

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

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

**Les stratégies de coping chez les femmes
primipares césarisées**

**Etude de 10 cas au niveau de la maternité (Targa-
Ouzemour).**

Préparé par

M^{elle} SALMI Kahina

M^{elle} TAGREDJ Sabiha

Encadré par

M^{me} HADERBACHE Lamia

Année universitaire 2015-2016

Remerciement

Avant tout, nous aimerions remercier dieu le tous puissant de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme.

Nous remercions également et sincèrement :

Notre promotrice, Mme Haderbache Lamia pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et pour nous avoir éclairé dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une certaine liberté dans la réalisation de ce travail; mais aussi pour tout ce qu'elle nous a transmis.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et messieurs les membres de jury.

Merci à toutes les personnes de la maternité Targua-Ouzamour, en particulier la psychologue du service gynécologie Mme Louiba Wahiba qui nous a apporté son aide.

Merci aussi à tous les sujets de la recherche.

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

DEDICACES

*En signe de respect Et de remerciement, je dédie ce modeste travail
À mes chers parents pour leur soutien et l'amour qu'ils ont pu me
donner à chaque instant, ils ont toujours été à mes côtés, que dieu les gardent*

*À mes frères et sœurs :Lyes, Merieme, lynda, Nabil, et Aminapours leurs
encouragements et leurs soutien.*

À mon époux Razikque dieu le protège.

À toute la famille Salmi, Cherfa, Atmani

À M^{me} Haderbache Lamiamerci pour tout ce que vous avez fait pournous

À mes meilleurs amies, Sabiha, Djawida,Hanane, Thiziri, Samira, Dalila, Rosa,

Que je n'oublierais jamais

À mabinôme,et ma sœur Sabihapour son respect et sa confiance.

SALMI Kahina

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

À mes très chers parents Farida et Lounis, pour leur grand amour, leur sacrifice, et leur encouragement, que dieu les protèges et les garde en bonne santé, merci à vous.

À la mémoire de ma chère grande mère, Fatima que je garde toujours dans mon cœur.

À mon frère Lyes que dieu le garde.

À ma sœur, Amel et son mari Djebaret leur petite fille que j'adore, Melissa.

À ma sœur, Chérifa et son mari Abderezak, et leur petite fille que j'aime, Emilie.

À ma petite sœur Lydia que j'aime énormément.

À mes grands parents, Mouhand et Oualiet ma grande mère Safia, que dieu les gardes en bonne santé.

À mes tantes et mes oncles ainsi que toutes mes cousines et cousins.

À mon cher époux Abdenour et toute sa famille.

À tous ceux qui portent le nom « Tagredj », « Kharoune » et « Arkoub ».

À tous mes amis(e), Samiha, Siham, Khadidja, Lynda, Thiziri, Djawida, Samira, Dalila, Fairouz, Nedjwa, Wahiba, et Nadia, pour l'aide qu'ils m'ont apporté.

Un chaleureux merci, et avec un cœur plein d'amour pour ma meilleur amie et ma binôme Kahina, pour son respect et sa confiance.

TAGREDJ Sabiha

Liste des abréviations

CISS: Coping Inventory for Stressful Situations

DSM: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

OMS : Organisation Mondial de la Santé

SA: Semaine d'Aménorrhée

T: Total

WCC-R: Ways of Coping Checklist-revised

Liste des figures

Numéro de la figure	Titre	Page
Figure N° 1	Le fœtus au premier mois	13
Figure N° 2	Le fœtus au deuxième mois	14
Figure N° 3	Le fœtus au troisième mois	15
Figure N° 4	Le fœtus au quatrième mois	15
Figure N° 5	Le fœtus au cinquième mois	16
Figure N° 6	Le fœtus au sixième mois	17
Figure N° 7	Le fœtus au septième mois	17
Figure N° 8	Le fœtus au huitième mois	18
Figure N° 9	Le fœtus au neuvième mois	19
Figure N° 10	Présentation graphique du type de coping, des 10cas	129
Figure N° 11	Présentation graphique des différentes stratégies de coping utilisé par les 10 cas	137

Liste des tableaux

Numéro du tableau	titre	page
N° 1	Les caractéristiques du groupe de recherche	60
N° 2	Présentation des stratégies selon les champs	66
N° 3	La feuille de dépouillement N° 1 du cas A	78
N° 4	La feuille de dépouillement N° 2 du cas A	79
N° 5	La feuille de dépouillement N° 1 du cas B	84
N° 6	La feuille de dépouillement N° 2 du cas B	84
N° 7	La feuille de dépouillement N° 1 du cas C	88
N° 8	La feuille de dépouillement N° 2 du cas C	89
N° 9	La feuille de dépouillement N° 1 du cas D	93
N° 10	La feuille de dépouillement N° 2 du cas D	93
N° 11	La feuille de dépouillement N° 1 du cas E	97
N° 12	La feuille de dépouillement N° 2 du cas E	98
N° 13	La feuille de dépouillement N° 1 du cas F	103
N° 14	La feuille de dépouillement N° 2 du cas F	103
N° 15	La feuille de dépouillement N° 1 du cas G	107
N° 16	La feuille de dépouillement N° 2 du cas G	107
N° 17	La feuille de dépouillement N° 1 du cas H	112
N° 18	La feuille de dépouillement N° 2 du cas H	112
N° 19	La feuille de dépouillement N° 1 du cas I	117
N° 20	La feuille de dépouillement N° 2 du cas I	117
N° 21	La feuille de dépouillement N° 1 du cas J	121
N° 22	La feuille de dépouillement N° 2 du cas J	121

Liste des annexes

Numéro de l'annexe	Titre	page
Annexe N° 1	Guide d'entretien clinique semi-directif	145
Annexe N° 2	Echelle toulousaine de coping	147
Annexe N° 3	Feuille de dépouillement N° 1	150
Annexe N° 4	Feuille de dépouillement N° 2	150
Annexe N° 5	Résultats de l'échelle de coping du cas1	151
Annexe N° 6	Résultats de l'échelle de coping du cas 2	153
Annexe N° 7	Résultats de l'échelle de coping du cas 3	155
Annexe N° 8	Résultats de l'échelle de coping du cas 4	157
Annexe N°9	Résultats de l'échelle de coping du cas 5	159
Annexe N° 10	Résultats de l'échelle de coping du cas 6	161
Annexe N° 11	Résultats de l'échelle de coping du cas 7	163
Annexe N° 12	Résultats de l'échelle de coping du cas 8	165
Annexe N° 13	Résultats de l'échelle de coping du cas 9	167
Annexe N° 14	Résultats de l'échelle de coping du cas10	169

Résumé

Notre recherche est fondée sur une thématique intitulée « *Les stratégies de coping chez les femmes césarisées* ».

La grossesse et l'accouchement sont des événements qui nécessitent des adaptations et qui peuvent être perçus comme stressants. Pour faire face à ces changements, les femmes vont mettre en place des stratégies de coping.

L'objectif central de ce travail est l'étude des stratégies de coping employées par les femmes césarisées, pour arriver à faire face à cette situation, et aussi de repérer le type de coping qu'elles ont utilisées.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping.

A la fin de notre recherche, on est arrivé à affirmer notre première hypothèse intitulée (*les femmes césarisées, utilisent un coping positif pour faire face à la césarienne*) part apporté à tous les cas sauf le neuvième (9) cas. Et on a aussi confirmé notre deuxième hypothèse intitulée (*les femmes césarisées utilisent les stratégies de coping centrées sur le soutien social*) avec les cas 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10. Et infirmer part apporté aux autres cas.

Mots clés : stratégies de coping, la grossesse, l'accouchement, la césarienne, entretien clinique, l'échelle toulousaine de coping.

Sommaire

Introduction	1
La problématique	4
Les hypothèses	7

Partie théorique

Chapitre I : La grossesse et l'accouchement par césarienne

Préambule.....	11
1. La grossesse	
1.1. La définition de la grossesse	11
1.2. Les signes de la grossesse.....	12
1.3. Les étapes de la grossesse	13
1.4. Les inconforts physique et psychique de la grossesse	19
1.5. Le vécu psychologique de la grossesse.....	22
2. L'accouchement	
2.1. La définition de l'accouchement	23
2.2. Les types d'accouchement.....	24
2.3. Les phases d'accouchement	25
2.4. Le vécu psychologique de l'accouchement	27
3. La césarienne	
3.1. Histoire de la césarienne	27
3.2. Les indications de la césarienne	28

3.3. Les types d'anesthésies	28
3. 4. Les risques associés à la césarienne	29
3.5. Le vécu psychologique de la césarienne	32
Conclusion du chapitre.....	33

Chapitre II : les stratégies de coping

Préambule.....	36
1. L'histoire de la notion de coping.....	36
2. Le concept de coping et les autres concepts apparentés.....	36
3. Les phases d'évaluations de coping.....	40
4. Les stratégies générales de coping.....	41
5. La stabilité des stratégies de coping	42
6. Les différents modèles de coping	43
7. L'efficacité des stratégies de coping.....	44
8. les sources de coping	45
9. Les mesures de coping.....	46
10. Le coping face à la grossesse et à la césarienne.....	47
Conclusion du chapitre	50

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologique de recherche

Préambule.....	53
1. Définition et opérationnalisation des concepts clé de la recherche.....	54
2. Les motifs de choix de thème.....	55

3. Les objectifs de notre recherche.....	55
4. La méthode utilisée.....	56
5. La pré-enquête.....	58
6. Présentation du lieu de recherche.....	69
7. Présentation du groupe de recherche	60
8. Présentation et analyse des outils de recherche.....	61
9. Le déroulement de la pratique.....	62
10. les difficultés de la recherche.....	72
Conclusion du chapitre.....	72

Chapitre VI : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1. Présentation et analyse des résultats.....	74
2. Discussion des hypothèses.....	122
Conclusion.....	138
Liste bibliographique.....	141

Annexes

*Problématique et
hypothèses*

Devenir maman est un évènement important dans la vie d'une femme. C'est une page qui se tourne, une nouvelle vie qui commence. Comprendre son envie de maternité est essentiel pour être une femme enceinte épanouie. Cela est vrai pour toutes les grossesses, à tous les âges de la vie. Et elle constitue une période sensible, un moment de fragilité et de maturation et le temps de la grossesse prépare la femme à des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie.

Selon le petit Larousse de psychologie, la grossesse se définit comme : « *un moment qui prend une importance particulière dans la vie de chaque couple* ». *On décide, on prévoit, on anticipe ce moment. Dès l'annonce de sa venue, on attend d'autant plus de lui qu'il n'aura vraisemblablement pas une ribambelle de frères et sœurs* ». (S. Angel, 2013, p.345).

Toutefois, la grossesse se termine en principe par un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain. Et elle peut se faire comme par les voies naturelles ou nécessiter une opération chirurgicale ; la césarienne.

Et selon le petit Larousse de la médecine, la césarienne est une « *extraction du nouveau-né par voie abdominale, après ouverture chirurgicale de la cavité utérine* ». (J. Bourneuf, 1995, p.197)

L'accouchement césarienne prend une place de plus en plus importante dans les hôpitaux et d'autre clinique privée, considéré comme le dernier moyen pour sauver la mère et son bébé, et actuellement elle est si pratiquée qu'elle est perçue comme une opération de routine, et le taux de césarienne ne cesse d'augmenter dans le monde entier.

L'Organisation Mondial de la Santé (OMS) a tiré la sonnette d'alarme en mettant en place une enquête mondiale de surveillance de la santé maternelle et

infantile, enquête transversale réalisée dans 24 pays répartis sur 3 continents (Asie, Afrique et Amérique latin); cette organisation a rendu des conclusions des plus effarantes, en se basant sur des données émanant de 373 établissements de santé, recueillies entre 2004 et 2008 pour 286565 parturientes, le taux de césarienne réalisé est de 25,7% dont 1% sans indication médicale. (<http://algerie-focus.com> consulté le 14/11/2015 à 20 :12).

En Algérie des statistiques fiables ne sont pour l'heure pas disponibles, mais les spécialistes en la matière, entre gynécologie et sages-femmes tirent la sonnette d'alarme devant le nombre croissant de césariennes pratiquées, ils estiment que 50 à 60% des césariennes sont pratiquées dans le secteur privé. Et selon le président de l'association des gynécologues obstétriciens d'Oran, le docteur G. Benabadji, le taux d'accouchement par césarienne en Algérie varie entre 38 à 40%. (ibid).

Ce type d'accouchement occupe beaucoup les pensées des femmes, il s'agit de briser leur espoir d'un accouchement « *naturel* », elles se sentent parfois incompetentes, car elles n'ont pas été capables d'accoucher et ne sont pas accomplies en tant que mère, puis qu'elles n'ont véritablement pas participé à la naissance de leur enfant.

La survenue de la maternité au cours d'une vie est un événement donc particulier et bouleversant, il s'agit d'un changement irréversible pour les individus le vivant, semblable à tout changement elle peut être source de stress.

Beaucoup des femmes césarisées vivent cette intervention comme source de stress, et pour faire face à une telle naissance, cela demande un ajustement physiologique et psychologique très important.

