-enquête :

La recherche qui a été élaborée doit toujours faire l'objet d'un test sur le terrain afin de vérifier que les sujets sont effectivement trouvables, que les questionnaires sont utilisables et ne sont pas trop longs à remplir, que les taux de réponse permettent d'obtenir les effectifs nécessaires, etc.

➤ selon **Claire Durant** « *La pré enquête est considérée comme, la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié* » (Chahraoui Kh., & Bénony H., 2003, p.126).

Nous concernons, nous avons débuté notre recherche de travail par une pré-enquête d'une durée limitée, du 23 janvier jusqu'au 15 février 2020, qui a été effectuée au service de maternité à L'hôpital Amizour « Établissement Public Hospitalier Non Universitaire (EPH) » qui contient un service de maternité avec quatre (4) gynécologues, vingt deux (22) sages femmes, trois (3) médecins généralistes, sept (7) infirmières et un(1) psychologue, avec cette dernière nous avons pu visiter le lieu de notre recherche afin de solliciter des femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses (plus de trois fois), en revanche, les femmes sollicitées

pour tester l'efficacité des outils en leur posant quelques questions du guide d'entretien, n'étaient pas dans un bon état de santé (physiquement et psychologiquement) pour répondre à toutes les questions posées et certaines ont refusé gentiment, évidemment nous avons respecté leur choix. Cela nous a fait comprendre et confirmer que notre recherche ne pouvait s'appliquer sur les femmes dont l'avortement a eu lieu depuis moins de six mois comme le précise *Lacombe (1998, p.48)(voir le chapitre I)*, car l'impact du stress sur leurs santé mentale peut influencer l'efficacité de l'échelle et la confirmation de nos hypothèses sur « le développement des stratégies de résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse ».

Cependant, nous nous sommes dirigées vers des établissements hospitaliers privés qui proposent un suivi à ces femmes : l'établissement hospitalier privé Dr. Rachid Benmarad ainsi qu'une clinique privée d'un médecin gynécologue où nous avons ré-effectuer notre pré enquête afin de nous assurer que les patientes répondent clairement aux critères que nous recherchons pour l'homogénéité de notre groupe de recherche. Nous avons effectivement obtenu le consentement des deux gynécologues obstétriciens ainsi que l'accord des patientes faisant partie de notre groupe de recherche, dans un cadre bien déterminé qui correspond aux conditions exigées telles qu'un bureau éclairé, la propreté, le calme...

Les informations recueillies lors de la pré-enquête nous ont permis de procéder à certaines modifications de notre problématique et hypothèses et, elle nous a aussi facilité l'élaboration de notre guide d'entretien. Ces modifications dans le fond et dans la forme ont permis de bien préciser et cerner notre recherche.

➤ Pour M. Grawits, « *La pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire, analyse de documents) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limite le problème à étudier, avant même de préciser définitivement des objectifs* » (M. Grawits, 2001,p.526).

C'est le but de la pré-enquête, qui est une simulation à l'échelle réduite de tous les aspects de la recherche, et qui invariablement amène à réviser certains aspects du protocole initial (notamment les questionnaires, qui ne sont jamais corrects d'emblée). Une recherche définitive peut alors être préparée.

1-3-L'enquête :

L'enquête est une étape importante que nous avons adoptée avant d'entamer notre pratique qui a duré (1) Un mois (du mois de Février au mois Mars), tout d'abord nous avons discuté avec le Médecin gynécologue, qui a pris tout le temps nécessaire pour nous éclaircir certaines idées sur les interruptions spontanées de grossesse, et nous fournir des précieux conseils afin de mieux gérer nos entretiens avec les patientes. Il est important de préciser que l'investigation effectuée auprès des patientes, ainsi que la consultation de leurs dossiers médicaux ont eu lieu après avoir obtenu leur consentement de participer à une investigation, qui comporte un entretien pour chaque patiente qui devait répondre à toute une série de questions contenues dans le guide d'entretien, ensuite, à une échelle de Résilience (CD-RISC) qui contient 25 items en langue Française que nous avons traduit en langue Arabe. Nous intervenions aussi pour expliquer en Dialecte Kabyle en cas de d'incompréhension, une entrevue dure d'une heure à deux heures selon le cas.

1-4-Présentation du lieu : nous avons mené notre enquête dans deux lieux différents :

- L'Établissement Hospitalier Privé Dr. Rachid Benmerad, Contenant plusieurs services dont le service gynécologique avec, à l'entrée, une grande salle d'attente bien aérée, une pharmacie, un service pré-travail (d'accouchement). Ce service est doté de sept (7) lits, cinq (5) sages femmes, deux (2) infirmières, et un médecin gynécologue.
- Un cabinet privé de gynécologie qui se compose de deux pièces et de deux salles d'attente où exerce le médecin gynécologue et son assistante. Notre enquête s'est déroulée dans le bureau de l'assistante qui nous a fourni un cadre adéquat : deux chaises et un bureau ainsi que le calme, la propreté et un bon éclairage.

1-5-La méthode clinique :

- Sillamy définit la méthode clinique comme « une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec : une situation déterminée » (N. Sillamy, 2003, p.58).
- Pour J-L. Pedinielli, la méthode clinique vise donc à créer une situation avec un degré faible de contraintes, en vue d'un recueil d'informations qu'elle souhaite le plus large et

le moins artificiel possible en donnant au sujet des possibilités d'expression. La spécificité de cette méthode repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle (J- L. Pedinielli, 2005, p.10).

La méthode clinique répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité et de la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. (J-L. Pedinielli, 2005, p.10).

- Autrement dit, notamment pour *K.Chahraoui, & H. Bénony*, la méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations pour développer l'étude de cas, qui est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes (K. Chahraoui,& H. Bénony, 2003, pp.11-12).

1-6 L'étude de cas : Cette méthode permet par le moyen de recueil de données, la compréhension de la personne totale en situation et en interaction. C'est-à-dire qu'elle permet une observation approfondie d'un individu dans sa singularité et ses interactions avec autrui ou d'un groupe d'individus en interaction, en se référant à la méthode clinique.

L'étude de cas met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle permet la récolte des données très diverses. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier. (*K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p. 48*).

- *Pour K. Chahraoui,& H. Bénony(2003) « L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font, souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues » (K. Chahraoui & H. Bénony 2003, p.124).*

2-Présentation du groupe de recherche :

Notre **groupe de recherche** comprend quatre (4) sujets que nous avons sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité dans la mesure où notre thème concerne des patientes ayant eu plus de trois interruptions spontanées de grossesses. Par contre, certains critères que nous avons jugés non-pertinents n'ont pas été retenus.

2.1. Les critères de sélection

Le groupe d'étude choisi était sélectionné soigneusement parmi les femmes ayant subi plus de trois interruptions spontanées de grossesses :

- Des femmes ayant déjà un enfant, ce que nous appelons par avortements secondaires.
- La dernière interruption spontanée de grossesse doit avoir dépassé six (6) mois.
- L'avortement n'est pas dû à une pathologie organique.
- Et parmi d'autres critères que nous avons estimé non pertinents que nous n'avons pas pris en considération :

La classe socioculturelle et le niveau scolaire, les causes des avortements et l'âge des patientes du moment qu'elles sont matures, car une maladie peut atteindre n'importe qui quel que soit son niveau d'instruction.

- Le tableau récapitulatif de notre groupe de recherche

Cas	Aniasse	Dalila	Tinhinane	Samra
Age	42 ANS	42 ANS	31 ANS	32 ANS
Profession	Fonctionnaire publique	Chef de service entreprise publique	Femme au foyer	Femme au foyer
La durée de vie de couple	5 ans	4 ans	9 ans	7 ans
Le nombre d'interruptions spontanées	03	04	05	04
Le nombre d'enfants	01	01	01	01
La durée de la dernière interruption spontanée	15 mois	9 mois	6 mois	12 mois

Remarque : Les noms des femmes présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms, ils ont été choisis par nos sujets : ce sont des prénoms qu'elles souhaitent donner à leur future fille désirée.

D'après ce tableau, nous remarquons que ces quatre (4) femmes ont un âge moyen entre la trentaine et la quarantaine, un niveau d'instruction différent, une souffrance en commun qui les réunit par rapport au nombre d'avortements spontanés qui sont de trois (3) et plus, notamment la dernière interruption qu'elles ont subi qui date depuis six mois (6) et/ou plus.

3-Les techniques utilisées :

Notre choix de techniques utilisées dans le seul but de la réalisation de cette recherche et l'obtention des données et informations nécessaires pour la vérification des hypothèses.

Elle se focalise donc sur une technique de recueil des informations personnelles, qui nous permet d'accéder aux états psychologiques, aux aspects familiaux et sociaux ; qui correspond fondamentalement à l'entretien clinique et une échelle de Résilience (CD-RISC) qui nous permet d'avoir les données qui se relie à la résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse.

3.1 L'entretien clinique et l'entretien de recherche :

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

Pour Chahraoui KH. & Benony H., « *l'entretien clinique est un outil visant nettement l'appréhension et la compréhension essentiellement du fonctionnement des états psychologiques d'un sujet, à travers son vécu et ses relations. Encore, en visant l'obtention d'information sur ses souffrances et «difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes* » (Chahraoui KH. & Benony H., 1999, p.11).

Dans le déroulement et l'application des outils d'approche et de recueil des données, on commencera particulièrement par un entretien, à savoir qu'il est le premier contact avec le sujet ainsi la voie facilitant l'accès aux tests.

Donc, il serait l'outil par excellence en psychologie clinique; il permet de recueillir le maximum d'informations. Ces dernières ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet auprès de lui-même; les difficultés d'un individu ne prennent sens que seulement si elles s'identifient au cadre référentiel de l'histoire personnelle, familiale et relationnelle, du sujet lui-même et à sa personnalité et non pas être identifié ou restitué à un autre individu.

La méthode d'analyse de l'entretien à un caractère qualitatif pour *Mucchielli & Paille* qui la définissent comme une «démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation des données d'enquête, dont la logique est la découverte et construction du sens». (Mucchielli, Paille, 2005, p.5).

Bardin, quant à lui, trouve que « *l'adoption d'un entretien s'avère l'outil parfait pour accéder aux informations les plus ardues à détecter, ainsi que l'analyse du discours et de son contenu s'annonce vraisemblablement à un instrument d'investigation, qui ressort les points les plus profonds que l'on a besoin* » (*Bardin*, 2003, p.14).

Parmi les types d'entretien disponibles (entretien directif, semi directif, libre), notre choix s'est porté sur l'entretien semi directif (entretien a structure faible), car l'entretien directif est trop proche du questionnaire, trop rigide et donc sans intérêt pour notre recherche.

Dans notre recherche, cet entretien semi directif nous permet aussi d'aborder plusieurs thèmes, et nous permet d'avoir une première idée sur le vécu du sujet avant et après les avortements.

C. Chiland le définit « *comme une situation où le clinicien pose quelque questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple* » (*C. Chiland*, 1983, p.11).