En 1981 les premières études réalisées par J. Wichmann et Kendell ont décrit une relation entre une césarienne et des troubles psychiatriques du post-partum. Elles seront reprises et développées par plusieurs auteurs, dont Thalassinos qui conclura que la césarienne augmente le risque de troubles anxiodépressifs en post-partum précoce. En effet, dans son étude, il a démontré que les scores d'anxiété, le taux de baby blues et de dépression, étaient plus élevés dans le groupe des césariennes que dans celui des accouchements par voie basse.

Dans une des études menées par Ryding, il révèle que la césarienne était vécue par les patientes comme un événement traumatique pour 75 % d'entre elles. Ceci l'a amené à explorer cet événement traumatique, et a démontré dans une seconde étude qu'il y avait plus de troubles psychologiques dans les jours suivants une césarienne en urgence ou avant travail, qu'un accouchement par voie basse ; et qu'il existait plus de symptômes de stress post-traumatique à un mois de l'événement pour les césariennes en urgence que pour les accouchements par voie basse ou pour les césariennes avant travail.(C. Sion, 2012, pp.2-3).

Dans notre présente recherche on a choisi de travailler sur les différentes stratégies de coping utilisées par les femmes qui ont subis un accouchement par césarienne (en urgence); ces femmes vont mettre en place des stratégies de coping qui vont leur permettre de s'ajuster à la nouvelle situation ou de se défendre contre toute emprise.

La césarienne peut donc être ressentie comme un événement subi, violent et anxieux, avec comme vécu psychologique, un échec de l'accouchement, une impression de « *ne pas avoir accouché* », cet échec sera donc géré grâce au développement de stratégies défensives.

Lazarus et Folkman (1984), définissent le coping comme une défense qui « se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement ». (J-L. Pardinielli, 2005, p.77).

L'accouchement par césarienne, est donc un événement important source de stress, et ce quelque soit son issue. Face à ce dernier les femmes vont employer différents moyens défensifs pour faire face à cette césarienne en urgence qui implique de faire le deuil d'un accouchement naturel dans un contexte d'urgence.

Et à partir de ce qui est cité ci-dessus, notre étude se propose d'évaluer et de repérer les différentes stratégies de coping utilisées par les femmes césarisées. Et le cadre retenu pour ce travail est celui de la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman car c'est le modèle qui convient à notre thème de recherches. Et pour pouvoir mener à bien notre recherche, on va utiliser les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes.

Dans notre modeste travail, on va essayer de décrire comment la femme césarisée arrive à faire face à cet événement, en posant les questions suivantes :

- Quel est le type de coping utilisé par les femmes qui ont subi un accouchement par césarienne ?
- Quelles sont les stratégies de copings utilisées par les femmes qui ont subi un accouchement par césarienne ?

Problématique et hypothèse

Les hypothèses que nous avons formulées à nos questions sont les suivantes :

- Les femmes césarisées, utilisent un coping positif pour faire face à la césarienne.
- les femmes césarisées, utilisent les stratégies de coping centrée sur le soutien sociale,

Introduction

De tout les temps l'être vivant et plus particulièrement humain, est appelé à la procréation. Celle-ci passe par toute les étapes possibles entendons ici le rapport sexuelle, la fécondation, l'étape embryonnaire, l'étape fœtale, et l'accouchement qui peut se réaliser naturellement ou artificiellement. C'est ce qu'on appelle la césarienne.

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale au locorégionale comme une anesthésie péridurale au cours duquel le bébé naît à l'aide d'une incision effectuée dans l'utérus.

Les femmes césarisées sont confrontées à des situations stressantes, fortes. On diversifie certaines d'entre elles, car elles sont modifiables, contrôlables, d'autres inchangeables. Ceci est associé soit aux caractéristiques des situations, soit aux caractéristiques personnelles. Car le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par ces femmes, pour qu'elles retrouvent un bien-être psychologique et un certain équilibre. Aussi pour dépasser la situation difficile qu'elles vivent, elles mettent en place des stratégies de coping désignant la manière de faire face à la situation stressante et de la maîtriser. Et on peut dire que ces femmes emploient des stratégies défensives pour faire face à la situation « *accouchement par césarienne* ».

Alors dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'étude des "les *stratégies de coping chez les femmes césarisées*". Pour cela notre travail a été effectué à la maternité de Targa-Ouzemour, qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle toulousaine de coping.

Pour cela, notre recherche s'est appuyée sur le plan de travail suivant : on a amorcé par une introduction suivie d'une problématique introduite par la question de départ, suivie par les hypothèses.

Introduction

Dans la suite de notre recherche, on présentera deux parties:

La partie théorique, dans laquelle on a abordé deux chapitres, le premier est consacré à parler sur la grossesse et l'accouchement par césarienne, en premier lieu on a parlé sur la grossesse, sa définition, les signes cliniques de la grossesse, les étapes la grossesse, les inconforts physiques et psychiques durant la grossesse. En deuxième lieu on va parler sur l'accouchement, sa définition, ses types, ses phases. Et en troisième lieu on va parler sur la césarienne, son histoire, ses indications, et ses risques. De ce qui est de chapitre suivant, qui est celui de stratégies de coping, son histoire, quelques définitions, ses phases d'évaluation, les stratégies générales du coping, la stabilité des stratégies de coping, les différents modèles de coping, son efficacité, ses mesures et enfin, ses sources.

La seconde porte sur La partie pratique, ce dernier est subdivisé en deux chapitres, le premier chapitre, consacré au cadre méthodologique de la recherche dans lequel on aborde la méthode utilisée, présentation le lieu de recherche, présentation du groupe de recherche et les outils de la recherche et leur analyse, et aussi le déroulement de la pratique, et les difficultés de la recherche. Le second chapitre, réservé à la présentation, l'analyse et la discussion des résultats (vérification des hypothèses). Enfin, on a clôturé notre travail de recherche avec une conclusion, une liste bibliographique, et les annexes.

Partie théorique

Chapitre I

*La grossesse et
l'accouchement par
césarienne*

Préambule

Devenir mère est une décision importante. Derrière ce désir d'enfant se cachent des motivations inconscientes, propres à chacune. Les décoder permet souvent de mieux se préparer. La naissance d'un enfant 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. Mais l'envie de maternité peut révéler parfois des aspirations très inconscientes, propres à l'histoire de chaque femme.

Dans ce premier chapitre, nous commencerons d'abord par la définition de la grossesse, les signes cliniques de la grossesse, les étapes de la grossesse, les inconforts pendant la grossesse. Puis on va parler sur l'accouchement, les types d'accouchement, les phases d'accouchement. L'histoire de la césarienne, les indications de la césarienne, les types d'anesthésie puis les risques associés à la césarienne et le vécu psychologique de la césarienne. Et on va terminer ce chapitre par une conclusion.

1. La grossesse**1.1. La définition de la grossesse**

On a choisie de donner deux définitions pour mieux expliquer cette conception (*la grossesse*), sur le plan médical et psychologique.

Selon le dictionnaire du petit Larousse de médecine, la grossesse se définit comme suite « *c'est l'état de la femme enceinte, débutant le jour de la fécondation et se terminant le jour de l'accouchement, elle dure en moyenne de 270 à 280 jours* ». (J. Bourneuf, 1995, p.434).

Selon le dictionnaire de psychologie, la grossesse est « *un état psychophysologique de la femme qui attend un enfant. Source de joie ou d'angoisse, la grossesse est toujours un épisode important de vie d'une femme.*

Sur le plan psychologique, la femme voit se reposer certains problèmes de son enfance liés à la qualité de ses relations avec sa mère. Toutes deux sont devenues égales, mais, selon maturité affective de la jeune femme, cette situation peut s'accompagner de sentiments particuliers (culpabilité, rivalité, etc.). L'annonce de la première grossesse apporte à certaines femmes une satisfaction extraordinaire que l'analyse psychologique permet de rapporter, parfois, à un complexe de castration, jusque-là non résolu. ». (N. Sillamy, 1999, p.122).

1.2. Les signes cliniques de la grossesse

Dès le début de la grossesse, dès l'implantation, on observe une augmentation de la sécrétion des œstrogènes et de la progestérone par le corps jaune ovarien : l'absence de chute des stéroïdes ovariens explique l'absence de menstruation. Par ailleurs, cette augmentation des stéroïdes va conduire à une augmentation de la tension mammaire. La brusque augmentation des œstrogènes provoque des troubles digestifs et l'augmentation de la progestérone induit une somnolence et un état de fatigue. Sur le plan mécanique, l'augmentation du volume utérin va exercer une pression sur la vessie. (P. Delvoye et autre, 2001, p.4).

Certaines femmes se sentent enceintes très tôt ; d'autres traversent les premières semaines de la grossesse sans la moindre perception particulière, sans qu'aucun signe tangible ne vienne renforcer ce qui n'est encore qu'une promesse. L'aventure du petit humain commence par une véritable explosion de vie ; les deux premières semaines sont les plus danses en événements qui restent pourtant secrets. (R. Frydman, C. Schilts, 2010, p. 22).

Pour la majorité, le premier signe visible de la grossesse est le retard des règles. Mais ce n'est pas toujours facile à reconnaître, surtout si les règles sont irrégulières.

Le retard des règles peut cependant être trompeur en cas de signe irrégulier ou de situations exceptionnelles (changement de mode vie, stress...etc.). Il peut également être masqué par la survenue de légers saignements (métrorragies) dus à l'implantation de l'œuf. Certains petits signes peuvent attirer l'attention : nausées matinales ou vomissements, dégoûts alimentaires, gonflements des seins parfois douloureux, tension et pesanteur pelviennes. Ces signes sont très inconstants et leur intensité est variable d'une femme à une autre, ce qui explique pourquoi ils peuvent passer inaperçus. Si le doute subsiste et que vous souhaitez mettre rapidement fin à l'incertitude, il vous est possible d'avoir recours à des tests biologiques mettant en évidence dans les urines et le sang. Celle-ci est sécrétée par le trophoblaste (futur placenta) de l'œuf, et passe dès l'implantation de celui-ci (6 à 8 jours après la fécondation, entre le 20^e et le 23^e jour du cycle) dans la circulation sanguine maternelle. Ces tests de grossesse sont réalisés par la femme sur ses urines, à n'importe quel moment de la journée. (L. Pernoud, 2015, p.17).

1.3. Les étapes de la grossesse

1.3.1. Le premier mois : Ce mois se situe entre 3 et 6 SA.



Figure N° 1 :le fœtus au 1^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Dans ce mois le corps se modifie, mais rien de bien visible encore.

Au début de la grossesse l'embryon est loin d'être imposant puisqu'il ne dépasse guère les 2mm. A quatre semaines, le bébé a déjà un cœur et un estomac : c'est le début de son organogénèse, c'est-à-dire de la mise en place de ses principaux organes (C. Serra, 2010, p.36).

1.3.2. Le deuxième mois : Ce mois se situe entre 7 et 10 SA.



Figure N° 2 : le fœtus au 3^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Le 2^e mois correspond à une période-clé dans la formation des organes du bébé. En termes médicaux, on parle d'organogénèse. L'embryon acquiert sa forme humaine, on distingue la tête, le corps et les membres. C'est la période de la mise en place des os, des muscles, des vaisseaux, ainsi que de la formation des organes. Cette période embryonnaire se terminera vers 12 SA, et se caractérise par la croissance en taille de l'embryon et la maturation de ses organes. Les organes extra-embryonnaires, qui vont permettre au bébé de grandir, se développent avant l'apparition de l'embryon lui-même ; c'est une particularité de l'homme. A ce stade, on voit grandir la cavité amniotique, le trophoblaste (futur placenta) et les villosités trophoblastiques. A partir de 7 SA, la cavité amniotique augmente et s'écarte de l'embryon. Le trophoblaste forme un sac épais de quelques millimètres qui tapisse toute la cavité amniotique. Les villosités trophoblastiques constituent un réseau vasculaire relié à l'embryon et forment le cordon. (J. Lansac, 2011, p.103).

1.3.3. Le troisième mois : Ce mois se situe entre 11 et 15 SA.Figure N° 3 : le fœtus au 3^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Dans ce mois le bébé est tout à fait formé, est il passe du stade d'embryon à celui de fœtus, une véritable petit personne qui grandit dans l'utérus.

Au cour de ce mois, les cellules nerveuse de développe, le squelette continue de se former, les articulations sont fonctionnelles : les doigts peuvent se plier à l'intérieur de la main, mais aucun de ces mouvements n'est encore contrôlé par le cerveau. (C. Serra, 2009, p.43).

1.3.4. Le quatrième mois : Ce mois se situe entre 16 et 19 SA.Figure N° 4 : le fœtus au 4^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

A présent l'utérus grossit, et la grossesse commence à être visible, et on peut connaitre le sexe du bébé de façon a peu près fiable, au cours de l'échographie. (Ibid, p.47).

Les poumons n'ont pas encore une fonction respiratoire, mais le liquide amniotique y entre et en sort. Les intestins se forment. Tout le circuit auditif est en place, la rétine est sensible à la lumière, mais le bébé ne voit pas encore. Il est capable d'ouvrir la bouche, de froncer les sourcils. Il bouge. (C. Serra, 2009, p.47).

1.3.5. Le cinquième mois : Ce mois se situe entre 20 et 24 SA.



Figure N° 5 : le fœtus au 4^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Dans ce mois, le bébé continue de se modifier et grandit, même le corps de la mère. On peut le voir bouger, remuer, sucer son pouce, et au cours de cette période, la maman va être épanouie et moins fatiguée.

Ce mois se situe entre 20 et 25 SA. Tous ces organes sont en place (la maturation de son système nerveux et de son développement musculaire.etc.), la grossesse est ensuite marquée par un processus de maturation des différents organes et une croissance rapide du bébé. (J. Lansac, 2011, p.104).

1.3.6. Le sixième mois : Ce mois se situe entre 25 et 28 SA.

Le 6^e mois constitue un tournant dans la vie du bébé, si la mère va l'accoucher prématurément, il serait viable, quoique encore très fragile. Au cours de ce mois le bébé va grossir et poursuivre sa maturation.



Figure N° 6 : le fœtus au 6^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Le fœtus à six mois, la différenciation des organes sexuels est maintenant complète. Les bourgeons dentaires sont en formation, les ongles apparaissent, les nerfs se développent et la graisse commence à s'accumuler sous la peau. Le bébé entend, il réagit au toucher et aux sons. Il bouge de plus en plus et fait des pirouettes. A la fin du mois il mesurera 33 centimètres environ et pèsera 900 grammes. (C. Serra, 2009, p.54).

1.3.7. Le septième mois : Ce mois se situe entre 29 et 32 SA.



Figure N°7 : le fœtus au 6^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Le bébé va prendre 500g et 6cm au cours de ce mois. La place va donc commencer à lui manquer au sein de l'utérus, ses mouvements vont être de plus en plus limités. Dès que la mère se repose ou elle s'allonge, il en profite pour gigoter, car il a plus de place lorsque l'utérus est détendu. (J. Lansac, 2011, p.175).

Son système digestif et ses reins sont achevés, ses ongles se forment. C'est souvent au cours de ce mois que le bébé se place verticalement, la tête en bas. Ses mouvements respiratoires et sa température interne se régulent. Ses nerfs s'enveloppent de myéline, une substance essentielle au bon fonctionnement du système nerveux. (J. Lansac, 2011, p.175).

1.3.8. Le Huitième mois : Ce mois se situe entre 33 et 36 SA.



Figure N° 8 : le fœtus au 8^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

Le 8^e mois est déjà bien amorcé quant les questions concerne la naissance commencent à affluer, car la présence du bébé est de moins en moins abstraite.

Le cortex du cerveau se développe, le bébé est sensible à la douleur. L'écoute s'affine : il sursaute lorsqu'il entend un son violent. Il boit en permanence le liquide amniotique, qu'il déglutit ensuite, développant ainsi sa sensibilité gustative, son tube digestif et ses reins. Il urine beaucoup, se retourne et prend de plus en plus de place, à la fin du mois il mesurera 43 cm environ et pèsera 2,2 kg. Dans 95% des cas, le bébé a la tête en bas ; il est prêt à naître. Tout ses sens sont actifs, il se prépare au premier contacte avec la lumière. Le jour de la naissance est proche. (C. Serra, 2009, p.59).

1.3.9. Le neuvième mois : Ce mois se situe entre 37 et 41 SA.



Figure N° 9 : le fœtus au 9^e mois

(<http://infobebes.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20).

C'est le mois de la naissance, la grossesse touche à sa fin.

Le bébé pèse environ 3,2 kg et mesure 50cm. Il est prêt à mère quitter pour vivre de façon autonome.il est sensible au bruit, aux situations d'inconfort et est capable de manifester son ressentir par des mouvements ou des expressions du visage visualisées à l'échographie. Le bébé est prêt à naitre, l'accouchement est imminent. Il continu a grandir, ses ongles poussent. Le liquide amniotique va commencer à diminuer. Il est possible que le bébé bouge moins car il commence à être à l'étroit. A l'échographie, on ne peut pas le voir en entier car il est trop grand, mais uniquement des parties de son corps. (J. Lansac, 2011, p.219).

1.4. Les inconforts physiques et psychiques pendant la grossesse

La grossesse peut s'accompagner de petits problèmes désagréables mais sans danger.

1.4.1. Les nausées et les vomissements

Les nausées et les vomissements sont souvent des signes annonciateurs de la grossesse, ils apparaissent très tôt après le retard des règles. On les trouve chez plus de la moitié des femmes enceintes, ils varient d'une femme à une autre, mais aussi d'une grossesse à une autre. Les nausées sont ressenties comme

un vague mal au cœur et son parfois suivies de vomissements, cela se produit le matin, après les repas, ou durant toute la journée, elle peuvent survenir sans raison ou être provoquées par des aliments particulières (lait, fromage), ou des odeur de cuisine, de parfum, de tabac ou autre odeurs devenues insupportable à cette période de la grossesse. Les nausées et les vomissements disparaissent en principe à la fin du troisième mois. (S. Mimouni, 1995, p.91).

1.4.2. Les troubles du sommeil

Très tôt, en début de grossesse, certaines femmes enceintes ressentent un désir irrésistible de dormir. Cette somnolence est fréquente. Elle ne doit pas inquiéter s'il s'agit d'une femme au foyer, le problème est différent s'il se produit chez une femme qui travaille et varie surtout en fonction de la profession qu'elle exerce.

L'organisme maternel s'adapte à la présence du bébé. Son développement nécessite d'efforts et donc plus de repos. Il faut alors éviter le prolonger les soirées et dormir plus tôt que d'habitude. De même que sont également conseillées les siestes et les grasses matinées. Cette somnolence disparaît en général à la fin du premier trimestre. Par contre, en fin de grossesse, c'est l'insomnie qui est plus fréquente. Le point plus important de l'enfant, les douleurs du bassin ; les crampes nocturnes, mais aussi les craintes de l'accouchement proche, contribuent à ôter le sommeil. (Ibid, p.90)

1.4.3. Les troubles du caractère

Qu'elle soit désirée ou non, la grossesse est un épisode si important dans la vie d'une femme qu'elle retentit sur son caractère. Cela se produit surtout quand il s'agit du premier enfant. Les modifications de son corps, leurs répercussions sur son état psychique expliquent les signes qui peuvent apparaître. Parmi ces signes, on retrouve les vomissements, dont la persistance

au-delà du troisième mois de la grossesse peut être en rapport avec un état névrotique.

Le plus souvent, la femme enceinte est anxieuse, émotive. Tous les degrés existent, allant de la simple préoccupation de ce qui va se passer (enfant normal ou non, accouchement facile ou non...), à la véritable névrose. Ces réactions sont toutefois plus fréquentes chez les femmes ayant déjà un terrain psychique particulier bien avant la grossesse (nervosité, irritabilité, etc.). (S. Mimouni, 1995, p.91)

1.4.4. Les maux de tête

Plus fréquents au début de l'allaitement, ils peuvent se voir aussi en début de grossesse. Ils sont augmentés par la fatigue.

Le traitement par le paracétamol au lieu de l'aspirine peut soulager la douleur. Mais il ne faut pas se prescrire ce type de médicaments sans avis médical, car ils passent dans la circulation sanguine du fœtus. (ibid, p.91)

1.4.5 L'appétit

Souvent en début de grossesse, l'appétit d'une femme enceinte est modifié. Elle mange beaucoup moins que d'habitude et se sent vite rassasiée. De nombreux petits repas tout au long de la journée sont alors préférables à un seul ou deux repas copieux. (L. Chertouk, 1996, p.87)

Parfois les femmes enceintes développent, une envie particulière pour un certain type d'aliments (tomates, citrons, piments, crème glacée,...etc).

Plus rarement, on observe une manie bizarre, la consommation de terre, de craie, de savon, de cendres. Cette anomalie est le plus souvent un rapport avec une anémie très marquée. Elle se produit surtout chez les femmes dont l'alimentation est incorrecte. (S. Mimouni, 1995, p.87).

1.4.6. L'ambivalence

Les troubles psychiques peuvent aussi être l'expression par la femme de l'ambivalence entre acceptation et non-acceptation de l'état de grossesse débutante. Cette ambivalence est caractérisée par la coexistence de sentiments opposés, amour et hostilité, désir et peur, donc l'un est plus au moins conscient, et l'autre, inacceptable.

L'état de la grossesse proprement dit est parfois difficilement accepté par la femme, mais parfois, c'est à l'égard du fœtus lui-même que la femme éprouve un sentiment d'ambivalence. Cet être nouveau, vient rompre un équilibre établi causé de petit ennui somatique gêner une activité professionnelle ou sportives. (L. Chertouk, 1996, p.87)

1.4.7. Trouble de l'humeur

Les troubles de l'humeur son fréquents sans aucune logique particulière ; ils apparaissent généralement durant le premier trimestre de la grossesse et se manifestent par d'étranges envies. Cela peut se manifester par le dégoût de certaines odeurs ou aliments qui provoquent des nausées et même des vomissements. (J. Dana et autre, 1975, p.45).

1.5. Le vécu psychologique de la grossesse

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

psychiques de la femme, ainsi que les caractéristiques du contexte familial et social dans lequel intervient la grossesse. (J. Wendland, 2007, p.25).

Une femme a besoin du soutien de son entourage tout au long de sa grossesse. Ce soutien social lui procure un sentiment d'appartenance et de sécurité, puisqu'elle sait quelle peut compter sur la sollicitude de son conjoint, de sa famille ou de sa collectivité. L'insuffisance du soutien pendant la grossesse se manifeste par l'isolement, un manque d'aide pour accomplir les tâches quotidiennes ou faire face à des événements stressants ou à des crises, et l'absence de soutien de la part de l'époux, d'un ami proche, ou d'un membre de la famille. Le manque de soutien social a également été associé à la violence à l'égard des enfants et les femmes à la dépression postnatale. (M. Marcon et autre, 2002, p.134).

On a abordé au premier lieu tout les point qui concerne la grossesse, que nous voyons nécessaire, dans le seconde on va citer l'accouchement; qui est une étape essentielle pour l'expulsion du bébé. Et on peut dire que la préparation à l'accouchement est importante pour aider la femme à construire sa confiance en sa capacité à donner naissance selon le processus physiologique naturel. Cela l'aide aussi à être plus positive en ce qui a trait au dénouement de l'accouchement, même s'il est différent de ce qui était attendu ou espérer. Une compréhension adéquate du déroulement du travail et du soulagement de la douleur, et le sentiment de contrôle lors de l'accouchement ont un effet bénéfique sur l'expérience de la naissance.

2. L'Accouchement

2.1. La définition de l'accouchement

Le dictionnaire petit Larousse de la médecine définit l'accouchement comme « *ensemble des phénomènes mécanique et physiologique ayant pour*

conséquence la sortie du fœtus et du placenta hors des voies maternelles, à partir du moment théorique de viabilité, c'est-à-dire du sixième mois de grossesse. Avant 6mois; il s'agit d'un avortement. S'il se produit entre le 270^e et le 280^e jour; l'accouchement est dit à terme s'il se produit entre 6 et 8 mois de grossesse; il est dit prématuré, il est spontané s'il se produit à la suite d'une intervention extérieure. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention. Enfin, il est eutocique quand il s'accomplit selon le déroulement normal; il est dystocique quand le déroulement est perturbé » (J. Bourneuf, 1995, p.7).

2.2. Les types de l'accouchement

2.2.1. L'accouchement par épisiotomie

L'épisiotomie ou périnéotomie est la section de la vulve ou plus la section du périnée généralement. C'est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter et accélérer l'accouchement. La longueur de l'épisiotomie est de 6 cm, elle est effectuée sur le périnée, au « *petit couronnement* », c'est-à-dire lorsque la présentation commence à distendre le périnée, lors d'une contraction utérine et pendant un effort expulsif. La distension du périnée doit être telle que le faisceau pubo-rectal du releveur est intégré dans le plan superficiel. L'épisiotomie entraîne un saignement de 200 ml en moyenne. (A. Pierre, 2011, p. 13).

2.2.2. L'accouchement par forceps

Le forceps est un instrument de préhension d'orientation et de traction, destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles. Il existe de nombreux et excellents forceps. En raison de la rigueur actuelle des conditions d'emploi le choix de l'instrument a perdu de son importance. Chaque opérateur se sert de l'instrument qui lui convient et dont il a l'habitude. (I. Macalou, 2009, p.12).

2.2.3. L'accouchement par césarienne

Une césarienne est l'extraction de l'enfant par voie abdominale. Elle est parfois prévue, mais elle peut être décidée en urgence en cas de complications pendant le travail. Lorsqu'elle est programmée à l'avance, elle est parfois effectuée sous anesthésie péridurale, ce qui permet à la mère d'être parfaitement réveillée et consciente, et de prendre son bébé contre elle dès sa naissance. On peut aussi effectuer une péridurale lorsque l'opération est décidée alors que la mère est déjà en travail, mais il est parfois préférable de procéder à une anesthésie générale. (E. Fenwick, 1990, p67).

La césarienne c'est le type d'accouchement retenu dans notre travail, et on va revenir et donner plus de détaille sur ce point dans ce qui va suivre.

2.3. Les phases de l'accouchement

Pour simplifier, il est possible de distinguer 5 phase dans le déroulement d un accouchement physiologique.