3-1-2 -L'entretien semi-directif :

Dans l'entretien clinique, il en existe trois types : l'entretien directif, non directif et en dernier l'entretien semi-directif (*Chahraoui KH.& Benony H., 1999, p.13*) que nous avons utilisé dans notre recherche.

Engers trouve que l'entretien semi-directif, qui s'annonce comme médiateur, est un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il le définit comme: « *une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurellement en profondeur les informations*» (*Engers*, 1997, p.144).

Chahraoui KH. & Benony H., pour leur part, trouvent que « *dans l'entretien clinique, plus précisément semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dit d'entretien, qui se décompose de plusieurs questions et items, réparties sur plusieurs axes, préparé au préalable et à l'avance, mais, qui ne doivent pas être posées qu'au moment opportun, de sorte qu'il soit une séquence*

associative entre les items, et encore, qu'il soit une certaine continuité du récit du patient » (Chahraoui KH. & Benony H., 2003, p.143).

3-1-3-Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré: il s'agit d'un «ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance ». Celle-ci sera nécessairement identique pour les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ; le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Chahraoui KH. & Benony H., 1999, pp.66-69).

3-1-4-Présentation du questionnaire de Résilience (CD-RISC)

Nous présentons, dans ce qui suit, l'échelle de Résilience CD-RISC que nous avons fait passer à nos sujets juste après le guide d'entretien :

La résilience est aujourd'hui un phénomène reconnu par la communauté scientifique comme étant inhérent à chaque individu (*Luthar, 2006*). Les mesures pour identifier et dépister les facteurs contribuant à la résilience permettent de mieux comprendre ce phénomène. Malgré un grand intérêt pour la résilience et sa pertinence pour l'étude de certains problèmes de santé, ou de l'influence des événements de vie adverse, peu de mesures de résilience sont disponibles (*Békaert et al, 2011*). Parmi celles identifiées, l'échelle proposée par *Connor et Davidson* s'avère être l'une de celles qui possède les meilleures qualités psychométriques (*Windle et al, 2011*). Elle est d'ailleurs la seule mesure à avoir été utilisée pour évaluer les changements en cours de traitement (*Windle et al., 2011*). Le *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)* est un questionnaire auto-rapporté composée de 25 items qui évaluent plusieurs aspects de la résilience tels que le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements ainsi que la perception du soutien social reçu. Cet instrument utilise une échelle de réponse de type Likert à 5 points variant de 0 « Pas vrai du tout » à 4 « Vrai la plupart du

temps ». Lors de l'élaboration du CD-RISC, les auteurs ont été guidés par plusieurs sources. Ainsi, les items reflétant les notions de contrôle, d'engagement et de résistance (*Kobasa, 1979*) ainsi que les habiletés à tolérer le stress (*Lyons, 1991*) ont été considérés. La majorité des items vise à évaluer les caractéristiques associées à la résilience suite aux travaux innovants de *Rutter (1985)*. Ainsi, le sentiment d'efficacité, les expériences antérieures de succès, la recherche de soutien social, l'estime de soi, la présence des relations stables et sécurisées, une approche orientée vers l'action et l'adaptabilité au changement sont également des notions intégrées au CD-RISC. Dans leur analyse avec la version originale, *Connor et Davidson (2003)* ont complété une analyse factorielle exploratoire avec rotation orthogonale. Cinq facteurs ont été identifiés :

- 1) la compétence personnelle, des normes élevées et la ténacité (8 items);
- 2) des items relatifs à la confiance en ses capacités, à la tolérance à l'égard de l'affect négatif et aux effets mobilisateurs du stress (7 items);
- 3) l'acceptation positive du changement et la présence de relations sécurisées et stables (5items);
- 4) le contrôle (3 items)
- 5) les influences spirituelles (2 items).

Connor et Davidson (2003) ont également rapporté que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des mesures de robustesse ou de capacités de résistance et à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu suggérant une validité concurrente adéquate.

Codification

- 1). Persistance/ténacité et sens de l'efficacité personnelle : 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25
- 2). Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression : 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20.
- 3). Capacité de rebondir : 1, 2, 4, 5, 8.
- 4). Contrôle/Sens : 13, 21, 22.
- 5). Spiritualité : 3 et 9.

4-L'attitude du chercheur en psychologie :

L'une des principales attitudes du chercheur est bien sûr l'objectivité, la neutralité et l'écoute, le chercheur ne doit pas intervenir sauf s'il y a un blocage et une inhibition du sujet, là, il peut relancer le sujet en reformulant les phrases, parfois on se trouve devant des sujets qui refusent d'aborder certains moments de leur vie qui peuvent provoquer chez eux un sentiment de tristesse ou de malaise. Dans ce cas, le chercheur doit respecter les avis des sujets, si ces derniers n'arrivent pas à continuer, ils sont envahis par des émotions (pleurs, chagrin..) le chercheur doit s'arrêter et décider à la fin s'il continue ou pas.

5-La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas :

5-1-Le déroulement de la pratique :

Notre recherche s'est déroulée auprès des femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses, quatre (4) sujets rencontrés dans deux lieux différents, en se conformant aux règles de l'éthique et au code déontologique, nous nous sommes présentées en tant qu'étudiantes de Master II en psychologie pour effectuer une recherche intitulée «la résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses », en expliquant les termes non compris en usant du dialecte Kabyle, nous avons insisté sur le secret professionnel pour rassurer nos cas et gagner leur confiance.

Nous avons commencé avec chacun des cas, par un bref entretien afin de nous assurer que le sujet répond bien aux critères de sélection définis au préalable, nous avons poursuivi avec notre guide d'entretien semi-directif. Après une pause de dix (10) minutes, nous avons procédé à la passation de l'échelle de Résilience *CD-RISC (2003)* qui contient (25) énoncés (items), le temps total consacré à chaque cas a varié entre 1h30 à 2h, sachant que nous suggérons à nos sujets une pause de 10 minutes si elles le souhaitent.

5-2-La présentation de données récoltées

Pour ce qui concerne la méthode suivie, nous allons présenter les données recueillies, nous commençons par la présentation des cas, leurs âges, leurs professions ...etc. Après nous allons procéder à la présentation des données récoltées grâce à l'entretien clinique semi directif et à l'échelle, cette dernière se composant de données qualitatives,

Les personnes avec lesquelles nous avons travaillé étaient compréhensives et prêtes à coopérer, elles nous ont ouvert les portes sur leurs mondes et leurs souvenirs de l'évènement. L'entretien s'est passé dans un climat favorable, elles se sentaient moins stressées car elles étaient dans un environnement qui leur est familier, elles ont manifesté de la patience, de l'attention et du respect qui était mutuel.

5-3-L'analyse et le traitement des données

Après avoir présenté les données de notre groupe d'étude, nous allons les analyser à partir de notre cadre théorique, ce sera une analyse qualitative des données de l'entretien, également pour la partie de l'échelle, nous allons nous pencher sur le délai d'apparition des symptômes, la durée de leur persistance et la capacité à s'adapter et à rebondir après cet évènement intense. À la fin de la présentation de nos cas, nous terminons avec une conclusion où nous exposons les résultats finaux et nous discuterons de la validité de nos hypothèses de recherche.

6-Difficultés rencontrées :

Durant toute notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont rendu le déroulement de notre recherche compliqué et difficile, parmi lesquelles nous pouvons en citer :

- Gel des stages pour les étudiants en fin de cycle par le Syndicat National Algérien des Psychologues (SNAPSY) précisément au niveau de la clinique mère-enfant du centre hospitalo-universitaire de Bejaia (Targa Ouzemmour) ; cela nous a fait perdre énormément de temps et retardé notre pratique empirique dont l'objectif est de répondre par des arguments mesurable et acceptable pour tous .
- Difficulté de trouver des cas qui répondent aux critères de notre groupe d'étude : femmes ayant subi plus de trois avortements spontanés et dont le dernier avortement spontané remonte à six (6) mois ou plus.
- Le dernier obstacle est l'apparition du Corona Virus qui est à l'origine d'une pandémie, déclarée le 11 mars 2020 par *l'Organisation Mondiale de la Santé*. La situation s'aggravant de plus en plus, les autorités ont annoncé, une série de décisions, notamment la fermeture de tous les établissements publics. Nous avons reçu un appel de l'établissement hospitalier qui nous a confirmé l'arrêt des stages pour les étudiants de fin de cycle jusqu'à une date indéterminée, nous avons été dans l'obligation de mettre pause à notre recherche sur terrain.

Conclusion

Ce chapitre méthodologique nous permet d'assurer une meilleure organisation à notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche clinique et de connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Il permet, par ailleurs, d'apprendre les techniques à suivre dans l'analyse des cas, qui sont très importantes pour aboutir à des résultats pertinents.

Aussi, les données de l'entretien et leurs interprétations permettront d'avoir des indices précieux à même de rendre compte de la présence d'un processus de résilience et nous informer sur le rôle joué par le milieu familial, à savoir le rôle de tuteur de résilience et de soutien.

Dans le prochain chapitre, nous nous intéresserons à la présentation de nos cas avant d'exposer l'analyse et les résultats de notre recherche et la discussion des hypothèses.

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Présentation des cas

Cas N°1 : Aniasse

Il s'agit d'une jeune femme âgée de (42) ans, mère d'une seule fille âgée de trois (3) ans et ayant, par la suite, enchaîné trois interruptions spontanées de grossesses, travaille dans la fonction publique avec un niveau d'instruction universitaire, une femme cultivée et attachante, son niveau économique est moyen, son mari travaille comme pompier. Notre sujet a choisi de nous répondre en langue Française mais utilise aussi un mélange d'Arabe et de Kabyle.

AXE 1: dans ce premier axe, nous avons tenté de ressembler des données qui concernent l'état psychologique avant l'avortement.

Aniasse issue d'une petite famille entourée de ses parents, puisque c'est une fille unique *« je ressentais un vide constant et je n'avais personne à qui confier mes secrets mais cela ne m'empêchais pas de créer des liens d'amitié avec mes cousines et collègues »* elle menait une vie plus libre avant mariage, pleine de joie et de bonne humeur, une jeune femme libre et responsable, *« je vie au jour le jour sans prise de tête »* nous dit – elle, *« pour ma part, je considère le mariage comme un passage obligatoire dans la vie notamment dans notre société, le mariage peut carrément nous faire régresser surtout avec les responsabilités et les attentes des gens vis-à-vis de toi, c'est pour cette raison que j'ai hésité ».*

Après avoir fait la rencontre de son mari qui a deux(2) ans de plus qu'elle, cette dernière voyait le mariage différemment car il a réussi à la rendre heureuse, « nous nous sommes marié il y a cinq (5) ans exactement quand j'avais trente-sept (37) ans, c'était un mariage désiré », pour sa vie sexuelle, elle n'a rien évoqué de particulier sauf le changement entre leur début de relation et maintenant, toute gênée, elle nous dit « ça a diminué c'est pas comme au début », concernant la grossesse, elle est tombée enceinte juste après son mariage, une nouvelle qui a apporté de la gaité dans leur couple notamment pour Aniasse car elle a tant voulu avoir une fille qui remplira sa vie, elle rajoute « quand j'ai su que c'était une fille, j'ai ressenti un soulagement et une joie, pour moi, j'ai pas seulement un enfant mais une sœur ou une copine proche et en fin j'ai ma confidente, ma fille c'est toute ma vie », cette grossesse a fini par un accouchement normal *« D'ailleurs c'est l'unique grossesse qui j'ai tenu a terme(...) silence, mais الحمد لله Dieu merci »* nous dit Aniasse. Cinq mois (5) après l'accouchement, elle est de nouveau tombée enceinte, une surprise pour elle et son mari, mais

le désir de donner une sœur pour sa fille est plus fort car elle ne voulait pas que sa fille vive le même vécu qu'elle une vie remplie de vide et de manque comme elle nous la fait comprendre; elle a par la suite consulté sa gynécologue qui lui a confirmé sa grossesse « *j'ai été très heureuse, je me suis même offert des petits cadeaux pour me faire plaisir (mais que je ne supporte plus aujourd'hui)* ».

Par ailleurs, Aniasse se rappelle de ce moment qui été à la fois plein d'excitation et de tristesse, elle ajoute, « *tout au long du trajet, j'imaginai la réaction de M (son mari) qui a été d'ailleurs impressionnante, il m'a montré de suite son contentement de cette nouvelle si merveilleuse et son soutien, je ne voulais pas penser à la charge qui m'attendais tellement j'ai été ravie, en sachant qu'avoir deux petits enfants, n'est pas facile* » une semaine après, Aniasse se dirige vers son gynécologue avec ses analyses (Béta HCG) qui est une hormone chorionique gonadotrope qui se produit en tout début de grossesse dès la nidation de l'œuf dans le muqueuse utérine, après le point sur cette analyse de sang et l'interprétation des résultats, et autres analyses, elle passe faire l'échographie, est la c'est la grande catastrophe comme elle nous dit « *وهنا كارثة كبرى* », sa gynécologue lui confirme qu'elle est bien enceinte de six (6) semaines mais d'un œuf éclairé (vide), sa grossesse est arrêtée et doit interrompre l'embryon, avec tristesse Aniasse nous dit « *j'ai été abasourdie clairement, je commençais à lui poser des questions naïvement du genre est- ce qu'il peut redémarrer ? (rire) je voulais qu'elle me redonne espoir mais non, elle insistait et me prévenait comme quoi dans deux jours au plus tard y'aura une interruption naturelle sinon, il faudrait la déclencher* » toute anéantie, elle se plaignait de l'attitude de son mari après l'avoir mis au courant, elle se plaignait aussi du personnel médical, des infirmières et des sages femmes « *personne n'a pris soin de moi je me sentais seule et incapable, c'est depuis cet avortement que ma santé s'est dégradée* ».

On remarquait bien que cet événement a beaucoup marqué Aniasse et la touché au point de culpabiliser tout son entourage essentiellement le personnel médical, elle révèle que « *cette fausse couche m'a appris énormément de choses, d'abord ne jamais sacrifier sa santé pour les autres, j'ai vécu des moments traumatisants à l'hôpital il y'avait presque personne à mes côtés sauf mon bon dieu, je me suis relevée toute seule grâce à dieu, j'ai compris que dans la vie il faut être très forte moralement pour affronter les chocs* ». Nous constatons de ce fait, que le choc dont parle notre sujet était concentrée plus sur les tortures qu'elle a subi après l'avortement et non pas sur de la perte de son enfant, elle confirme en

nous disant « *franchement je n'étais pas attachée à cet enfant, déjà il n'est pas venu au bon moment* »

AXE 2 : dans cet axe nous avons porté notre intérêt sur l'avortement

Aniasse est une jeune maman ayant réussi sa première grossesse mais qui a ensuite fait trois interruptions spontanées de grossesse, sa dernière grossesse date de quinze(15) mois.

Toutefois, les facteurs qui ont déclenché ce nombre d'avortement chez Aniasse sont différents et implicites mais, selon son gynécologue la cause principale est le fait d'avoir des kystes dans les ovaires, selon M. Mavromati et J. Philippe (2015) : « *Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est la pathologie endocrinienne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer, avec des implications cliniques importantes comme les troubles de fertilité, l'hirsutisme et les complications métaboliques associées* ». Donc, il s'agit bien d'une étiologie la plus controversée pour expliquer les avortements à répétition, quand à Aniasse, elle souffre des ovaires poly kystiques et cela aboutie à moins de fécondations et à plus d'avortements spontanés aussi l'avancement dans l'âge est très réputé pour avoir provoqué ce souci, car elle n'a aucun lien de sang avec une femme qui est dans le même cas qu'elle.

Une année d'attente et de soins, Aniasse tombe enceinte de nouveau et pareil, une grossesse terminée très tôt sans aucune douleur ou symptômes précédents « *j'étais assise dans mon bureau au travail en plein milieu de mes collègues hommes et femmes, j'ai senti d'un coup ma grossesse s'interrompre, toute la salle était remplie de sang* » toute stressée elle nous dit « *si je pouvais disparaître de la terre, je l'aurais fait* » un autre traumatisme qu'elle a vécu et auquel elle ne s'attendait pas étant donné qu'elle a mis un bout de temps pour retenter sa grossesse. « *c'est la pire des choses qui puisse arriver à une femme* » plutôt que prévu, elle s'est dirigée de suite vers une polyclinique où elle a été très bien accueillie chose qu'elle a bien apprécié, c'est au lendemain qu'elle s'est rendue compte de la perte de son deuxième enfant, « *je vous avoue que j'ai été accablée et très affectée par cette grossesse, elle m'a tellement fait de la peine* » et parlant de son embryon avorté « *car j'ai déjà entendu ses battements de cœur la pauvre, je me demande vraiment c'est quoi cette poisse qui est sur moi Daču id daewessu agi ?* » en pleurant et un long silence s'en suit Elle ajoute « *son choc ne veut pas disparaître de mes pensées* » contrairement au premier avortement notre sujet a vécu une souffrance émotionnelle intense pour cet enfant perdu auquel elle était très attachée « *c'était une période mouvementée et très difficile* » nous raconte –elle, une forte

souffrance où ses émotions étaient mélangés entre tristesse, chagrin, colère, et angoisse « *je stressais face à des petits détails, mon sommeil était perturbé, je mangeais très mal je m'isolais des gens pour pas qu'on me voit faible et attristée même moi je me voyais bizarre heblay heblay je devenais folle* »

Axe 3: nous avons posé différentes questions dans cet axe qui vont nous permettre de mieux cerner le côté relationnel de notre sujet, sa gestion des excitations interne et externe, voir sa réactions d'après la fluidité de ses réponses.

Cependant, son mari s'est montré indifférent et dissimule ses sentiments, toujours courageux durant les deux premiers avortements « *mon mari m'a toujours consolé et passe très vite à autre chose, la seule phrase qu'il me dit nesea yelit-ney iççada , notre fille nous suffit* » malgré son souhait d'avoir un autre enfant surtout lors du deuxième avortement », En revanche, la réaction de son mari n'a pas été la même lors du troisième avortement « *il a lâché prise et a été vexé au point de verser des larmes* » car c'est une grossesse qui a duré onze (11) semaines, ils se sont investis émotionnellement et se sont attachés à ce fœtus « *dès que la sage femme lui a confirmé que je devais évacué le fœtus je voyais son visage changer de couleur et a refusé carrément l'idée* » pour son mari, c'était juste des saignements qui vont passés sans risque, il ne voulait pas croire en l'idée de l'avortement sauf que cela n'est pas un choix. Une étude rapporte que l'attachement du père se ferait bien avant la naissance. Celui-ci créerait ainsi un lien émotionnel avec l'enfant perdu lors de la fausse couche (McGreal et al. 1997) et ressentirait un chagrin comparable à celui des femmes (Kohn & Moffitt, 1992).

Par ailleurs, après ses expériences successives d'avortement, Aniasse est fortement soutenue par ses deux familles parents et beaux-parents, essentiellement par son conjoint, ce qui la totalement aidé à se remonter le moral après toutes ces déceptions « *honnêtement j'ai jamais ressenti de la méprise de leur part bien au contraire* »

Ce sentiment d'être aimé et comprise l'a énormément aidée à se relever et accepter la réalité et surtout de ne pas se sentir faible et inférieure aux autres

Aniasse comme toute femme cultivée et consciente décide de consulter un psychologue qui l'a aidé à cerner sa souffrance et mieux la gérer « *grâce a ma psychologue, j'ai réussi à m'en sortir de toutes ces idées négatives qui m'entouraient, elle m'écoute et me motive à continuer ma vie avec mon mari et ma fille* »

Ces interruptions spontanées n'ont pas engendré chez notre sujet de réel changement actuellement mis à part les périodes de l'avortement « *aujourd'hui, je suis en bonne santé **الله الحمد** Dieu merci, avoir un bébé c'est peut être impossible mais je perds par espoir car je ne suis pas infertile* ».

Axe 4 : ressources de résilience :

Nous avons par la suite entamé le sujet de résilience et les stratégies de résilience qu'elle utilise pour surmonter les difficultés ainsi que les objectifs qu'elle projette pour son avenir, elle nous dit « *الدعاء والصلاة (la prière et l'imploration) toutes mes peines je les surmonte avec le recours à (ALLAH) **الله** je ressens un soulagement et une force puissante quand je lui confie mes soucis, c'est le seul qui pourra m'aider et me comprendre parfaitement, j'évite même de pleurer juste pour ne pas me montrer ignorante envers mes croyances et mon (destin) **المكتوب** car surement il y a une raison à mon problème, et par rapport à mes projets, tout est relié à ma fille, c'est ma seule source du plaisir tous mes objectifs sont en relation avec son bonheur, je suis capable de sacrifier ma vie pour satisfaire ses besoins* ».

Concernant la communication « *je communique avec toutes les personnes sur tous les sujets excepté mon problème d'avortement, j'évite d'en parler même avec mon conjoint, je préfère profiter des belles choses qui existent tout au tour* » rajoute-t-elle. Aniasse est une femme toute joyeuse et pleine d'ambition ayant une vision positive de son avenir, elle parlait en chantant « *إسسه الدنيا بخير j'ai mis ma confiance en dieu et il ne me décevra pas je sens qu'il va me récompenser un jour* »

A la rencontre d'autres patientes qui souffrent du même problème, elle a tendance à rester distante. Par ailleurs, concernant le côté spirituel, elle dit « *pour moi (ALLAH) **الله** c'est mon seul refuge, avec ma religion j'ai pu voir et surpassé les situations où je me sentais perdue et impuissante, je les ai surmonté facilement **الله الحمد** Dieu merci*»

Synthèse

Pour le cas d'Aniasse, au premier contact nous remarquerons qu'elle est une femme rationnelle, responsable, libre et très cultivée malgré les différentes circonstances qu'elle a vécu, d'après notre entretien nous déduisons que c'est une femme qui sait se relever seule dans les moments difficiles, qui affronte les situations qui lui arrive sans compter sur autrui. Sa croyance en Dieu lui donne une force à continuer sa vie avec plus d'assurance. L'indépendance à laquelle elle aspire est une caractéristique des personnes résilientes, car elle

veut être responsable de sa vie (Benard, 2004; Vanistendael & Lecomte, 2000). La prise de conscience de sa réalité, la capacité de résolution des problèmes, la débrouillardise, le sens de responsabilité et les compétences sociales sont des caractéristiques des personnes résilientes (Benard, 2004; Vanistendael & Lecomte, 2000).