2.3.1. La phase de latence ou de prés-travail

C'est la phase de maturation et de modification du col de l'utérus pendant laquelle des contractions peuvent déjà se faire sentir le corp. S'entraîne est se prépare, il travail réellement, pendant quelle que heures ou plusieurs jours. (E. Lacomte, 2011, p.12)

2.3.2. La phase de travail active

C'est l'ouverture du col qui effectue durant les moments de détente entre deux contractions, les contractions intensifient mais restent toujours plus courtes que les périodes de détente. De son côté, le bébé descend sa tête appuyée sur le col de l'utérus ce qui contribue aussi à la dilatation de ce dernier avant d'effectuer une rotation pour pouvoir s'engager dans le bassin et le traverser, cette phase qui dure parfois plusieurs heures s'achève à la dilatation complète du col,

peut être vue comme marathon pour lequel il faut à la fois de l'endurance et de laisser aller. (E. Lacomte, 2011, p.12).

2.3.3. La phase d'engagement

Quand le bébé s'engage dans le bassin, il descend et tourne sur lui-même pour que les axes de son corps (*tête et poule*) s'accommodent à ceux du bassin de sa mère. Souvent, c'est durant cette phase que la poche des eaux se rompt, provoquant l'intensification des contractions quand elle franchit le bassin, la tête de bébé arrive sur le muscle transverse du périnée, les sensations changent, la mère est déstabilisée par les pertes de ses repères. (Ibid, p13).

2.3.4. La phase d'expulsion

Ca y est, la mère va bientôt pouvoir serrer son bébé contre elle. La phase d'expulsion, qui ne dure en principe pas plus de 30 minutes, consiste à pousser à l'aide de respirations profondes afin de faire sortir le nourrisson. Les poussées s'effectuent lors des contractions. En cas de passage difficile, le médecin peut procéder à une épisiotomie (*incision rarement douloureuse réalisée pour faciliter le passage de la tête du bébé et éviter une déchirure non contrôlable du périnée*) et/ ou utiliser des instruments (*forceps, spatules ou ventouses*). Une fois le bébé sorti, le gynécologue-obstétricien, coupe le cordon ombilical, enroule le nouveau-né dans une serviette et le pose contre la mère, (*si sa santé le permet*). (Ibid, p.14).

2.3.5. La phase de délivrance

Après la naissance du bébé, l'utérus se contracte de nouveau, ce qui provoque le décollement des placentas puis l'expulsion

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. Et notre travail porte sur

l'accouchement par césarienne, ou on va donner plus de détail. (E. Lacomte, 2011, p.13).

2.4. Le vécu psychologique de l'accouchement

Donner naissance, constitue pour la femme, un événement psychique important. La naissance d'un enfant est un moment unique dans la vie. Si pour certaines femmes, la césarienne pose peu de problème d'acceptation, pour d'autre cette naissance peut être plus difficile à vivre. En effet, ne pas pouvoir donner naissance naturellement, peut se révéler fortement déstabilisant, dans l'intégration du rôle de mère et même dans la reconnaissance de sa féminité.

La mère, est avec son nourrisson, d'une grande vulnérabilité au terme d'accouchement, pour D. Cupa (1996), la « *scène réelle et fantasmé* », de l'accouchement est d'une grande densité; elle renvoie aux questions de la vie et de la mort, aux avoirs et aux pertes (*la mère perd un enfant porté neuf mois en elle*), « *à des scènes de l'univers psychique, tous particulièrement la scène primitive* ». (M. Marcon et autre, 2002, p.204).

Au cours de l'accouchement, peuvent aussi se répéter nombres d'événements ou se mêlant passé et présent des parents, il arrive qu'un enfant naisse à la date d'anniversaire d'un proche décédé ou bien à la propre date d'anniversaire de la mère elle-même. Pour M. Bydlowski (1998), il arrive que des femmes programment inconsciemment, et parfois de manière répétitive, la naissance de leur enfants à des dates significatives pour elles. (ibid).

3. La césarienne

3.1. Histoire de la césarienne

L'historique de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'Intervention. Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Ce mode de

naissance était synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dérive étymologiquement du latin « CAEDERE » qui veut dire couper. Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention. (D-Y. Diarra, 2006, p5).

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. (ibid, p.6).

3.2. Les indications la césarienne

Il existe diverses classifications cliniques pour les indications de césarienne, dans la plupart des cas la distinction est faite entre indication absolue et relative. (D. Surbek, 2009, p. 03).

Parfois, la césarienne est le résultat d'une cascade d'interventions obstétricales réalisées en fin de grossesse lors de l'admission en salle d'accouchement, ou lors du début du travail, menant à une césarienne d'urgence durant le travail.

3.2.1. La césarienne en urgence

En cas de mise en danger la césarienne peut être invoquée en urgence pour protéger la parturiente et son enfant de graves lésions.

La césarienne en urgence compte environ pour la moitié des césariennes (ce taux étant variable en fonction de la structure où la maman accouche et des facteurs de risque qu'elle présente au moment de l'accouchement). Environ 2/3

des ces césariennes sont effectuées avant même que le travail ne commence et 1/3 sont décidées en cours d'accouchement. Le terme "*césarienne en urgence*" regroupe de nombreuses réalités: de la constatation de l'inefficacité du travail dont on estime qu'il n'a plus de chance de se terminer normalement. (H, Sarah, 2010, p.3).

La césarienne peut être employé en urgence a cause des complication qui peuvent être :

- Un saignement massif.
- Une procidence du cordon.
- Une détresse fœtale sévère.
- L'état fœtal (couleur du liquide amniotique).
- L'existence de contractions utérines et leur rythme.
- L'état du col.
- L'état des membranes.
- L'état du bassin (diagnostique d'une mauvaise accommodation). (J-A. Cacault et autre, 1997, p.46).

3.2.2. La césarienne programmée

Certaines femmes ou certains professionnels de la santé optent pour l'accouchement par césarienne planifiée plutôt que de tenter un accouchement vaginal. (ibid, p.6).

Lorsque la césarienne est programmée, on maîtrise pour une fois la date de naissance. Encore faut-il que la mère ne soit pas surprise, avant la date fixé, par des contractions, dans ce dernier cas pas de panique, la césarienne sera pratiqué avec un peu d'avance. (M. Tournaire, 2005, p.199).

3.3. Les types d'anesthésie

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, etc.), en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

3.3.1. L'anesthésie générale

Lorsque la mère et/ou le fœtus sont en danger immédiat, l'anesthésie générale est choisie. Elle est considérée comme un état comparable du sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs d'anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié. (M. Cousin et autres, 2001, p.81).

L'anesthésie générale est le mode anesthésique privilégié pour pratiquer des interventions chirurgicales de longue durée. Lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une relaxation musculaire profonde ou d'exercer une surveillance de la fonction respiratoire, de même que lorsqu'il faut positionner le client d'une façon inconfortable en raison du point d'incision. (L. Lewis et autres, 2011. p.46).

3.3.2. L'anesthésie locorégionale

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie du corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. (M. Cousin et autres, 2001, p.81).

Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, ou le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci. (M. Cousin et autres, 2001, p.81).

3.4. Les risques associés à la césarienne

La plupart des césariennes ne présentent aucun problème. Mais, comme toute opération majeure, elle comporte certains risques, faibles ou élevés selon le cas, pour la mère ou pour le bébé.

3.4.1. Les risques de la césarienne pour la mère

3.4.1.1. À court terme

- Douleur post-opératoire.
- Infection de la plaie et de l'utérus.
- Saignement accru, nécessité de transfusion sanguine.
- Traumatismes à la vessie et aux intestins, et infections urinaires.
- Problème d'initiation et de maintien de l'allaitement.
- Admission aux soins intensifs durant l'hospitalisation post-partum.
- Retour à l'hôpital après le congé post-partum.
- Thrombo-embolie veineuse profonde et embolie pulmonaire.
- Mortalité maternelle. (H, Langlois, 2014, p.11)

3.4.1.2. À long terme

- Problèmes d'adhérence qui peuvent causer une douleur persistante à l'endroit de la cicatrice et lors des relations sexuelles, en plus de provoquer des problèmes intestinaux graves.
- Problèmes lors d'une grossesse subséquente.
- Grossesse ectopique.

- Placenta prævia.
- Placenta accreta.
- Décollement prématuré du placenta.
- Rupture utérine.

3.4.2. Les risques de la césarienne pour le bébé

3.4.2.1. À court terme

- Blessure faite par un instrument chirurgical.
- Troubles respiratoires transitoires, surtout si la césarienne est faite avant 39 semaines de grossesse.

3.3.2.2. À longue terme

- Asthme.
- Allergies. (H, Langlois, 2014, p.11).

3.5. Le vécu psychologique de la césarienne

L'accouchement par césarienne peut s'accompagner d'angoisses et de sensation de malaise pré ou per-opératoires, ainsi que de douleur post-opératoires pénible. Surtout, la réalisation d'une césarienne en cours de travail peut s'accompagner d'une sensation d'échec et de frustration traumatisante pour la mère, surtout lorsqu'elle est réalisée en urgence. (M. Marcon et autres, 2002, p.209).

Pendant la période du poste-partum, les patientes accouchée par césarienne manifestant plus souvent des signes de fatigue et de dépression qu'en cas d'accouchement par voie basse. Ce phénomène pourrait être responsable de troubles fonctionnels maternels plus fréquents pendant les premières années qui suivent l'accouchement, sans relation prouvée avec des perturbations éventuelles de la relation mère-enfant.

Enfin, la cicatrice de césarienne peut être jugée comme disgracieuse du fait de sa situation ou de sa cicatrisation (abcès, chéloïde, coloration...). (M. Marcon et autre, 2002, p.209).

Conclusion du chapitre

L'accouchement est un acte, une expérience, un événement tant psychique que physique, que la femme doit être préparée à la naissance, à l'annonce de la césarienne, et au déroulement de cette intervention, dans ce chapitre on a essayé de donner les informations concernant; la grossesse et l'accouchement par césarienne. Et dans le second chapitre, on va citer comment la femme arrive à faire face à cet événement, en parlant sur la notion de coping et ses points essentiels.

Chapitre II
Stratégies de coping

Préambule

Au cours de la césarienne, les femmes concernées sont confrontées à une série d'événements qu'elles perçoivent comme menaçants. La césarienne implique des perturbations émotives sur la santé physique et psychique, en effet faire face à une césarienne c'est comme si donner un espoir de continuer à faire preuve de volonté et de courage.

Lazarus et Folkman se sont intéressés à la manière dont l'individu gère ces perturbations ce qui est appelé « coping ».

Dans ce chapitre, nous commencerons d'abord par un aperçu historique de coping. Ensuite, nous allons donner quelques définitions pour qu'on puisse éclaircir le terme de stratégie de coping, après on va donner les phases d'évaluation de coping, puis les différentes stratégies de coping, et leur stabilité de stratégies coping, et aussi les modèles de coping, puis l'efficacité de coping, les mesures de coping, et les sources de coping, puis on va aborder le coping face à la grossesse et à l'accouchement, et nous terminerons par une conclusion de ce chapitre.

1. L'histoire de la notion de coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19^e siècle par la psychanalyse, et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier). (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.69).

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « *adaptée* » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a

commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping ». (H. Chabrol et autres, 2004, p.105).

Le concept de défense date de la fin du 19^e siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. Breuer et Freud, observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience.

Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de Freud de 1926 («*Inhibition, symptôme et angoisse*»), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.69).

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clé de « Psychological Abstracts » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (*sublimation, humour*). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. Greer et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence. (Ibid, p.69).

2. Le concept de coping et les autres concepts apparentés

On a choisi de donner plusieurs définitions au début de ce chapitre ; pour qu'on puisse traiter la notion de stratégies de coping pour bien définir et mieux cerner nos concepts de base, on a même abordé la notion de stress dans un chapitre qui parle du coping, car pour parler de ce dernier, on doit parler du stress, qui est une notion très importante à aborder. Et pour qu'on puisse après, élargir et donner les différents points dans ce chapitre.

2.1. Mécanisme de défense

Les mécanismes de défense constituent un élément central de la théorie psychanalytique. Il s'agit de processus inconscients élaborés par le Moi pour se défendre de pulsions incontrôlables générées par le Ça, et donc destinés à se protéger de l'angoisse. Il en existe de multiples, le premier décrit par Freud étant le refoulement, qui désigne le rejet dans l'inconscient de représentations inacceptables aux yeux de la personne. C'est en quelque sorte un faux oubli, susceptible de réapparaître sous forme de rêves (« *la voie royale qui mène à l'inconscient* » selon Freud), d'actes manqués tels que les lapsus ou de psychopathologie (retour de refoulé). Autre exemple : la rationalisation est l'explication apparemment logique et raisonnable d'un acte ou d'une pensée, mais dont les vrais motifs sont enfouis dans l'inconscient.

Freud, puis sa fille Anna, ont surtout insisté sur la facette pathologique des mécanismes de défense. Cependant, le regard des psychanalystes a fortement évolué depuis. (J, Lecompe, 2013 .p.8).

Selon le vocabulaire de psychanalyse, le mécanisme de défense est : « *Différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalent sont différents selon le type d'affection envisagée, selon*

l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc. ..., on s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé ». (J.Laplanche. J.-B. Pontalis, 1981, p.312).