Présentation des résultats et analyse du questionnaire CD-RISC : cas d'Aniasse

Facteurs de résilience	Score moyen sur le total d'items (%)
Sentiment de compétence (/32)	27 /32 (84,37%)
Effets positifs du stress (/28)	18/28 (64,28%)
Acceptation positive des changements (/20)	12/20 (60%)
Contrôle (/12)	6/12 (50%)
Spiritualité (/8)	7/8(87,50%)
Score total (/100)	72/100 (72%)

Tableau : Score à l'échelle de Résilience CD-RISC d'Aniasse :

Synthèse du cas Aniasse :

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés dont nous trouvons cinq 5 facteurs :

Le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez Aniasse est estimé de 84,37%., le second facteur est de 64,28%, il correspond à la confiance en ses propre instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress.

Le troisième facteur prend le pourcentage de 60%, il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à 50% chez Aniasse, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé à 87,50%. Donc elle obtient un score de 72/100 avec un pourcentage de 72% qui prouve qu'Aniasse est résiliente.

Cas N°2 : Dalila

Dalila est une femme âgée de 42 ans, chef de service dans une entreprise publique, mère d'un seul garçon, suivi de quatre (04) avortements spontanés, un niveau d'instruction universitaire ainsi qu'un niveau économique moyen, son mari est fonctionnaire, durant l'entretien, Dalila nous a répondu en kabyle et en Français.

Axe 1 : dans ce premier axe, on essaiera de rassembler des informations qui concernent l'état psychologique avant l'avortement

Dalila occupe le second rang dans une fratrie de trois (03) sœurs et un(01) frère, elle a révélé qu'elle a une bonne relation avec sa famille, qu'elle s'est mariée depuis quatre(04) ans à l'âge de 38 ans ; c'était un mariage désiré, l'attitude de Dalila envers le mariage est : pour ne pas rester avec sa belle sœur, puisqu'elle est était la seule de ses sœurs pas encore mariée «*zwağ iwakken ur ttyamay ara waħid tameřut n gma*», aussi pour fonder une famille et avoir des enfants, surtout par rapport à une femme qui avance dans l'âge, c'est difficile : «*zwağ yelha iwakken ad teeud eddarya,attelte axxam surtout maylla yiwet tedda di el eamr-is*» En parlant de sa vie sexuelle, Dalila nous déclare que c'est une femme qui n'apprécie pas les rapports sexuels et qu'elle n'éprouve pas un sentiment de plaisir pendant la relation, au contraire, ça devient de plus en plus pire avec les fausses couches « même si notre mariage est très récent, mais je me sens très fatiguée dit -elle « **yas akken mači xilla ayi imi zwğgay maena aeyiy deg la relation sexuelle**». La sexualité peut également être affectée lors de la perte d'un enfant (incluant en contexte périnatal). Selon la recension des écrits de Wing et al. (2001), il semble que les femmes vivent une perte d'intérêt et de plaisir dans la sexualité alors que les hommes verraient plutôt dans la sexualité une source de réconfort. Une étude chez les couples en situation de fausses couches récurrentes révèle à cet effet, qu'une plus grande sévérité des symptômes de deuil chez les hommes est reliée à une diminution de la qualité de la vie sexuelle alors que la sévérité des symptômes de deuil de la femme serait plutôt reliée à la qualité de la communication dans le couple (Serrano & Lima, 2006). Dalila a une relation satisfaisante avec son conjoint qui d'ailleurs accepte et respecte totalement ses choix, Pendant les sept (07)mois de mariage, Dalila n'avait aucun signe de grossesse, cela a créé des conflits dans son couple, son mari la traitait d'imparfaite, car influencé par les dires des autres personnes surtout de sa mère, qui la comparait à d'autres personnes ayant des enfants, «*daymen iqar iyi- d tilawin ikkel seante eddarya alla kemini,,, ayec colere iğrah iyi s el hedra ayi a weltma* », il refusait toute ses demandes

même les achats nécessaires, la situation change quand Dalila est tombée enceinte de son premier enfant, la réaction de ses deux familles et de son mari était surprenante, essentiellement ce dernier qui ne s'attendait pas à avoir un enfant et qui a perdu espoir : « **nafrah atas atas déjà argaziw ouyenwa ra akeni** ». La grossesse de Dalila était vraiment difficile à cause d'un problème cardiaque dit – elle : « *tout le temps allongée, je ne peux même pas faire des travaux ménagers* » « *tađist ayi touɛar mači d kra (ačas)* ».

Axe 2 : dans cet axe l'intérêt porte sur l'avortement

Dalila est une maman d'un garçon, et qui a fait, par la suite, quatre (04) fausses couches au bout de quelques semaines de sa grossesse, son dernier avortement date de (09) mois, selon son médecin, le facteur principal de toutes ces interruptions spontanées est : les anti-phospholipides, qui est une maladie auto-immune (liée à un trouble des défenses immunitaire) caractérisé par la formation récurrente de caillots sanguins dans les vaisseaux.

Le fœtus est étranger pour elles, Dalila ajoute que la seconde grossesse qui s'est terminée par un avortement au bout de la sixième (06) semaine était un événement douloureux : « **ugađay ađ emtay ađ ġğay emi iman-is đeg dunit ayi** » « j'ai peur de mourir et de laisser mon fils seul dans ce monde » : Dalila a une crainte de mourir et laisser son fils seul, elle s'isole de ses proches et préfère rester seule pour se relaxer. Dalila déclare avoir eu un seul problème de santé avant le mariage : une infection, et qu'elle était sous traitement médical.

Axe 3 : Côté relationnel du sujet

Dalila est reconnaissante de l'aide qu'elle a reçue de tous les membres de ses deux familles plus particulièrement sa mère qui la soutenue et encouragée « **akken yebyu yili el hale daymen ttaffay-t ar tama-ynou laemart yeğğa-yi quoi qu'il arrive je te la trouve souvente a mes cotés** », elle rapporte que son mari est du genre qui n'aime pas beaucoup exprimer ses sentiments : il ne me dit rien comme s'il n'existe pas, la concernant, elle aime communiquer avec lui et aborder des sujets contrairement à lui, elle ajoute que ça c'est le bon dieu qui le donne « **wayi d el maktub** », on peut rien modifier, et moi je m'en fous, je vis au jour le jour. Après cet événement, Dalila préfère rester seule, personne ne lui rend visite dit-elle « **ur byiy ara ad yasse yiwen ar yur-i** », on remarque que cette femme ne nous donne pas assez de description sur sa vie.

Axe 4 : ressource de résilience

À propos de l'avenir, Dalila souhaite une bonne santé pour son fils et de lui donner un frère pour le protéger, l'optimisme et les objectifs de cette maman tournent autour de son fils.

Sur le plan relationnel, Dalila fait preuve d'ouverture et d'acceptation du soutien qui peut lui être apporté. Ainsi, que son aptitude et sa disponibilité à porter à son tour du soutien aux autres femmes avec des conseils « *tthibiḡ ad eiwnay tilawine iy ḡuss-en s el hadra ; j'aime bien aider les autres femmes avec des conseils* ». D'après les propos recueillis, nous constatons que cet ensemble de facteurs contribue fortement au développement du processus de résilience.

En ce qui concerne la spiritualité qui est une stratégie de résilience, chez Dalila la croyance religieuse est très présente et importante dit – elle « *aneč t-ayi d el maktub, ttamnay seg rebbi subḡanu ; tout ça c'est le destin, je crois en Dieu* ».

Synthèse

D'après l'analyse des données de l'entretien, nous avons constaté que **Dalila** qui a subi quatre (04) interruptions spontanées de grossesse, et qui a vécu une période douloureuse, n'a pas été affectée émotionnellement grâce au soutien de son mari. Ces événements semblent renforcer leur lien mutuellement, ce qui lui permet de se projeter positivement dans l'avenir. Elle ne sous-estime pas sa situation, au contraire, il s'agit d'une femme optimiste et souriante.

Présentation des résultats et analyse du questionnaire CD-RISC : Cas de Dalila

Facteur de résilience	score moyen sur le total d'items (%)
Sentiment de compétence (/32)	27/32 (84,37%)
Effets positifs du stress (/28)	18 /28(64,28 %)
Acceptation positive des changements (/20)	12 /20(60%)
Contrôle (/12)	7/12(58,33%)
Spiritualité (/8)	7/8 (87,5%)
Score total (/100)	71 /100 (71%)

Tableau récapitulatif du score à l'échelle de résilience CD-RISC de Dalila

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés dont nous trouvons cinq(5) facteurs : le premier facteur qui fait référence aux compétences personnelles à un niveau d'exigence élevé à la ténacité chez Dalila est de 84,37%. Le second facteur est de 64,28% qui correspond à la confiance en ses propres instincts ainsi que la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le troisième facteur prend le pourcentage de 60%, il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur qui fait référence au sentiment de contrôle est estimé à 58,33% chez Dalila et enfin, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé à 87,5%. Elle obtient donc, un score de 71/100 avec un pourcentage de 71% qui prouve que Dalila est bien Résiliente.

Cas n°3 : Tinhinane

Tinhinane, jeune maman toute belle et sentimentale âgée de 31 ans mariée depuis neuf ans (9) ayant une fille, et depuis elle a connu cinq (5) interruptions spontanées de grossesse, cette maman a arrêté ses études très tôt, femme au foyer, elle mène une vie simple et modeste avec son mari qui travaille comme chauffeur. Étant donné que notre cas ne maîtrise pas la langue Française, nous avons volontairement traduit nos questions en dialecte kabyle.

Axe 1 : dans ce premier axe nous avons essayé de rassembler des informations qui concernent l'état psychologique avant les avortements.