Selon le DSM IV les mécanismes de défenses se comme « *processus psychologique automatique qui protège de l'anxiété et de facteur de stress ou des dangers internes ou externes. Les mécanismes de défense médient la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes. Certains de ses mécanismes (la projection, le clivage, et le passage à l'acte) sont presque toujours inadaptés. D'autres tel que l'annulation et le déni sont adaptés ou non selon leurs intensités, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent ». (DSM IV, 2000, p. 930).*

2. 2. Coping

C'est un mot anglais qui se traduit par « *faire face* », est un concept relativement nouveau en psychologie, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, *Psychological Stress and Coping Processes* (1966), le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxon. (M. Bruchon-Schweizer, 2002, p.356).

Il existe plus de 30 définitions du terme « *coping* », dans la conception transactionniste de Lazarus et Folkman, proposant la suivante : le coping est « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». (Ibid, p.365).

2.3. Stratégie de coping

Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations. Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (Lazarus et Folkman. 1984, p.141).

2.4. Stress

Selon le dictionnaire de psychologie le stress est défini comme suit « *mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H. Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatique. Tout facteur susceptible physique (traumatisme, froid...), chimique (poison), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot de stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps.* (N. Sillamy, 1999, pp.253-254).

Conformément au model transactionnel, le stress est défini comme une « *Transaction particulière entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est jugée par l'individu comme dépassant ses capacités et mettant en*

danger son bien-être ». A partir de cette définition, on peut dire que le stress est un processus qui intègre à la fois les agents stressants et les réponses de sujet dans le cadre d'une relation dynamique, notamment réciproque et les bidirectionnelles entre l'individu et son environnement, et la situation de stress apparaît lorsque cette relation est interprétée par l'individu comme engendrant un déséquilibre entre les demande de l'environnement et ses ressources. (A.dinca, 2008, p.31).

3. Les phases d'évaluation de coping

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles. (Ibid, p.71).

Maintenant, on va citer les différentes phases qui permettent de faire une évaluation du coping, on a deux types :

3.1. L'évaluation primaire

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières. Un même événement peut par exemple être évalué par certains

comme une perte (*affective, matérielle, corporelle,...*) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle), et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

3.2. L'évaluation secondaire

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation,...). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter. (Ibid p.71).

4 .Les stratégies générales du coping

D'après les recherche menées sur une palette entendu de stress depuis une vingtaine d'année, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différent d'une situation aversive a l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles ci en facteur plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparait et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

4.1. Le coping centré sur le problème

Il correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation, il comprend divers stratégies : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif....etc. ou

le nomme parfois coping « *vigilant* » ou « *actif* ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.26).

4.2. Le coping centré sur l'émotion

Comprend les diverse tentatives du sujet pour gérer les tentions émotionnelles induites par la situation : évitement (dormir plus que habitude, ne pas penser ou problème...) distraction (regarder la télévision, écouter la musique...) pensée «magique» ou dénégation (faire comme si la situation n'existe pas ...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimiste (maximation de la menace, perte de contrôle , anticipation d'une issue défavorable...), expression ou, contraire ,répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse...) autoaccusation (se sentir responsable) stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...), donc on parle parfois ici de coping «évitement » ou encore «passif».

4.3. La recherche du soutien social

Apparaît parfois comme troisième stratégie globale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social présenté ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte).il s'agit ici de tentative affective de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource. (Ibid, p.26).

5. la stabilité des stratégies de coping

Des recherches récentes suggèrent à la fois une certaine stabilité et une variété considérable des styles de coping. Les individus devraient avoir acquis certaines préférences pendant les interactions stressantes antécédentes, et être prêts à généraliser leurs expériences à travers le temps. Les ressources

personnelles sont aussi considérées comme stables et générales à travers les situations. Les caractéristiques de personnalité et de coping précédent et déterminent la perception de la situation stressante qui affecte le bien-être mentale de l'individu. Les capacités de coping sont présentes en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress. Wearing et Hart (1996) trouvent que si un individu choisit un coping centré sur l'émotion dans un domaine, il aurait tendance à l'utiliser aussi dans un autre domaine. Dolan White (1988) montrent que les individus utilisent des stratégies de coping relativement répétitives face aux différents stressseurs du quotidien. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.79).

6. Les différents modèles de coping

6.1. Le modèle animal de l'adaptation

Il est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement. (A. Pupat, 2004, p.28).

6.2. Le modèle de la psychanalyse

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'angoisse face à des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stresser et réponse, pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping. (Ibid, p.28).

6.3. Le model transactionnel

Dans leur approche transactionnelle du coping, le définissent comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources.

Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique et répétée conscient et spécifique et non inconscient, générale et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou couteuse. Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. (A. Papat, 2004, p.28).

Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquent des boucles de rétroactions entre les différents étapes.

7. L'efficacité des stratégies de coping

Selon Laborit (1980), si le contrôle de l'événement est efficace, peu de perturbations biologiques, physiologiques ou comportementales en résultent... En effet, l'ensemble des travaux consultés que les critères de l'efficacité du coping sont multidimensionnels : une stratégie de coping est bonne si elle permet au sujet de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. La question est donc de savoir, laquelle des stratégies (centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème, par exemple) est la plus efficace dans son rôle modérateur de la relation stress-détresse. L'étude de l'efficacité du coping sur la détresse émotionnelle a fait l'objet de nombreuses recherches. Les principaux critères évalués sont l'anxiété et la dépression. Ainsi, les travaux de Schmidt (1988) sur des patients hospitalisés pour une intervention chirurgicale montrent que les sujets qui utilisent une stratégie de coping active

(recherche d'informations sur le déroulement de l'opération, de ses conséquences, participation lors des traitements) sont significativement moins anxieux et présentent moins de complications postopératoires que les sujets qui utilisent une stratégie de coping passive. (I. Paulhan 1992, p.554).

8. les sources de coping

8.1. Le sexe

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping, les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.102).

Les femmes utilisent plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (déli sélective), et utilise moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qui est efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support sociale ou des stratégies d'évitement. (ibid, p.102).

8.1. La religion

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à niveaux moins élevés de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien être chez des patients cancéreux. Des exemples de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés,

rechercher forces et réconforts en dieu face à un événement particulier. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.103).

8.3. Le sport

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante, une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliorer l'humeur. L'impact des stressseurs intervenant après une activité physique était diminuée par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez sujets qui font de l'exercice physique, mais ces exercices n'ont pas d'impacts sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme. (Ibid, p.103).

9. Les mesures de coping (quelques instruments)

Nous avons choisi de décrire quelques uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes.

9.1. La CISS d'Endler et Parker (1990)

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'outil le plus satisfaisant. L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions, un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988 et l'analyse factorielle des réponses donna 3 dimensions (problème, émotions, évitement). Cette structure fut retrouvée sur 4 nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques. (M, Bruchon-Schweitzer, 2001, p.75).

9.2. La WCC-R de Vitaliano et al. (1985)

La WCC-R (WCC, de Folkman et Lazarus, 1988, et de Lazarus et Folkman, 1984b, révisée par Vitaliano et al, 1985) a été traduite et adaptée en français par l'équipe (Cousson et al, 1996). Une analyse factorielle menée sur les réponses de 468 adultes français (247 femmes, 221 hommes) aux 42 items de cette échelle a permis d'isoler 3 facteurs extrêmement clairs (expliquant environ 35% de la variance totale) : coping centré sur le problème (efforts, plans d'action, se battre,...), coping centré sur l'émotion (éviter, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), et recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel,...). Les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0,71 à 0,82) et les coefficients de fidélité test-retest à une semaine d'intervalle sont très convenables (respectivement + 0,90, + 0,84 et + 0,75). La solution factorielle est identique chez les hommes et les femmes de l'échantillon. On trouvera l'échelle finale à 27 items à la Table II. Ce sont les sujets anxieux qui ont le plus tendance à utiliser un coping émotionnel. (M, Bruchon-Schweitzer, 2001, p.75).

C'est cette dernière mesure, qu'on a retenu dans notre travail, car elle répond à notre problématique, et notre thème de recherche, il nous permet de décrire et d'identifier le type de coping et le type de stratégie de coping employé par les femmes qui ont subi un accouchement par césarienne.

10. Le coping face à la grossesse et à l'accouchement

La période de la grossesse est décrite comme une période de crise identitaire et de maturation psychologique (...) comparable à celle de l'adolescence. Très étudiée par de nombreux auteurs, tous décrivent la présence de remaniements importants.

Bydlowski parle du concept de transparence psychique en disant que la femme enceinte est en contact avec l'enfant qu'elle a été. La grossesse est une

période à fort potentiel de changement durant laquelle il existe des remémorations infantiles où fantasmes, affects anciens et réminiscences affleurent à la conscience de la femme enceinte. Ce retour intérieur prend naissance dans son enfance et dans les relations qu'elle a eu avec ses propres parents. La femme retrouve des expériences passées, dont le souvenir s'est estompé. Ainsi, la grossesse place la femme dans un état de fragilité temporaire et permet un processus adaptatif, une grande mobilité psychique. Une véritable crise psychologique se met en place (M. Gendre, 2013, p. 49).

Racamier parle de la maternité, il d'écrit la maternité « *comme une crise d'identité comparable à celle de l'adolescence* ». et on a aussi Winnicott qui a parle du l'état psychologique particulier de la femme enceinte, qu'il nomme "*préoccupation maternelle primaire*". Cet état d'hypersensibilité de la mère se développerait progressivement tout au long de la grossesse pour atteindre son degré le plus important en sa fin et se prolongerait encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Il lui permettrait de développer une sensibilité particulière aux besoins de son enfant.

Stern mentionne la "*constellation maternelle*", qui témoigne des représentations complexes amorcées durant la grossesse, chez la future mère. Elle est présente après la naissance mais se manifeste pendant la grossesse et quelquefois même avant. Elle est le reflet de la création de la nouvelle organisation psychique de la future mère. Pour Stern, les remaniements s'opèrent selon trois préoccupations principales et évoquent des thèmes particuliers. (ibid, p.53).

Chaque femme enceinte, a une façon particulière de vivre sa grossesse et de préparer son accouchement, et une bonne préparation et donc une bonne connaissance des différentes phases d'accouchement permet un bien meilleur déroulement. Depuis que les femmes sont mieux informées sur tout ce qui se

produit en elles, on constate une amélioration franche du déroulement de l'accouchement.

La méthode de préparation a pour but la destruction des préjugés sur la douleur, la femme enceinte ainsi préparée, est plus confiante et elle aura alors un comportement plus discipliné. (S. Mimouni, 1995, p.131).

De nombreux médecins se sont intéressés au phénomène de l'accouchement, certains d'entre eux ont contribué de manière significative à faire progresser les méthodes utilisés de nos jours.

Un médecin anglais, le docteur Read est le poigner de ces expériences, sa méthode consiste à expliquer à la femme enceinte le processus naturel de la naissance afin de diminuer sa peur de l'inconnu. Selon lui, c'est le cycle crainte-tension-douleur qui es à l'origine de la souffrance lors de l'accouchement. Il constate que la peur induit une tension musculaire qui augmente la douleur, on a aussi la relaxation et le contrôle de la respiration afin de diminuer la peur, c'est la préparation psychoprophylactique à l'accouchement. (Ibid, p.132).

Plus tard une autre méthode, basée sur les réflexes de conditionnement de Pavlov est introduite en France par le docteur Lamaze. Selon cette méthode, il faut détourner l'attention de la femme enceinte pendant le travail par une distraction, afin de diminuer sa perception de la douleur. Elle comporte également des exercices de respiration et de massage léger de l'abdomen, les femmes enceinte ainsi préparées sont sensées aboutir à une maîtrise de leur corps et répondre positivement aux douleurs des contractions utérines. Ces deux méthodes sont les plus importantes, de nombreuses autres ont été proposées, mais moins utilisées. (S. Mimouni, 1995, p.132).

Conclusion du chapitre

d'après tous ce qui a été abordé, on distingue que le « coping » fut l'intérêt de plusieurs chercheurs et auteurs qui ont tous accordé à le considérer comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et aux exigences interne et externe. les sources de stratégies de coping sont différentes, il ya les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressante en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologique qui englobe les croyance et les processus sociale tel que le soutien social. On va maintenant passer a un autre chapitre, qui va aborder la chapitre méthodologique de notre travail.

Chapitre III
Méthodologie de la
recherche

Préambule

La recherche se réalise en se basant sur une méthodologie bien déterminée, elle nous permet d'organiser notre travail, et le rend objectif.

Dans ce chapitre, nous allons présenter, la définition et l'opérationnalisation des concepts clés, les motifs de choix de thème, et l'objectif de notre recherche, la méthode qu'on a suivit dans notre recherche, ainsi que la pré-enquête, ensuite présentation du lieu de recherche, le groupe de recherche, les outils de recherche qu'on a utilisés et leurs analyses, le déroulement de la pratique et les difficultés de la recherche. Et puis nous terminerons avec une conclusion de ce chapitre.

1. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés**1.1. La définition du concept de 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. (E. Ybert, 2010, p.428)

1.1.1. L'opérationnalisation du concept de grossesse

- signe sympathique
- L'arrêt des règles
- Nausée et vomissement

1.2. Définition du concept de coping

Le dictionnaire de psychologie le définit comme étant un « processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations fait face à la vie et notamment a une situation stressante et réussit à la maîtriser. (N. sillamy, 1991, p.218).

1.3.1. Opérationnalisation du concept de coping

- Désigne la façon de s'ajuster aux situations.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stressant.
- Acceptation.
- Evitement.
- réduction de l'effet du stress.

1.3. Définition du concept d'accouchement

Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologique conduisant à la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles. L'accouchement se déroule en trois temps : dilatation du col, expulsion du fœtus et délivrance. (J. Quevauvilliers et autres ; 2008, p. 4).

1.3.1. Opérationnalisation du concept d'accouchement

- Délivrance
- Dilatation
- Expulsion
- Liquide amniotique
- Perfusion
- Toucher vaginal
- Poussé

1.4. Définition du concept de la césarienne

Opération consistant à inciser l'utérus gravide, par voie abdominale, pour extraire artificiellement le fœtus et le placenta. (J. Quevauvilliers et autres ; 2008, p. 95).

1.4.1. Opérationnalisation du concept de la césarienne

- Anesthésie.
- Incision.
- Dilacération.
- Extraction du bébé.
- Délivrance dirigée (retiré placenta).
- Extériorisation du l'utérus et suture.
- Suture de l'aponévrose.
- Toilette sous cutanée avec sérum fermeture de la peau.

2. Les motifs du choix de thème

Nous avons choisi le sujet de stratégie de coping chez les femmes qui ont subi un accouchement césarienne en raison de:

- Manque d'étude sur cette population ciblée.
- Aucune étude n'était réalisée au sein de notre université sur ce thème.
- c'est un sujet important et intéressant d'actualité.

3. Les objectifs de notre recherche

- Acquérir de nouvelles connaissances sur le sujet.
- Enrichir notre bibliothèque avec un travail sur l'accouchement par césarienne et les stratégies de coping utilisées pour y faire face.
- Repérer les différentes stratégies de coping utilisées par les femmes qui ont subi un accouchement par césarienne et décrire le type de coping utilisé.
- Tenter de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses
- Avoir l'expérience sur un travail méthodique et scientifique.
- décrire le ressenti de ces femmes face à l'accouchement par césarienne.

4. La méthode utilisée

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche.

4.1. La méthode clinique

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. (L-J. Pédinielli, 2006, p.43).

La méthode clinique « *est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent 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, 1999, p.58).

Les recherches en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives, elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Dans notre recherche, on a donc décidé d'adopter la méthode clinique, parce qu'elle nous permet d'approfondir dans le vécu psychologique des femmes césarisées. A savoir précisément de décrire le type de coping et le type de stratégies utilisées pour faire face à l'accouchement par césarienne.

4.2. L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe

d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanisme de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p.126).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, test projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. (Ibid, p.126).

L'étude de cas comme méthode de recherche, nous permet de rester au plus près de la réalité clinique, et de décrire le groupe de recherche avec ses détails, sujet par sujet, décrire le ressenti, les émotions et les stratégies défensives de ces femmes. et d'approfondir pour mieux les analyser afin de dégager des éléments qui permettent d'examiner nos hypothèses.

5. La pré-enquête

La pré-enquête est l'étape de l'enquête, le chercheur s'appuie sur des hypothèses qui lui permettent de préciser son questionnement, elle est considérée comme une étape préopératoire de l'enquête, elle a pour objectif la

connaissance du terrain d'étude, et c'est à travers elle que se fait la collecte d'information et de données sur le sujet et sur une population déterminé.

La pré-enquête que nous avons menée a pour objectif la connaissance de terrain d'étude et à connaître le groupe de recherche et son accessibilité.

Donc, la réalisation de notre pré-enquête s'est faite au niveau de service de gynécologie, dans une clinique de maternité de Targa-Ouzemour à Béjaïa au mois de mars 2016. On a pu rencontrer la psychologue du service, ou on lui a indiqué notre thème de recherche qui est « *les stratégies de coping chez les femmes césariées* », dans le but d'avoir une idée sur la disponibilité des cas, et pour ne pas avoir des difficultés pour les rencontrer. Et puisqu'elle nous a confirmé sur leurs disponibilités à tout moment, on s'est présenté à L'Hôpital de Aamriw pour avoir l'accès. Après cela on c'est présenté à la maternité comme étant des stagiaires, pour commencer notre recherche.

6. Présentation du lieu de recherche

Notre recherche a été réalisée au sein de la clinique « *mère-enfant* » de Targa-Ouzamour, et on a pu avoir toutes ses informations à l'aide de la psychologue du service gynécologie, qui nous a donné tous les renseignements.

Cette maternité qui a ouvert ses portes en 1990, comprend les services suivants :

6.1. Sous sol

- administration.
- pavillon des urgences (la consultation).
- services néonatalogie.

6.2. Premier étage

6.2.1. Service gynécologie

- médecin chef de service : Dr.B.Bellouze (gynécologue).

Personnel médical : - Médecins généralistes 07

- Médecins spécialiste 04
- Hospitalo-universitaire 04
- Personnels paramédical 47
- nombre d'unité 02

Activité principale - urgence gynécologiques et obstétrical.

- grossesse à haute risque.
- accouchement 1000 act /an.
- chirurgie gynécologie.
- pathologie bénigne des ovaires de l'utérus, chirurgie de prolapsus
- chirurgie cancérologique et gynécologique.
- chirurgie carcinome du col alvin.
- chirurgie cancer du sein.

6.2.2. Bloc opératoire.

6.2.3. Maternité.

7. Présentation du groupe de recherche

7.1. Les critères d'inclusion

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas sont les suivants:

- **Mères primipares** : les sujet de recherche vivent une première grossesse et accouchement pour la première fois, pour éviter tous les facteurs qui peuvent interférer dans les résultats de la recherche comme le fait d'avoir déjà acquis de l'expérience à travers un accouchement antérieure et appris à gérer ses émotions et son stress, et à s'adapter a cette situation.

- Tous les cas de notre étude sont des mères qui ont vécu **un accouchement par césarienne pour la première fois**. Pour les différencier avec les autres qui ont déjà vécu cela, et qui ont déjà une expérience première.
- **Une césarienne en urgence**, pour avoir le ressenti des femmes à cet instant là, car si c'est une césarienne programmée, les femmes vont être déjà préparées à faire face à leur césarienne, et ce n'est pas notre but de recherche.
- Devant la nécessité d'utiliser l'échelle de coping, **les cas choisis ont un niveau d'étude moyen**, pour ne pas avoir des difficultés à communiquer, et à comprendre les items et répondre à cela.
- **Voir les femmes le même jour de sa césarienne (après le réveil)**, et leur faire l'entretien, puis le lendemain faire passer l'échelle de coping, pour ne pas avoir des facteurs qui vont interférer sur les résultats de la recherche, et pouvoir apprécier le type de coping et le type de stratégies de coping employées.

7.2. Les critères d'exclusion

Dans notre recherche nous avons exclu les critères suivants :

- **L'âge des femmes**. On a pris en considération tous les types d'âge
- **Celle qui sont accouchées par voie basse**. On prend seulement par césarienne.
- **Les femmes qui ont eu déjà un ou des enfants nés par césarienne**.
- **Celle qui ont eu des complications graves au cours de leur grossesse**.
- **Les femmes qui ont eu une césarienne programmée**.

7.3. Les caractéristiques du groupe de recherche

Cas	Age	Niveau d’instruction	Situation professionnelle
A	29	3 eme année secondaire (terminal)	Femme au foyer
B	26	universitaire	Sans emplois
C	26	universitaire	Etudiante
D	28	3eme année secondaire	Femme au foyer
E	35	universitaire	Elle travail secrétaire au centre des handicapés
F	26	Universitaire	Sans emplois
G	24	2ere année secondaire	Femme au foyer
H	26	universitaire	Enseignante de tamazight
I	34	Universitaire	Travaille dans une banque
J	26	Universitaire	Enseignant d’arabe

Tableau N° 01 récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

Notre groupe de recherche est constitué d’un nombre de 10 cas, consiste des femmes qui ont subi un accouchement par césarienne pour la premier fois, et leurs âges ce déroule entre 26-35 ans, septe cas ont un niveau universitaire, et

trois cas ont un niveau secondaire, avec les quels on à travaillé dans l'anonymat a fin de garder leur confidentialité. Et le tableau suivant résume les données générales inhérentes à ce groupe.

8. Présentation et analyse des outils de recherche

Dans notre recherche on a utilisé comme techniques ; l'entretien clinique de recherche, et l'échelle toulousaine de coping.

8.1. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le Petit Robert, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discussions ou dialogue. (H. Bénony, K, Chahraoui, 1999, p.11).

L'entretien consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettant les sujets dans une situation particulière. L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outil de diagnostique, outil de thérapie et de soutien. C'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à ses émotions et à son vécu. Il prend en compte tous les aspects originaux, en amnésiques et actuels de problème posé par le sujet. Il existe différents types d'entretien mais dans notre recherche de la recherche, et vu les qualités des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté aux sujet interrogés, ce dernier implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. (KH. Chahraoui, H, Bénony, 2003, P.143).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se

propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisées ni ordonnées, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (H. Bénony, KH, Chahraoui, 1999, p.16).

Ce type d'outil permet au delà d'obtenir des informations, l'opinion, les sentiments et émotions et pensées des femmes interrogées. Il est plus approprié pour notre travail afin de permettre au sujet de produire un discours plus riche sans pour autant sortir du cadre précis de la recherche, au même temps il est structuré selon notre objectif qui est bien déterminé afin de limiter ses réponses, et parvenir à la fin à apprécier les réactions défensives des sujets face à la césarienne.

8.1.3. Le guide d'entretien clinique

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, qui identifie un certain nombre d'axes. Pour cela nous avons construit un guide d'entretien qui comporte des informations générales sur nos sujets, il se compose aussi de trois axes dont chacun comporte plusieurs questions.

Au premier lieu : ce point consiste les renseignements personnels, (âge, niveau d'instruction, situation professionnelle). Pour avoir une idée générale sur notre cas.

Le premier axe : englobe des questions sur le vécu de la grossesse et tout ce qui concerne cette dernière, dans ses aspects physique et psychique. Dans le but de connaître le déroulement de la grossesse, et comment les femmes ont vécu cette première expérience.

Le deuxième axe : cet axe se compose d'un ensemble de questions qui concerne le vécu de la césarienne en urgence, et comment les femmes ont réagi à cette méthode d'accouchement à savoir leurs cognition, émotions...etc.

Le troisième axe : cet axe contient aussi plusieurs questions sur la césarienne, son déroulement, et les stratégies défensives déployées vis à vis d'elle.

Dans notre recherche, on s'est basé sur l'analyse qualitative. Tout d'abord on va analyser le contenu de chaque axe en suivant la méthode d'analyse qualitative. On va analyser aussi à l'intérieur de chaque axe, le contenu des informations récoltées en se basant sur la théorie adoptée dans notre recherche qui est l'approche transactionnel de Lazarus et Folkman.

Et on peut dire que la méthode qualitative, est une méthode qui renvoie à faire une recherche, intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel, elle traite des données difficilement quantifiables, elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques, mais ne leur accorde tout simplement la première place. On va donc donner sens et fournir une lecture clinique aux données récoltées.

8.2. Présentation et analyse de l'échelle toulousaine de coping

Le test utilisé est l'échelle toulousaine de coping. Et il est considéré comme le plus adéquat pour notre thème de recherche.

8.2.1. Définition de l'échelle toulousaine de coping

L'échelle toulousaine de coping et un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la manière que les individus font face et réagissent à une situation stressante, il est composé de 54 items. (S. Espardes et autre, 1989, p.93).

8.2.2. Histoire du test

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

Pour Lazarus et Folkman (1994), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il mobilise pour y répondre, deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques.

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

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par la tension auxquelles elles sont confrontées. A la déférence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. la première, fait référence aux tentatives pour changer la situation, la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation de stress, et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de la détresse. (Ibid, p.93).

Par contre, Craver, Scheier et Weintraud (1989) mettent en place une échelle composées de 14 stratégies. Dans un souci compréhension, nous les

avons regroupés selon cinq champs : le champ comportemental, le champ cognitif, le champ émotionnel, les mécanismes de défense, et le rapport sociaux.

Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toute sorte de stratégies, dont certaines n'étaient pas pris en compte jusque la. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposons une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux, et affectif. (S. Espardes et autre, 1989, p.94).

8.2.3. Le contenu

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), et l'émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation , support social , retrait, conversion, contrôle et refus), chaque champ est constitué de six démentions, est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle des cinq points.(Ibid, p.94).

8.2.4. Présentation des stratégies de coping

Champs Stratégie	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnelle
Support social	B Coopération	H Support social informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comportemental	I Retrait mental	O Addictivité

	et social		
Conversion	D Conversion comportemental	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel
Refus	F Distraction	L Dénégation	R Alexithymie

Tableau N° 2 : Présentation des stratégies selon les champs (S. Espardes et autre, 1989, p.95).