Tinhinane est une femme qui a grandi dans une famille nombreuse, c'est l'unique fille avec cinq (5) frères, une femme calme et posée qui vivait pleinement sa vie avant le mariage, aimée et protégée par sa famille et qui ne manquait de rien, marié à l'âge de vingt quatre ans (24) avec l'homme qu'elle a choisi « *amdiniy ezwağ yuri ma yebna s tayri d wine akk i dessah , tant que le mariage est basé sur l'amour, c'est le plus important pour moi* » nous dit tinhinane, elle s'entend très bien avec son mari et leur vie sexuelle est parfaite, une grossesse s'en est suivie, qui était désirée surtout par son conjoint « *argaz-iw iħemmel mlih leṭṭewaffen imezyanen, iħemmel ađ yurar yiđ-sen , mon mari aime bien les enfants, il aime jouer et rigoler avec eux* » c'est bien une grossesse qui était réussie, tinhinane accouche de son enfant qui est une fille, toute joyeuse, elle dit « *liticia, yelli neeettabay imi illiy s tađist ynes maena ħamdulah teddar, j'ai souffert quand j'étais enceinte d'elle mais hamdoullah elle a tenu* » cette jeune femme stresse vite surtout pendant ses grossesses « *ama ađiliy s tađist ttefqaəay atas ,ttđiqay mlih , j'étouffe et m'énervé très rapidement* » Après quatorze mois (14), le couple retente l'expérience, une grossesse qui a duré trois semaines (3) « *imi i xxemay le test ufiyed iman-iw s tađist , arniy akken tlata (3) n smanat, qimay wahdi deg texamt ħussay iđamen eeddan dyi dizgayen, ruħay srid ar umejay inn-id akken tadist-iw taylid ,après avoir fait le test au bout de la troisième semaine, j'étais seule, j'ai ressentie des douleurs au bas du dos et j'avais des saignements rouges , j'ai vite consulté le médecin qui m'a annoncé qu'effectivement c'est ma grossesse qui était arrêté et que l'évacuation doit se faire vite* ».

Axe 2 : dans ce deuxième axe l'intérêt sera porté sur l'avortement :

Notre sujet est une femme qui a une fille et qui a enchainé par la suite cinq(5) fausses couches, quatre d'entre elles ont été interrompues au bout de quelques semaines de grossesse (durant le premier trimestre) excepté une grossesse qui a tenu neuf mois mais l'extraction complète du bébé mort est faite juste avant l'accouchement (un mort-né), son dernier avortement date de six(6) mois.

Tinhinane souffrante d'une maladie appelé « maladie abortive », la principale classe étiologique n'est toujours pas définit par les différents gynécologues obstétriciens qu'elle consulte «*imejayen akkit qaren-iyid ur uḏnay ara ur seiḃ ara esseba igeḡḡan ttaylayen-d eddarya-w, axatr nekkini meziyayay deg el εamr-iw , maεna tilawine iyi dizzine qarentiyid ilaq aḏruḥay ar tidarwičin akken ad ḥluy maεna nekki gumay , yuri ayen iyikesse rebbi mači s lahrām ara atidaray anay akka?, les médecins me confirment que je n'ai aucun problème particulier qui pourrait causer ce nombre d'avortements ni aussi mon âge , par contre les femmes qui m'entoure me disent que je dois faire recours aux soins traditionnel et religieux chose que je refuse strictement car cette maladie c'est (Dieu) qui me la donnée et ce n'est pas avec la sorcellerie que je vais m'en débarrasser vous êtes bien d'accord ?* » nous dit Tinhinane, cette dernière n'a aucun lien de sang avec une personne qui est dans le même cas qu'elle, Toutefois, le deuxième avortement a marqué son esprit et elle ne l'oubliera jamais, après trois mois de son premier avortement, elle se retrouve de nouveau enceinte, une conception (grossesse) qui a duré neuf (9) mois, pendant tout ce temps, Tinhinane était persuadée de la réussite de cette gestation, surveille son développement et se trouvait toute excitée de l'accueillir et de l'avoir dans ses bras, le jour de son accouchement arrive, elle ressent des contractions intenses «*ass-nni iruḥay adarway, ḥuss-ay i laqriḥ awaεran deg ammass-iw akk deg εabuḏ-iw, amejay nni n tarawt ixlæ, iεwaq aču ara ad ixdem, inayen akken ilaq adarway s l'opération, alors le jour de l'accouchement, j'avais des douleurs dans le bas du ventre qui devenaient de plus en plus insupportables et là mon gynécologue qui panique et me dit on doit passer à la césarienne* ».

Tinhinane s'est vue conduite pour faire cette opération qui est une intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi abdominale et utérine, la fille naît mais malheureusement ne donne pas souffle, c'était une mornée, c'est le lendemain après avoir repris conscience qu'une psychologue l'informe que sa fille n'est pas vivante , «*imi idekray ufiyed imaniw gar tilawine utentessinay ara, wahmay*

ulač yelli zati maena ayen iyisxleesen mlih d tilawin nni akkit ideg yurwen win-as-sent-id arraw-nsent ar ifassen -nsent ala nekini » elle aperçoit une femme vêtue telle une infirmière se diriger vers elle et commencer à lui parler doucement sur l'importance de prendre soin de sa santé mais elle avait qu'une seule hâte c'est de voir sa fille. D'un coup, elle lui lance la pire nouvelle qu'elle puisse entendre « *yelli-m temut a madame , votre fille est décédé madame* » raconte Tinhinane en pleurant toute attristée «*gumay ad amen-ay, tteayiday kan awimiyid yelli anada tella, yuri d el muhal anečtay, byiy adekray attqlbay maena tazmart-iw uyitsemah- ara ,je refuse de croire, je crie haut et fort qu'on me ramène ma fille, pour moi c'est pas possible je voulais aller la chercher mais hélas ma sante ne me permet pas* » notre sujet était dans le refus et la fuite totale de la réalité suite à l'événement survenu qui est la perte de cet enfant tant attendu.

Nous pouvons dire que notre sujet était bien dans le déni qui est selon N. Long, D.Anwar, A.Camprubi « un mécanisme psychique par lequel la réalité même d'une perception est abolie. Tout se passe comme si rien n'a été vu, entendu ni ressenti, de manière à éviter le déplaisir et l'angoisse qui sont souvent liés à cette perception. C'est un refus inconscient de reconnaître la perception d'une réalité traumatisante contrairement à une négation qui ferait office de bouclier. La personne reçoit une information (perception) puis la rejette ». Tinhinane ne s'attendait pas à vivre cette situation dure à gérer et à accepter, cela la énormément affectée et bouleversée moralement ainsi que physiquement elle a paniqué et n'a pas su comment réagir « *tteħussu-yaş i wuli-w ikkat mlih, am akken dunit-iw utesei-ara azal, mon cœur battait très fort comme si ma vie n'avait plus de sens* » surtout en ayant des pensées erronées et perturbantes car elle vivait dans la concurrence avec sa belle sœur qui venait d'accoucher à la même période qu'elle, elle a commencé à se livrer en nous disant « *daču iyi qarħen mlih.. d medden iyidizin , uħussen ara laqriħ işey zdxaxel iw, yaş akken nekki irya w ul-iw, ce qui me troublait le plus c'est les femmes qui m'entourent, elle banalisent carrément ma situation alors que moi je brule de l'intérieur* » cela a engendré en elle une frustration et une déception envers ses proches qui n'ont pas fait preuve de soutien car la perte d'un être cher est certes pénible mais supportable, par contre si elle est accompagnée des pensées dysfonctionnelles et d'une croyance peu réaliste et mal adaptée comme dans le cas de Tinhinane qui pense être une femme inutile comparée aux autres femmes, ce qui a engendré diverses émotions d'hostilité, de honte, de colère et d'auto culpabilisation précisément quand elle se retrouve avec son conjoint, « *qimay sin w agguren ur fiyay ara deg uxxam-iw, faqey akk fella s-sen, ala argaz-iw d yelli yaden-iyi mlih am*

akken xussay deg kra mača anečt-ayi mači deg iffasen-iw ida yella, q rebbi iytterezigen, je suis restée deux mois sans sortir de ma maison j'en voulais à tout le monde sauf à mon mari et ma fille qui me font de la peine je me sentais inférieure mais cela n'est pas entre mes mains, c'est Dieu qui donne ». Des cinq (5) FC (fausses couches), le mari a été plus affecté lors du deuxième avortement, un homme démoralisé et découragé, il était envahi de tristesse il a vécu très mal l'annonce car il s'est attaché à cet enfant « *deg el samr-iw ma zriy argaz-iw deg el ħala enni, iħzen, yenuyna, yettru aṭas meskin depuis notre rencontre je n'ai jamais vu mon mari dans cet état* »

Au fil du temps, notre sujet a enchaîné les interruptions spontanées dans différentes circonstances, elle a reçu du soutien de la part de ses deux familles, elle s'est adaptée positivement et plus facilement face à l'adversité et a accepté intelligemment son problème sans même consulter un psychologue, on peut donc la qualifier de personne résiliente.

Les échecs de grossesse que subissait Tinhinane lui ont permis de se forger une personnalité forte et résistante, ainsi qu'une sorte de carapace envers les éléments qui pouvaient provoquer son chagrin tel les cérémonies et les fêtes de naissances afin d'éviter toute discussion blessante « *yučay aḍ heḍray akk d medden yef tadist akk ama ayid saqssa-yen mayella refḍay s tadist nay mazel, j'évite de croiser des gens qui vont surement chercher si je suis de nouveau enceinte ou pas encore* » car elle estime que ces gens ne sont pas compréhensifs et sont méchants.

Toutefois, son mode de vie n'a pas changé, mis à part ses pensées relatives à l'envie d'avoir un autre enfant et d'agrandir sa famille afin de rendre heureux son mari « *nekkini ur ibedel kra deg dunit-iw mača ttaxmam-iw akk irouh d darya byiy adarnouy el tufan kan aqčič nay taqčičt kif kif, adesfarḥay kan argaz-iw d w axam-iw* ».

Axe 4 : Ressource de résilience

En évoquant les différentes stratégies qu'elle utilise pour surmonter ces événements, on remarque que Tinhinane est une personne qui rebondit et qui s'adapte bien, en se référant à la religion, au soutien social que son entourage lui procure ainsi qu'en se comparant aux femmes qui souffrent de problèmes plus intenses tels que les femmes infertiles ou les femmes abortives (primaires), elle ressent un soulagement et un plaisir en partageant son expérience avec elles et en s'entraidant mutuellement à surmonter les problèmes qu'elles rencontrent « *qrayass kan i wul-iw ulayyar ad ħeznay wayi d el maktub ilaq kan adiniy hamdulah tarna*

rebbi ifkayid taqčičt s ssaħa -s ičad-iyi , axatr lant kra tilawine uttarwent ara akeya akken tfente deg rebbi, je me dis juste au fond de moi que y a pas de raison pour que je sois triste à ce point, c'est le destin ! En plus, Dieu m'a donné une fille en bonne santé ça me suffit puisque y'en a des femmes qui n'ont aucun enfant mais elles restent croyantes ». Nous constatons que notre sujet réfléchit et contrôle ses pensées qui lui semblent logiques et convaincantes, donc elle arrive à mieux accepter et à se satisfaire de ce qu'elle possède.

Dans son couple, Tihinane profite d'une relation saine et heureuse avec son partenaire, ce dernier est d'une sympathie apparente qui leur facilite la communication sur divers sujets y compris les échecs qu'ils ont rencontré tels les fausses couches qu'il considère comme un problème commun. L'étude de Ville et al. (2013) révèle que le soutien reçu de la part du conjoint serait un facteur qui contribuerait positivement à l'ajustement des femmes à la fausse couche : il leur permettrait de recourir à des stratégies adaptatives qui conduiraient à moins de dépression et à une meilleure résolution du processus de deuil. En revanche, il évite d'en rigoler sur les malheurs car pour elle ; ils doivent aboutir à des solutions et ne pas banaliser les choses sérieuses. Elle nous dit « *nekki d w-argaz-iw nntemeslay af kouleč mača ouħemlay ara ađiđess yef el hem ayi, On discute de tous les sujets mais je n'aime pas rigoler des choses sérieuses* ».