-**La focalisation active et cognitive** : implique de se centrer sur le problème et sur les modes de résolution. la focalisation active (émotionnelle) implique en fait l'envahissement d'émotions spécifique (agressivité et culpabilité).

- **Le support social** : implique la demande d'aide en terme cognitifs (conseils, information), ou affectif (besoin d'écoute et reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyens de luter contre le stress.

-**Le retrait** : le sujet se repliât sur lui même, essaye de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire, ou en adoptant des conduite de compensations (nourriture, drogue, médicament)

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

-**Le contrôle** : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités et la contention des émotions.

-**le refus** : le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelques choses de plus agréable, il a des difficultés à décrire ses émotions. (Ibid, p.95).

8.2.5. Administration et notation

- Administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques instructives nécessaire pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. la première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence à la consigne de test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas de tout d'accord) à 5 (tout a fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincères que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. (S. Espardes et coll, 1989, p.96).

- La notation

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

-Avec la feuille de dépouillement 1 on obtient :

-Une note de dimension : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension, il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex: pour la dimension A, additionner les scores obtenus au phrases 1, 19, et 37). Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines de l'échelle.

-Une note par champ : c'est la somme de 6 constituant les dimensions constituant le champ (cases blanches non grise). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée. Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée de sujet dans les champs.

-Une note générale de coping : c'est la somme des trois notes des trois champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

Une note de coping positif et une de coping négatif: il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées positifs, négatifs, et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives de coping qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne. (S. Espardes et coll, 1989, p.97).

Avec la feuille de dépouillement 2 on obtient:

-Une note totale par stratégie : il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions, de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (Ibid, p.97).

8.2.6. La Consigne

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez à fait concernés et qui est angoissante, stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourer le chiffre qui vous correspond le mieux.

Pour trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1 (pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Cette échelle tirée de Sylvie Esparbese, Florence, Pierre.T, Journée de labo Saint Crico laboratoire de personnalisation et de changements sociaux (stratégies de coping). (S. Espardes et coll, 1989, p.232)

9. Le déroulement de la pratique

L'enquête se veut un outil d'étude permettant d'obtenir des informations correspondant aux objectifs afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

L'enquête qu'on a mené au sein du service gynécologie de la maternité Targua-Ouzamour, auprès des femmes qui ont accouché par césarienne, a duré deux mois environ, entre le 27 mars jusqu'au 26 mai 2016. Elle nous a permis de récolter des informations concernant la façon ou les femmes césarisées en urgence arrivent à faire face à cette situation.

Dans ce qui suit, nous allons présenter, les étapes qui nous ont permis de collecter les informations, ainsi que les conditions de leur déroulement, en tenant compte de l'objectif visé.

La réalisation des entretiens s'est faite au lit du malade, car y avait pas de bureaux pour le faire, et cela a été le lendemain de leur césarienne. Et puisque elles restent que trois jour à la clinique, on a décidé de faire l'entretien puis l'échelle de coping le lendemain, et ça c'est pour tous les cas de notre recherche.

On n'a pas trouvé des difficultés à faire l'entretien, tous les cas ont été à notre disponibilité, malgré la douleur de la césarienne. Même du côté du langage, on a fait l'entretien avec la langue française, car elles ont un niveau universitaire, pour les cas, B, C, E, F, H, I, et un niveau secondaire pour les cas, A, D, G. Et l'entretien a duré environ 15 minutes pour chaque cas.

Pour la collecte des informations, nous avons procédé en deux étapes :

La première étape est la réalisation des entretiens avec chaque femme césarisée, au bord de son lit, autour des autres femmes qui ont été présente dans la même chambre, et le lendemain, on est passé à la deuxième étape, qui est la passation de l'échelle qu'on a été obligé de la faire passer nous même ; c'est-à-dire de leur faire lire les questions et on coche les réponses, car nos sujets ne peuvent pas le faire, elles avaient encore mal. Et d'après cette échelle on a reçu plusieurs remarques de la part de notre groupe de recherche à cause de son nombre d'items.

Les données recueillies sont, analysées, interprétées et discutées par la suite.

10. Les difficultés de la recherche

Dans chaque recherche, il existe plusieurs obstacles et différentes difficultés qui entravent le chemin du chercheur. Dans ce qui suit nous allons illustrer celles que nous avons rencontrées :

- manque des études antérieures sur notre thème de recherche.
- Manque de documentation (ouvrages, mémoire de fin de cycle, thèses de doctorat sur notre thème de recherche).
- La rareté des études psychologique qui existent dans le domaine de l'accouchement par césarienne.
- La plupart de nos sujets se sont plaints de la longueur de l'échelle de coping.

Conclusion du chapitre

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie, elle nous a servis à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement de notre travail. On s'est base sur les outils d'investigations qui sont, l'entretien clinique ainsi que le test de coping. Ce qui nous permis d'avoir les informations nécessaires sur notre groupe de recherche et ses réactions défensives face à la césarienne.

Partie pratique

Chapitre VI
Présentation, analyse
des résultats et
discussion de la
recherche

Préambule

Dans notre dernier chapitre, le travail portera sur "*présentation, analyse et discussion des hypothèses*". Notre travail sera répartie en trois plans différents et complémentaires, qui sont: sur le premier plan, on aura à présenter nos dix cas cliniques, à partir desquels on a recueilli des données des entretiens cliniques de recherches effectués. Sur le second plan, on tentera d'analyser ces entretiens en utilisant l'interprétation qualitative du contenu, en se basant sur leurs propos, puis, analyser les résultats de l'échelle de coping en nous référant aux différents travaux théoriques du coping. De ce qui est du troisième plan, On aura à analyser nos hypothèses qu'on a formulé à partir des témoignages de nos sujets de recherche.

Cas 1**1. Présentation et analyse des données du premier cas****1.1. Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif****- Les enseignements personnels**

Madame A est âgée de 29 ans, elle a atteint le niveau de 3eme année secondaire, une fois qu'elle rate son baccalauréat, elle n'a pas tenté de revivre cette expérience, donc elle décide d'être femme au foyer.

Après lui avoir expliqué notre objectif, elle s'est directement ouverte sans hésitation à toute nos questions aux quelles elle à répondu en détails.

Durant notre entretien, notre sujet était a l'aise, décontractée, souriante et motivée, le climat instauré lors de cette conversation était très chaleureux, et plein de confiance.

Madame A a accepté de répondre spontanément, explicitement à toutes nos questions et cela sans aucun réticence.

Axe I : les informations concernant le vécu de la grossesse

Après l'interrogation de notre sujet sur la nature de sa grossesse, on n'a repéré que cette dernière était désirée et pas inopinée, « *oui je voulais être enceinte* ». À partir de ce constat les portes s'ouvrent sur d'autre volet qu'on a énuméré dans les passages qui suivent.

Madame A a vécu une grossesse normale, cela sans avoir rencontré un problème de santé ni du coté physique, ni du coté psychique. Cela se manifeste à travers le témoignage suivant : « *ma grossesse a été normale, je n'avais aucun problème, c'est comme si je n'étais pas enceinte, (... normal* ». Ce qui indique l'absence de complication durant sa grossesse, et elle n'a pas eu des changements particuliers.

En passant à un autre point nodal de notre entretien qui est la nature de l'accouchement, madame A préfère subir un accouchement par voix basse qui correspond à la définition suivante : (la femme est installée, en position gynécologique sur une table dite (*d'accouchement*). Elle est assistée pendant le travail par une sage-femme et le médecin obstétricien, qui n'interviendra qu'en cas de problème. Comme dans toute les façons d'accoucher, ou le bébé sera expulsé par la voix vaginal), (E. Fenwick, 1993, p.61). On lui demandant pourquoi ce choix ? Elle reponse d'une part que cette opération est naturel et d'une autre part, cette jeune dame a toujours estimé que son premier bébé naitra ou monde par voix basse.

Madame A n'a jamais pensé durant sa grossesse d'accoucher par césarienne, ce qu'on peut définir comme suit : (c'est l'extraction du nouveau-né par voie abdominale, après ouverture chirurgicale de la cavité utérine. L'emploi des antibiotiques a élargi les indications de cette intervention, qui est devenu parfaitement réglée et tout à fait anodine pour la mère). (J. Bourneuf, 1995, p.197). D'après son témoignage suivant « *je n'ai jamais pensé a ça... non, même j'ai cru que je vais accoucher normal*).

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Quelle que temps plus tard, la jeune femme apprend que sa grossesse se terminera par une césarienne qui es définit dans notre premier chapitre grossesse et accouchement par césarienne (pp.23-24). La sage-femme lui a expliqué, que ce choix est obligatoire vue la fermeture de son col qui se définit comme suit : (le col de l'utérus est la partie basse de l'utérus, l'organe reproducteur féminin, plus précisément, le col de l'utérus est la partie faisant jonction entre le vagin et la partie supérieur de l'utérus. Le col de l'utérus comporte deux grandes parties : l'exocol, prés du vagin, et l'endocol, prés de l'utérus.). (<http://www.sante-medecine.journaldesfemmes.com> consulté le 2/05/2016 à 22 :30).

Du coté de notre sujet cette nouvelle n'a jamais changé d'attitude par contre, elle accepte le plus normalement possible ce constat s'inscrit dans le témoignage, ci dessus: « ...J'ai accepté la césarienne, normal, au contraire, cela ma fait du bien, parce que j'ai essayé d'accoucher normal, mais c'est vraiment de la souffrance, alors je souhaite subir un accouchement réussi qu'il soit par voix basse ou par césarienne ».

Madame A nous a décrite sa réaction à l'annonce de cette nouvelle, elle été heureuse de la faire, « normal, j'éte heureuse, au contraire, car je voulais arrêter les douleurs, c'est vraiment douloureux, j'avais un sentiment..., enfin tout va être bien الحمد لله (dieu merci)».

Du coté de l'époux, cette intervention était inattendu, par ce qu'il désir un accouchement plus naturel et plus traditionnel qu'est par voix basse, la raison revient au fait qu'il estime voir sa femme se remettre le plus vite possible, par la suite le conjoint a compris que était neutre face à cette intervention.

Axe III : les informations sur le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

L'instant de l'accouchement arrive, le médecin demande à la femme A si

elle désire une anesthésie locale ou générale, sa réponse était la seconde, par raison de ne pas ressentir et ne pas vivre le déroulement de son accouchement. Madame A a utilisé un type de défense qui est l'évitement, c'est pour qu'elle ne soit pas consciente de ce qui passe au tour d'elle, elle se recourait à l'endormissement en choisissant l'anesthésie générale qui se définit comme suit : (C'est un acte médical dont l'objectif principal est la suspension temporaire et réversible de la conscience et de la sensibilité douloureuse, obtenue à l'aide de médicaments (drogues anesthésiques) administrés par voie intraveineuse et/ou inhalés, elle permet la réalisation sans douleur, et sans mémorisation des interventions chirurgicales.), (J. Bourneuf, 1995, p.62).

Après l'accouchement madame A témoigne que la césarienne s'est déroulée dans des circonstances adéquates et que le climat instauré était vivement naturel sans avoir rencontré des obstacles, ni des difficultés. « *Tout ça été normal j'ai rien ressenti, les douleurs ça été après, quand je me suis bien réveillée, j'ai eu vraiment mal* ».

Après son réveil, elle a pensé à l'état de son bébé, elle n'a pas d'autre pensée que ça. « *Je voulais voir mon bébé, rien que sa, je pensais à lui, s'il va bien ! Comment va-t-il ?, rien que ça* ».

On a essayé de repérer plus d'information, sur son état psychique d'après qu'elle a vécu cette intervention, on lui posant la question sur son état physique et psychique d'après que tout est fini, « *ola la, un grand soulagement, je vais sortir aujourd'hui, je me sens bien, j'ai plus mal comme avant, dieu merci..., et moralement..., (elle sourit)...Sava mieux, je me sens mieux... الحمد لله (dieu merci).* ». Elle nous a pas donné plus d'informations.

Madame A, nous a parlé sur son changement physique, et sur la cicatrice qu'elle a eu, elle a été satisfaite de son corps, son changement physique n'a

enjondrais aucun sentiment en elle d’après ses dires, « ... *am, je ne pense pas a s’a, non non, s’a me dérange pas puisque mon bébé va bien, et la cicatrice ne me dérange pas, non* ».

Notre sujet, nous a parlé sur son désir d’accoucher par césarienne; si elle retombé enceinte, elle a eu une bonne attitude sur cette méthode, elle a estimé qu’elle la fasse encore une fois ; « *si je vais avoir mon deuxième bébé, je choisi, et je préfère plutôt la césarienne, je vois qu’elle est la plus efficace.* ». Elle a utilisé un coping centré sur le problème.