Durant toute l'entrevue avec Tihinane, nous avons remarqué son attachement à sa religion qui joue un rôle primordial dans ses actes et qui l'empêche de tomber dans l'ignorance comme elle nous le confirme « *tfey kan deg rebbi ttezallay, đaxuy kul ass adyarzeq rebbi ma ulač el ħamdulah kan iqaray* »

Synthèse

D'après les données de l'entretien que nous avons effectué avec notre cas, nous avons remarqué d'elle une femme sensible, souriante et comblée d'amour, n'empêche qu'elle a vécu des moments très difficiles dans sa vie, des événements intenses et traumatisants, cela la rend plus au moins faible et attristée, par ailleurs, elle fait recours à sa religion, son entourage essentiellement son mari avec qui elle vit une relation saine et solide, la valeur familiale et sociale et le sens qu'elle a donné à ce soutien venant de son entourage permis de la protéger du traumatisme, son mari se montre fier d'elle et de son parcours et il la soutient. La qualité de l'attachement Secure avec une personne signifiante peut favoriser l'émergence du processus de résilience.

cela nous laisse déduire que Tinhinane est une femme dépendante des autres, une femme qui cherche sa force ailleurs, avec l'aide ou avec les comparaisons qu'elle effectue avec les personnes avec une souffrance plus intense que la sienne qui est une sorte de dédramatisation. En effet, ce phénomène a été mentionné par Vanistendael et Lecomte (2000) qui ont souligné que les victimes peuvent non seulement surmonter les difficultés en se comparant à d'autres personnes plus malchanceuses qu'elles, mais également en comparant leur état à une situation hypothétique pire qui aurait pu leur arriver ».

Le processus de résilience résulte donc bien d'un tissage interactif où l'étayage de l'environnement externe joue un rôle fondamental dans la construction des ressources internes nécessaires au développement de la résilience.

-Présentation des résultats et analyse du questionnaire CD-RISC : cas de Tinhinane:

Facteurs de résilience	Score moyen sur le total d'items (%)
Sentiment de compétence (/32)	21/32 (65,62%)
Effets positifs du stress (/28)	15/28 (53,57%)
Acceptation positive des changements (/20)	14/20 (70%)
Contrôle (/12)	8/12 (66,66%)
Spiritualité (/8)	6/8(75%)
Score total (/100)	64/100 (64%)

Tableau : score à l'échelle de résilience CD-RISC : Cas Tinhinane.

Synthèse du cas Tinhinane :

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés dont nous trouvons cinq 5 facteurs :

Le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez **Tinhinane** est estimé à (65,62%), le second facteur est de (53,57%) il correspond à la confiance en ses propre instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress.

Le troisième facteur prend le pourcentage de (70%), il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à (66,66%) chez **Tinhinane**, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé à (75%). Donc elle obtient un score de 64/100 avec un pourcentage de 64% qui prouve que **Tinhinane** est résiliente.

CAS N°4 : SAMRA

Samra est une femme mariée, âgée de 32 ans, femme au foyer, elle est maigre et porte une robe verte avec un foulard sur la tête, mère d'un seul enfant suivi de quatre avortements spontanés, elle est d'un niveau d'instruction terminal et un niveau économique moyen, son mari est enseignant au lycée.

AXE 1 : dans ce premier axe nous avons essayé de rassembler des informations qui concernent l'état psychologique avant l'avortement :

SAMRA occupe le second rang d'une fratrie de cinq(05) sœurs et deux (02) garçons, malgré la précarité, elle dit avoir passé des bons moments au sein de sa famille « *même si on a pas eu beaucoup de moyens, mais je vous jure qu'on a passé des bons moments* » , « *ghas akan oulech atass les moyens mais wallah ar neseedad ussan n el eali* », elle est trop attachée à sa famille « *on s'aime beaucoup ntemhibbi atas atas* », le seul obstacle qu'elle rencontre est de se déplacer par les moyens de transport car elle manque de liberté.

SAMRA s'est mariée depuis 7ans à l'âge de 25 ans, c'était un mariage désiré et aussi pour elle « *yakan zwağ d nisef n eddin* », en se référant à la religion. Elle se confie à nous en rajoutant « *la vérité, je ne vous cache pas, j'ai été un peu affectée par les paroles des gens puisqu'ils me disaient ; le mariage est juste pour avoir des enfants et être condamné à la maison, là j'ai redouté un peu* ». Concernant sa vie sexuelle, le sujet ne rencontre aucun problème, tout va bien en disant avec un sourire aux lèvres « *pour moi, c'est le plaisir, s'il n'existe pas le rapport avec le conjoint, à quoi sert de se marier ?* », d'ailleurs, elle attend avec impatience le retour de son mari du travail.

La grossesse était désirée par les deux époux en disant « *mon mari rêve d'être un papa* », effectivement, elle a passé le test qui s'est révélé positif, une joie énorme l'a inondée, elle a ensuite consulté son médecin qui lui confirme sa grossesse de quatre(4) semaines. Par contre, cette dernière doit être interrompue dans l'immédiat, elle nous dit qu'elle déteste le médecin qui lui a annoncé une bonne nouvelle et, ne la laissant pas exprimer sa joie, la mauvaise s'en est suivie ; « *vous êtes enceinte, par contre, vous êtes obligée de l'avorter le plus vite possible car le bébé grandit, mais son cœur ne fonctionne plus et aussi il n'est pas fixe, donc 80% il sera un handicapé* », une déception énorme pour le couple.

2-AXE 2 : dans cet axe l'intérêt sera porté sur l'avortement :

SAMRA a connu quatre avortements après 7 ans de mariage, la première grossesse est interrompue à la quatrième (04) semaine puis une grossesse réussie, elle a par la suite enchaîné trois autres avortements successifs, après maintes consultations et maints traitements qui n'aboutissaient à rien, les résultats ne montrent aucune anomalie particulière, son dernier avortement date de douze(12) mois, signalons qu'il y a un écart de un an entre chacune de ses grossesses. Après une année, SAMRA retombe enceinte pour la deuxième fois et elle décide de changer de médecin « *je ne voulais plus retourner chez elle, ur byiy ara adeqlay ar umeğğay nni amenzu* ». Samra est une femme stressée qui craint souvent d'interrompre et de faire d'autres avortements, après un examen par son gynécologue, il s'est avéré qu'elle est bien enceinte, il la rassure que tout va bien et l'encourage à retirer cette idée d'avorter de ses pensées, car ça peut être néfaste pour sa santé mentale et avoir une influence négative sur le fœtus, il fallait juste bien suivre le traitement médical et éviter les travaux forcés.

Cette fois Samra a réussi à mener à terme sa grossesse, qui se conclue par la naissance d'un enfant en bonne santé, les deux époux ont été vraiment heureux ainsi que ses deux familles « *el farha n wass-eni wahdess* ». Après 12 mois, Samra et son conjoint décident de donner un frère à leur enfant, un désir inexprimable que chaque parent manifeste avant qu'il ne soit trop tard à cause de l'avancement de leur âge, mais malheureusement cette grossesse s'est terminée par une interruption spontanée au bout de la troisième (03) semaine suite à une fatigue qui a déclenché des saignements. Samra a été choquée contrairement au premier avortement « *dayen ifyiyi laeqel* » elle ne croyait pas avoir perdu cet enfant.

En parallèle, ses quatre (04) sœurs ont accouché à la même période de ses interruptions spontanées, dit-elle : « *à chaque fois que j'avorte mes sœurs accouchent* » Samra se demandait toute anéantie : « *pourquoi ces avortements ? Pourquoi moi ?* » Cela nous fait penser que Samra est dans l'hostilité et la négation et refuse de croire et a du mal à accepter facilement la réalité en se sous estimant par rapport aux autres non souffrantes de ce problème tout en sachant qu'elle ne présente aucun problème de santé, soit avant ou au cours de sa grossesse. Par ailleurs, sa maman était dans le même cas, cette dernière a fait 03 avortements puis elle eu 07 enfants, en nous exprimant son attachement à sa maman bien aimée et qu'elle prend comme son exemple et sa source d'espoir, cela peut bien jouer sur sa volonté à ne pas lâcher et espérer une vie meilleur. Au bout de la douzième 12 semaine encore de nouveau enceinte mais, avorte à la sixième semaine(6), pareil pour le quatrième avortement au bout de

la troisième semaine (3), sans déterminer la cause principale de ses avortements. Elle s'est retournée par la suite vers la médecine traditionnelle mais sans aucun résultat, la chose positive que nous avons eu à constater chez **Samra** est que c'est une personne qui a subi de lourdes conséquences pendant une période de plus d'un mois après chaque avortement mais qui se relève très vite au point d'impressionner son entourage, c'est une femme qui aime la vie et reste toujours optimiste, elle nous dit « *Après chaque avortement, je déprime pendant un long moment mais en pensant à mon avenir et celui de ma famille, je prend conscience de ma vie que je suis en train de gâcher, je me relève de suite et je laisse tout derrière moi et j'avance plus forte qu'avant* »

AXE 3 : côté relationnel du sujet

En ce qui concerne le côté relationnel, Samra souligne que ses deux familles ont été à côté d'elle pour la soutenir et l'encourager, elle a une excellente relation avec sa belle mère (elle ne me laisse rien toucher elle fait tout toute seule), et plus particulièrement son époux « mon mari est la source de ma vie, c'est ma main gauche, il me donne du courage en me disant « *ça c'est le bon dieu qui le donne, on doit l'accepter mais t'inquiètes rien ne change par rapport à toi, tu es ma lune* ». Samra refuse toute prise en charge psychologique.

Pendant les périodes des avortements, elle passe par un état dépressif qui se caractérise par une perte d'appétit, des insomnies et un comportement agressif : « *je ne mange plus je m'isole des gens, j'évite les appels téléphoniques, je frappe mon fils à la petite occasion, ensuite il me fait des câlins et me dit pardon maman, semhiyitt a yemma, la nuit je pleure dès que je le voit endormi, je lui dis : j'ai que toi dans ce monde et je te frappe* ».

AXE 4 : Ressource de résilience

Samra nous a révélé les stratégies qu'elle utilise pour surmonter l'intensité de cet événement, elle dit « *s lemeawna n wargaz-iw kan i seday ed el maḥna ayi, c'est grâce à la disponibilité de mon mari et ses encouragements, d'ailleurs, à chaque fois que je commence à parler de ce sujet, il le change directement pour me faire rire car il sait que je vais éclater en larmes* ». L'aide et le soutien de son mari, lui permet de penser au sujet de façon plus positive.

A propos de l'avenir, Samra n'a pas beaucoup de projets sauf celui de donner un frère ou une sœur à son fils « *sarameg a dernug aqcic nag taqcict emis akke ad yes3u amwanes* ».

Ce qui nous laisse comprendre que son projet pour l'avenir tourne autour du bonheur de sa famille.

Samra est généreuse et à tendance à offrir de l'aide, conseil, encouragement et propage de l'énergie aux autres femmes qui ont la même souffrance, elle nous confie « *tthibigh ad 3iwnag tilawin id yellan am neki, 3almeg dachou eyeswa anect-eni* ». Donc, elle faisait preuve d'altruisme. En ce qui concerne la spiritualité, chez Samra la croyance religieuse est importante dans sa vie, c'est donc une stratégie de résilience.

« *Ttamnag ef rabbi soubhanu tala baghasse ad ayi3fu ama ad jahlagh ou twakan3ag seg wayen id dyefka, la religion est importante dans ma vie, je demande à Dieu le pardon quand je fais preuve d'ignorance, je suis satisfaite de ce qu'il m'a donné hamdullah* ».

Synthèse

D'après l'analyse des données de l'entretien, nous avons constaté que Samra qui a subi quatre interruptions spontanées de grossesse a vécu une période douloureuse ; mais qui n'a pas affecté son côté émotionnel grâce au soutien de son mari, ces événements semblent renforcer leur lien mutuellement, ce qui lui permet de se projeter positivement dans l'avenir. Actuellement, elle ne sous estime pas les événements au contraire, il s'agit d'une femme optimiste et souriante.

Présentation des résultats et analyse du questionnaire CD-RISC : cas Samra :

Facteurs de résilience	Score moyen sur le total d'items (%)
Sentiment de compétence (/32)	27/32 (84,37)
Effets positifs du stress (/28)	26/28 (92,85%)
Acceptation positive des changements (/20)	15/20 (75%)
Contrôle (/12)	8/12 (66%)
Spiritualité (/8)	7 /8 (87,5%)
Score total (/100)	83/100 (83%)

Synthèse du cas de Samra :

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés dont nous trouvons cinq 5 facteurs :

Le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez Samra est estimé de (84,37%), le second facteur est estimé à (92,85%) il correspond à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress.

Le troisième facteur prend le pourcentage de (75%) il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à (66%) chez Samra, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé de (87,5%). Donc elle obtient un score de 83/100 avec un pourcentage de (83%) qui confirme que Samra est résiliente.

Discussion des hypothèses :

Cette section consiste en premier lieu en une mise en relation des résultats de cette recherche et l'état actuel des connaissances dans le domaine de la résilience et particulièrement en ce qui concerne la résilience après avoir subi plusieurs interruptions spontanées de grossesse.

Avant d'entamer cette discussion, il nous semble nécessaire de rappeler que la question générale posée au début de cette recherche était la suivante : est-ce que les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses développent des stratégies de résilience ? si effectivement elles le sont, dans ce cas, Quels sont les facteurs qui interviennent dans le processus de résilience ?

Afin de répondre à ces deux questions, nous avons émis une hypothèse générale qui stipule que ces femmes développent un processus de résilience, ces dernières ont réussi à surmonter leur trauma individuel pour finalement accéder à un équilibre personnel stable et, pour ainsi dire, à une vie normale. Nous avons identifié un certain nombre de facteurs aussi bien individuels (personnalité, activité personnelles) qu'environnementaux (entourage familial, amical, institutionnel) qui auraient rendu possible ce processus de résilience.

Les hypothèses secondaires sont formulées, la première suggère que les femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesses font preuve d'optimisme. La seconde suppose que l'intelligence émotionnelle est un facteur émergent du processus de résilience. La troisième, postule que les femmes abortives font preuve d'altruisme et la dernière hypothèse suppose, que la spiritualité est un facteur qui permet aux femmes ayant subi plusieurs fausses couches de faire face.

Evidemment, d'après les résultats obtenus lors de notre travail d'enquête, nous avons confirmé que les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses développent un processus de résilience car chacune des quatre femmes étudiées a développé une ou plusieurs stratégies de résilience pour se libérer du poids d'un traumatisme passé.

La première hypothèse qui stipule que les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesses font preuve d'optimisme, car chacune des femmes étudiées déclare avoir envie de changer et de développer leur vie, nous avons remarqué que les sources d'optimisation pour ces femmes, est toute une nouvelle représentation positive de l'avenir après avoir été fracassé

par le trauma. Ceci signifie, que ces femmes ont une tendance à rebondir et à retrouver un « néo développement ».

La seconde hypothèse partielle suppose que l'intelligence émotionnelle est un facteur émergeant du processus de résilience, d'après les résultats des quatre femmes, nous constatons que toutes font preuve d'intelligence émotionnelle à des degrés différents après une période de fracas, les entretiens ont démontré que ces femmes après la période d'agitation émotionnelle ont toutes senti, éprouvé et partagé ce que les autres femmes, dans la même situation qu'elles, ressentent, cette intelligence émotionnelle est considérée comme la « capacité de l'individu, à comprendre et à donner sens à ses émotions afin de produire un comportement adéquat » (Poutrois et Dasmét, 2012).

Une autre hypothèse partielle suggère que les femmes abortives font preuve d'altruisme, cette supposition est confirmée chez deux de nos cas tandis que les deux autres préfèrent mettre des distances vis à vis des personnes étrangères comme une forme de protection, nous pouvons considérer l'altruisme comme un facteur important d'apaisement d'une souffrance, et une conversion d'une tension psychique indésirable, un vrai appui pour renforcer le processus de résilience. La dernière hypothèse postule que la spiritualité est un facteur qui permet à ces femmes de rebondir et faire face. Delage (2002) dit à ce propos « la spiritualité est ce qui mène les êtres humains, qu'ils s'agissent d'opinion philosophique, conviction, d'idées, à se poser des questionnements sur le sens de la vie » cette hypothèse est bel et bien confirmée chez les quatre femmes, toutes racontent avoir recours à la religion comme facteur qui leur permet de ressentir un soulagement et une certaine force pour se relever toute confiante. D'après les propos des quatre femmes, nous déduisons que le facteur de spiritualité joue un rôle incontournable chez la majorité des femmes en situation, nos sujets ont mentionné avoir recouru à Dieu pour se décharger de leurs peines et pour demander de l'aide et accepter de faire face à leur maladie.

Conclusion générale

Nous sommes partis du principe que certains individus résistent mieux que d'autres aux aléas de l'existence, à l'adversité, à la maladie. C'est un fait reconnu depuis des siècles, mais resté largement inexpliqué. C'est récemment que les interactions entre les individus et leur entourage, leurs conditions et leurs milieux de vie ont été prises en considération. Dans notre travail de recherche, nous avons tenté d'étudier le processus de la résilience chez des femmes ayant subies des interruptions spontanées de grossesse, nous avons essayé de ressortir les différents indicateurs de développement qui permettent aux femmes d'être résilientes et de se reconstruire après avoir vécu un événement de vie traumatique.

Nous nous sommes lancés dans la recherche de la documentation relative au thème de la résilience en général, de la résilience chez les femmes abortives en particulier. Cette étape nous a permis de découvrir l'existence d'un nouvel outil pour évaluer la résilience des individus, à savoir l'échelle Connor-Davidson Résilience Scale (CD-RISC).

Grâce aux différentes lectures effectuées et à la pré-enquête, quelques modifications ont été apportées à la problématique et aux hypothèses de recherche et l'approche cognitivo-comportementale a été adoptée.

Nous sommes arrivés à la phase pratique de la recherche où nous avons eu la possibilité de rencontrer les cas : des femmes ayant subies plus de trois avortements successifs avec lesquelles nous nous sommes entretenus, en observant directement les réactions de chaque sujet lors de son récit, qui relate et décrit le vécu de l'évènement et leurs devenir. L'intérêt de faire des entretiens cliniques nous paraissait indispensable pour le recueil des informations auprès de femmes ayant subies des (AVRS) impliquées dans la recherche. Nous avons utilisé un entretien semi-directif autour d'axes prédéterminés : informations personnelles, histoire de la succession des avortements spontanés (circonstances de la découverte, processus thérapeutique); relations avec le mari (soutien), réaction des proches (famille, belle famille et membres de l'entourage proche); éventuels changements de vie; état psychologique actuel (apparition de troubles psychologiques ou comportementaux); tuteurs de résilience (amis, collègues, voisins, psychologues, médecins, etc.).

Les résultats obtenus lors des entretiens ainsi que sur l'échelle de résilience CD-RISC (2003), nous ont permis de confirmer les hypothèses émises au préalable avec des scores différents, l'entourage social et familial bienveillant est un autre facteur de protection, mais on ne le retrouve pas systématiquement chez tous nos sujets car on retrouve parmi les cas, celles qui ont une capacité intérieure qui leur permet de faire face à l'adversité extérieure sans avoir recours

à l'autrui, en revanche, une communication dans le couple est aussi un facteur majeur pour l'émergence du processus de résilience.

Enfin, nous encourageons les étudiants à explorer encore le thème de la résilience, que nous estimons être un thème d'actualité intéressant notamment dans notre société, car il s'agit d'un processus qui a des visées positives sur les individus en état de traumatisme ou autres en les poussant à avancer positivement et sainement dans la vie.

Références bibliographique

1. Anaut, M. (2003). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Armand colin.
2. Anaut, M. (2005) .*Le concept de résilience et ses applications .recherche en soins infirmier*, N° 82, pp. 4-11.
3. Anaut, M. (2005).*La résilience : surmonter les traumatismes* (2e Ed). Paris : Armand colin.
4. Anaut, M. (2015).*Psychologie de la résilience*. Paris : Armand colin.
5. Angers, M. (2005) .*Initiation pratique à la méthodologie*. Paris: France.
6. Bakal, D., Coll., P., & Schaeffer, J. (2008). *Somatic awareness in the clinical care of patients with body distress symptoms*. *Biopsychosocial Médecine*, 2, 1-6.
7. Belleau, J. (2016). *L'expérience des femmes consultant pour un avortement spontané sans prise en charge chirurgicale au CHU Sainte-Justine (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières)*.
8. Bénony, H.&Chahraoui, K. (2003).*Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris: Dunod.
9. Beroud, J., Ferry, M., Henzen, A., &Sentissi, O. (2014). *Évolution conceptuelle et nouvelles définitions*. *Prevention cardio-vascular*, 420 (9), 565-568.
10. Beutel, M., Willner, H., Deckard, R., Von Rad, M., & amp; Weiner, H. (1996). *Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study*. *Journal PsychosomaticResearch*, 40, 245–253.
11. Bouffard, L. (2001). *Résilience: La Revue québécoise de psychologie*, 25(2) ,245-252
Repéré à :
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/47/4059/1/50822/9/F503397591_25_2__La_re__769_silience__un_comple__769_m ent.pdf
12. Crocq, L. (2007).*Traumatisme psychique : prise en charge psychologique des victimes*
Paris : Masson.
13. Cumming, G., Klein, S., Bolsover, D., Lee, A., Alexander, D., &Maclean, M. (2007). *Theemotional burden of miscarriage forwomen and their partners: Trajectories of anxiety and depression over 13 months*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 114, 1138–1145.
14. Cyrulnik, B. (1999).*Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
15. Cyrulnik, B. (2001).*Les merveilleux malheurs*. Paris : Odile Jacob.

16. Delage, M. (2002). *Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques* *thérapie familiale*, 23(3), 269-287.
17. DiMarco, M. A., Menke, E. M., & McNamara, T. (2001). *Evaluating a support group for Perinatal loss*. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(3), 135–140.
18. DSM III, Pichot, P. & Guelfij, D. (1985). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
19. Engers M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Université d'Alger : Casbah université d'Alger : Casbah.
20. Friedman T., & Gath, D., (1989). *The psychiatric consequences of spontaneous abortion*. *Br J Psychiatry*, 155, 810-813.
21. Garel, M. & Legrand, H. (2005). *L'attente et la perte du bébé à naître*. Paris, France.
22. Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*. *Population*, 73(2), 225-322. DOI : 10.3917/popu.1802.0225
23. Keita, N. (2008). *Prise en charge des avortements spontanés*. *Thèse de doctorat en médecine*, 4,5-6. Repéré à: <http://www-keneya.net/fmpos/these/2008/med/pdf/08M114>, PDF.
24. Kimble, D. (1991). *Neonatal death: A descriptive study of fathers' experiences*. *Néonatal Network*, 9, 45–50.
25. Kohn, I., & Moffitt, P. L. (1992). *Pregnancy loss. A silent sorrow*. London: Headway, Hodder and Stoughton.
26. Lacombe, M. (1998). *Les perceptions des infirmières de la situation des femmes qui vivent une fausse couche*. Canada.
27. Lighezzolo, J. & De tychev, C. (2004). *La résilience se construire après le traumatise* France : édition in press.
28. Louis, D. & Cirrile, J. (1946). *Précis d'accouchement*, paris: librairie lamane.
29. Luthar, S. Cicchetti, D. & Becker, B. (2000) .*Le concept de résilience : une évaluation critique et des directives pour les travaux*. *Futurs développement de l'enfant*, 71 (3), 543-562.
30. Manciaux, M. (2001). *La résilience*, 395(10), 321- 330.

31. McCreight, B. S. (2004). *A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male Perspective. Sociology of Health and Illness*, 26(3), 326–350.
32. McGreal, D., Evans, B. J., & Burrows, G. D. (1997). *Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: A pilot study. Stress Medicine*.
33. Michel.Beroud, J. et, al. (2014). *évolution conceptuelle et nouvelles définitions. Prévention cardio-vasculaire*, 420(9), 565-568.3(3), 159–165.
34. Mucchielli, A. & Paille, P. (2005).*L'analyse qualitative en science humaine et sociale*.Paris: Armand Colin.
35. Murphy, F. A. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 325–332.
36. Pbardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris, France: PUF.
37. Pedinielli. J. L, (1994-1999). « *Introduction à la psychologieclinique* », Paris, Nathan. Robert, Seuil.
38. *Perinatal loss.MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(3), 135–140.
39. Quivaurillier, J. et al (2012), *dictionnaire médicale*, (5ème Ed). Paris: Elsevier, Masson.
40. Rutter, M. (1993).*Résilience : some conceptuel considérations, journal of adolescence realth*, 14,626-631.
41. Séjourné, N., Callaghan, S., & Chabrol, H. (2008).*L'impact psychologique de la fausseCouche*. La Revue Sage femme. Paris : France.
42. Sillamy, N. (2003).*Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
43. Toure, M .I (2010).*Les avortements dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Gao à propos de 153 cas. Thèse de doctorat en médecine* ,15 ,16 repéré à [http //www.keneya.net /fmposbn /thèse /2016 / méd. /PDF /10 M505, PDF](http://www.keneya.net/fmposbn/thèse/2016/méd./PDF/10M505.PDF).
44. Vanistendael, S. & Leconte, J. (2000).*Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Paris : Bayard.
45. Wainsten, J.P. (1995), *Larousse médical*, (3ème Ed).Larousse, paris.
46. Ybert, E. (2010). *Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles*. Paris : Larousse.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

La présentation des axes du guide d'entretien :

Dans notre recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien constitué de 4 axes :

□ Les renseignements personnels sur le sujet afin de recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse :

- Prénom :
- Age :
- Niveau scolaire :
- Profession :
- Date de mariage :
- Niveau socioéconomique :

Axe 1 : l'état psychologique avant l'avortement

- Dans ce premier axe, nous allons essayer de rassembler des informations qui concernent l'état psychologique avant et après le mariage :

.Pouvez-vous nous décrire votre vie avant le mariage ? Parlez-nous de votre relation avec votre famille.

.Depuis quand êtes vous marié ?et quel âge aviez-vous ?

- Votre mariage était –il désiré ?
- Qu'elle est votre attitude vis-à-vis du mariage ? de votre vie sexuelle ? et vis-à-vis de la grossesse ?
- Votre grossesse est-elle désirée par vous ?quel est l'avis de votre mari ?
- Comment avez-vous accueilli l'annonce de la grossesse ?
- Avez-vous connu des moments difficiles pendant la grossesse ?
- Avez-vous eu des menaces au cours de la grossesse ?
- À quelle semaine de grossesse avez-vous avorté ?

Axe 2 : l'avortement : Dans cet axe l'intérêt sera porté sur l'avortement :

- Combien de fois avez-vous avorté depuis votre mariage ?
- Quels sont les facteurs qui ont déclenché les différents avortements selon vous ? Et selon votre médecin traitant ?
- Avez-vous des problèmes de santé avant la grossesse ?
- .Avez-vous un lien de Sang avec une personne qui est dans le même cas que vous ?
- Après le 2ème avortement spontané, comment avez-vous réagit ?
- Les circonstances vécues lors de votre premier avortement étaient-elles les mêmes pour les autres avortements ? Expliquez

Axe 3 : Côté relationnel du sujet

Ces différentes questions vont nous permettre de mieux cerner le Côté relationnel de la patiente, sa gestion des excitations internes et externes, voir les réactions, la fluidité et la richesse des réponses

- Quelle était la réaction de votre époux après l'avortement ?
- Quelle était la réaction des deux familles ?
- Avez-vous été soutenu psychologiquement pendant cette période par votre famille ?
- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique ?
- Comment vivez-vous cet avortement au sein de votre famille ?
- Cet avortement a-t-il engendré des changements de votre mode de vie (comportement, sommeil, appétit...) ?

Axe 04 : Ressources de résilience

- .Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour surmonter l'intensité de cet évènement ?
- .Quel rôle pourrait jouer la communication dans la vie des couples ?
- .Trouvez-vous que le sens de l'humour a une place dans vos conversations ?

a) **.Optimisme**

.Pouvez- vous me parler de l'impact qu'a eu cet évènement sur votre perception de l'avenir ?

Impact positif

Impact négatif

.Si c'est positif, parlez nous de vos /votre projet(s).

.quelle est l'importance qu'accordez-vous à ces projets ?

.avez-vous tendance à voir les choses de manière positive ?

b) **Intelligence émotionnelle :**

.Qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous rencontrez d'autres femmes qui sont dans la même situation que la vôtre ?

.Vous arrive –t-il de partager ce que vous ressentez avec les autres ?

c) **.Altruisme**

.Quelle importance accordez-vous aux soutiens que peuvent vous apporter les autres ?

.Quelle importance accordez-vous aux soutiens que vous pourriez apporter aux autres à votre tour ?dans quel but le faites- vous ?

d) **.La spiritualité**

.Quel est le rôle de la religion dans votre vie ?

.Croyez-vous que cela a changé votre façon de voir les choses ?

.Pouvez-vous me dire de quelle façon la religion vous aide à surmonter vos souffrances.

Annexe N°2: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

Consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	
8) J'ai tendance á rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir	

intuitivement sans savoir pourquoi.	
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	
23) J'aime les défis.	
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	

Annexe N°3: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

(En langue arabe)

مقياس المرونة النفسية CD-RISC

لا على الإطلاق	نادرا	أحيانا	غالبا	تقريبا في كل الوقت
0	1	2	3	4
				أنا قادر على التأقلم عند حدوث تغييرا
				لدي على الأقل علاقة قريبة و آمنة تساعدني عندما أكون متوترا/متوترة
				عندما لا يكون هناك حل دقيق لمشاكلي، أحيانا الله او القدر يكون لصالحني
				يمكنني التعامل مع جميع المواقف التي تواجهني
				النجاحات السابقة تشعرني بالثقة لمواجهة الصعاب الجديدة
				أحاول أن ألتصم الجانب الفكاهي للأمور عندما تواجهني الصعوبات
				وجوب التعامل مع الاجهاد يمكن أن يجعلني أقوى
				أميل إلى العودة بقوة من جديد بعد المرض، الإصابة او المصاعب الأخرى
				حلوة أو مرة، أعتقد أن الأمور تحدث لسبب أو لآخر
				أبذل قصارى جهدي مهما كانت النتيجة
				أؤمن بقدرتي على الوصول لأهدافي رغم وجود عوائق
				حتى عندما لا يكون هناك أمل، انا لا استسلم
				عند الاجهاد او مرحلة أزمات، أعلم أين ألتفت للحصول على المساعدة
				رغم الضغط، لا أفقد التركيز وأفكر بوضوح
				أفضل التطرق و معالجة المشاكل بنفسني عوض ان اترك للآخرين هم إتخاذ كل القرارات
				لا أشعر بالإحباط بسهولة بعد الفشل
				أعتبر نفسي شخصا قويا عند مواجهتي لتحديات و مشاكل الحياة
				إذا تطلب من الامر ذلك، بإمكانني إتخاذ قرارات صعبة و غير متوقعة تؤثر على الآخرين
				لدي القدرة على التعامل مع مشاعر سلبية أو حزينة كالحزن، الخوف و الغضب
				عند مواجهة مشاكل الحياة، من الضروري أحيانا التصرف بشكل بديهي دون معرفة السبب
				أعرف أين أريد الوصول في الحياة
				أشعر أنني أتحكم في حياتي
				أحب التحديات
				أعمل لتحقيق أهدافي مهما كانت الصعوبات التي أواجهه في الطريق
				نجاحي يشعرني بالفخر

Annexe N°4 le cas de ANIASSE: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

Consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	1
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	3
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	0
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance á rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	1
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	1
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	1
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	3
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	2
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	2

18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	2
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	1
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	3
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	2

Annexe N°5 cad de Dalila: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

Consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	3
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	2
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	0
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	1
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	1
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3

19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

Annexe N°6 : le cas de Tinhinane: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

Consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	3
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	3
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	3
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	2
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	1
8) J'ai tendance á rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	2
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	2
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	2
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	3
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	3
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	2
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2

19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	1
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	1
23) J'aime les défis.	3
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	2
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	3

Annexe N°7 cas de Samra: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

Consigne : A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4
1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.				3
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).				3
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.				4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.				4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.				4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.				1
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).				3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.				1
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.				3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.				4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.				4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.				3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.				3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.				4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.				4
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.				2
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.				2
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.				0

19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	2
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	1
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	2
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	4
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4