Synthèse de l’entretien

Madame A, a bien vécu son accouchement sur le plan psychique, malgré qu’elle avait des douleurs physique. D’après cette entretien, et d’après ses réponses, elle a utilisé un coping positif face a cet intervention, et qui es basé sur un coping centré sur le problème; ou elle à fais face a cette événement, et elle la accepté.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l’échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n°1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	3	1	1	2	5	5	1	4	5	5	5	5	5	1	1	4	4	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	1	1	1	1	4	2	1	1	5	4	4	4	4	4	2	4	2	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	2	2	1	5	2	2	2	4	5	4	3	4	4	5	1	5	3	2			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	6			8			4			13			13			13			57	161	
Information		4			11			9				12			10			9			55
Emotion			3				9			15			13			4			5		49
Positif	6	4		8				9	15		12					13	9	5	81		
Négatif			3		11	9	4			13		13	13	10	4				80		

Tableau N° 3 : feuille de dépouillement n°1 du premier cas

Dans ce tableau on a noté une note total de 161 des champs, la note la plus élevée est de 81 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 80, et au coping centré sur l'action avec une note de 57, en suite une note de 55 pour les champs d'information, et 49 pour l'émotion.

1.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL
Focalisation	A 6	G 9	M 4	19
Support social	B 8	H 4	N 5	17
Retrait	C 4	I 11	O 3	18
Conversion	D 13	J 13	P 9	31
Contrôle	E 13	K 12	Q 15	40
Refus	F 13	L 10	R 13	36

Tableau N° 4 : feuille de dépouillement n°2 du premier cas

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le contrôle avec un score 40, viennent en suite le refus avec un score de 36, et une note de 31 pour la conversion, et 19 pour la focalisation, et une note faible pour le retrait qui a 18, et le support social qui a la note de 17.

1.2.4. Synthèse de l'échelle de coping

D'après les réponses et les résultats retenus dans les feuilles de dépouillement 1 et 2, on peut dire que madame A, a utilisé un coping positif, ou en a repéré un score de 81, elle est arrivée à faire face à la situation ou elle se trouve, et elle a utilisé un coping centré sur l'action, et ça veut dire qu'elle a utilisé un coping qui lui a aidé à faire face, et dépasser cette période avec succès.

Conclusion du cas

On se référant aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on peut dire que madame A, a utilisé un coping positif pour faire face à la césarienne. Et d'après la théorie de Lazarus et Folkman, appelé théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping positif face à sa situation stressante qui est la césarienne, et il s'agit d'un coping centré sur le problème.

Cas 2**1. Présentation et analyse des données du deuxième cas****1.1. Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif****- Les renseignements personnels**

Madame B est âgée de 26ans, femme au foyer, elle a le niveau troisième année secondaire.

Après avoir eu des échanges verbaux avec madame B, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

La femme s'est rapidement adaptée à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à tous nos questionnements.

Pendant notre travail de recherche, on a constaté que notre sujet de répondait avec un sourire et sans aucune reticence. Elle s'est rapidement mise dans le bain de notre interrogation. La jeune femme s'exprimait tranquillement, elle a été très à l'aise, et bien décontracté.

Axe I : les informations concernant le vécu de la grossesse

Après Avoir échangé la discussion avec madame B, on repère que sa grossesse était désiré est elle justifier comme suivant: « *Depuis le premier mois, après mon mariage, je voulais tomber enceinte, toutes les femmes veulent cela*

après leur mariage, je n'aime pas avoir mes règles, car j'attendais à chaque mois que je tombe enceinte ».

D'après notre sujet, ça grossesse était délicate, les premiers temps, car elle stressait, elle était furieuse, elle avait les signes sympathiques; (nausée, et vomissement, perte d'appétit. Et cela on les a abordés dans le premier chapitre, dans les inconforts de la grossesse (pp.18, 19)). Et cela entre le deuxième et le troisième mois de grossesse, mais depuis, cela a changé, « *J'ai retrouvé ma vie normal, sans aucun problème* », elle a repris son sicle vitale, « *je cuisine, je fait le ménage* », elle fait plus de mouvement en comparent au début de sa grossesse, qui était dure pour elle, car tout son rythme quotidien était bouleversé, elle ne mangait pas, elle ne dormait pas suffisamment, son tempérament a changé dès le troisième mois, tout était différent, tous s'est remis dans l'ordre.

Madame B n'a jamais pensé d'accoucher par césarienne et en plus elle n'a jamais parlé de ça avec quelqu'un, « *je n'ai pas pensé a ça, non, et je n'ai pas abordé ce sujet avec la famille, ni mon mari, car la gynécologue ne ma rien dit, même mon bébé a était en bonne santé* ».

Pendant la période de grossesse notre sujet de recherche souhait subir un accouchement par césarienne, et ce pour des raisons qu'elle souligne comme suit: (*je voulais un accouchement par césarienne, depuis ma grossesse, je ne voulais pas l'accouchement normal... les douleurs... la souffrance, dieu merci.*).

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Au départ elle ignore que son accouchement s'effectuera par césarienne, la sage-femme lui à annoncé la nouvelle en voyant le liquide verdâtre, et qui ce définit comme suite : (c'est lorsque le liquide amniotique présente un aspect verdâtre cela signifie que le fœtus élimine trop tôt le méconium contenu dans son intestin, le méconium ce trouve êtres la première selle du bébé. Et cette

coloration verdâtre du liquide amniotique indique une souffrance fœtale qui se traduit par un ralentissement de son rythme cardiaque). (E. Fenwick, 1993, p.53), qui est la cause pour la qu'elle, elle devait faire une césarienne en urgence.

Lorsque madame B apprend la nouvelle, elle était très soulagée, et très décontractée, car cela l'a apaisée « *Ah? Quel sentiment!? Bonheur total, et enfin mon rêve se réalise comme je l'ai souhaitée* », à un moment donné madame B à haut degrés de joies et de tranquillité, mais un peu stressée, vue que c'est la première expérience, sur son constat voici le passage qui le manifeste « *lorsque la sage-femme ma dit, je me suis soulagé, mais j'ai eu un peu de stress.* », elle été au sommet de joie, mais en parallèle un peu stressé et tracassé, car c'est la première fois qu'elle vie une telle expérience, en plus de ça elle ignorer ce qui l'attendais, elle n'avais aucune idée sur ce qui se déroulera.

D'après madame B, l'époux était contre l'idée d'accouché par césarienne, car elle a apte pour l'accouchement par voix basse .voici le passage qui le détermine: « *mon mari préfère l'accouchement normal, il avait du mal à accepter l'idée, mais une fois qu'il a pris son bébé dans les bras ce lui-ci lui a fait tout oublié, il accepte cette idée sans aucun problème* ».

Axe III : les informations sur le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

En voulais savoir sa préférence, entre l'anesthésie locale ou générale voici le passage qui le démontre: « *si le médecin ma demandé de choisir entre une anesthésie locale ou générale, mon choix serait générale, car ça m'évite les douleurs, le stress, puis je ne voulais pas assister à l'intervention.* » Vue l'urgence du cas de madame B, le médecin lui a envisagé de faire une anesthésie générale.

Madame B nous a raconté sur ses pensées au moment où l'anesthésie commence à perdre son effet, « *ou est mon bébé!?, je me demandais s'il va bien ?, comment il est, j'avais hâte de le voir, vraiment j'avais plusieurs idées qui tourne juste autour lui* ».

Elle nous a décrit le déroulement de sa césarienne dans sa globalité, c'est comment elle a vécu cela, c'est pour qu'on puisse avoir plus d'information, « ma césarienne en générale..., je peux dire qu'elle été inattendu, mais dieu merci, sa été bien passé, j'ai pas imaginé avant de rentré au bloc mais الحمد لله (dieu merci), je suis satisfaite ». Elle sourit.

Notre sujet nous a parlé sur le changement physique qu'elle a eu, et sur sa césarienne aussi, « *oui, j'ai eu un grand changement, mais sa me dérange pas du tout, même la cicatrice, elle me dérange pas, non je ne pense pas a sa* ».

A la fin de notre entretien avec madame B, on na repérer qu'elle préfère toujours l'accouchement par césarienne, car elle lui semble que c'est l'intervention, la plus exemplaire à adopté et la plus facile à résister. « *Je préfère la césarienne toujours, parce que c la plus facile, et même, j'ai vécu sa je crois que je pourrai la revivre encore une fois* ».

Synthèse de l'entretien

Madame B, a réussi de faire face a sa césarienne, elle à vécu cette intervention d'une manière normal et sans difficulté, et cela en utilisant diffèrent stratégie de coping.

2.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping

2.2.1. Feuille de dépouillement n°1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	1	1	1	1	1	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	1	5	1	5	5	5	2	4	2	3	5	2	2	1	4	4	1	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	2	1	3	2	1	1	3	4	2	3	2	4	3	2	1	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	5			13			8			6			7			6			45	156
Informatif		12			12			12			13			5			5		59	
Emotion			7			7			11			9			7			11	52	
Positif	5	12		13				12	11		13					6	5	11	88	
Négatif			7		12	7	8			6		9	7	5	7				68	

Tableau N° 5 : Feuille de dépouillement n° 1

Dans ce tableau on a noté une note total de 156 des champs, la note la plus élevée est de 88 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 68, et au coping centré sur l'information avec une note de 59, en suite une note de 52 pour les champs d'émotion, et enfin une note faible pour le champ d'action

2.2.2. Feuille de dépouillement n°1

champs / stratégies	I	II	III	TOTAL
	ACTION	INFORMATION	EMOTION	
Focalisation	A 5	G 5	M 7	17
Support social	B 13	H 12	N 11	36
Retrait	C 8	I 12	O 7	27
Conversion	D 6	J 12	P 7	25
Contrôle	E 7	K 13	Q 11	31
Refus	F 6	L 5	R 9	20

Tableau N° 6 : feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevée pour le support social avec un score 36, viennent en suite le contrôle avec un score de 31, et une note de 27 pour le retrait, et 25 pour la conversion, et une note de 20 pour le refus, et une note faible pour la focalisation, avec une note de 17.

Synthèse de l'échelle

Madame B, a utilisé un coping positif, avec un score de élevé de 88, en peu dire que cette note est symétrique au discours retenu dans l'entretien clinique semi-directif qu'on a fait avec elle, elle à utilisé un coping centré sur le problème, elle à accepté son intervention avec un raisonnement logique.

Conclusion du cas

En ce référent aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping qu'on a effectué avec le sujet, on peu conclure que madame B, présente un coping positif, car elle à bien accueillie la nouvelle de sa césarienne.

Cas 3

1. Présentation et analyse des données du troisième cas

1.1. Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif

-Les renseignements personnels

Après avoir une discussion avec notre sujet, madame C, est âgée de 26 ans, titulaire d'un niveau master 1, elle est étudiante.

Avant d'entamer notre entretien avec madame C, on lui a expliqué le but de notre travail, et le but de notre recherche, la jeune femme accepte de répondre a toute nos questions sans aucun complexe et sans aucune gêne.

Axe I : Les informations concernant le vécu de la grossesse

De la première question, on retient que madame C a passé sa période de grossesse avec un moral bien élevé, pendant ce temps, elle n'a pas subi de problème physique ni moral, elle mange le plus normalement possible, mais elle désirait des aliments plus particulier, et le seul souci qu'elle a rencontré ce temps là, c'est de ne pas pouvoir se mettre dans la même pièce ou le même endroit avec son conjoint. Cela du aux signes sympathiques, ce dernier s'inscrit explicitement dans le passage ci-dessous « *toute s'est bien déroulé pendant ma grossesse, j'ai pas ressentie la douleur ni la souffrance, par contre, j'ai aimé manger les fruits, mais du côté de mon époux je détestais sentir son parfum, toute odeur qui peut être liée à lui.* », madame C ne s'est pas laissée faire par les signes sympathiques, par contre elle tenait fort de l'idée de voir et avoir son bébé venir au monde comme elle manifeste dans le passage suivant « *j'attendais que mon bébé vienne au monde avec impatience* ».

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Après avoir échangé la discussion avec madame C, on n'a repéré qu'elle avait une idée sur la façon avec laquelle se déroule la césarienne, d'une autre part notre sujet s'attendait à un accouchement par voie basse, mais l'obstétricien lui annonce que son accouchement sera effectué par césarienne. En essayant de savoir pourquoi cette attitude?! Madame C répond comme suit : « *J'ai ressentie la tristesse et le mal que je n'ai jamais connu dans ma vie, j'avais peur de quitter le monde, et je me disais que mon mari va se remarier après.* ».

Après avoir interrogé madame C sur la cause principale qui l'a poussé le médecin à prévenir une césarienne, cela revient finalement, au fait d'avoir un col fermé d'une part, et avoir un gros bébé d'une autre part.

Axe III : les informations sur le déroulement de la césarienne et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

La jeune dame a subi une césarienne avec une anesthésie local, celui - ci était un choix réfléchi et cela sous le prétexte a d'assister à l'accouchement sans avoir ressentir des douleurs, madame C l'indique clairement dans le passage suivant « *Je voulais assister à l'accouchement de mon bébé, j'avais les yeux ferme, mais à l' instant où j'ai entendu son premier crie, j'ai ouvert directement mes yeux, car c'est le moment que j'ai toujours attendu. Ah, un sentiment merveilleux, waw !*).

Pendant l'accouchement madame C, était courageuse, une fois que l'effet de l'anesthésie commence à disparaître la jeune dame souffre des douleurs atroce, mais qu'elle que heurs plus tard les douleurs disparaissent et notre sujet se sente mieux.

Pour la jeune dame l'accouchement par césarienne est une expérience vécu dans son passé, et qu'elle ne souhaite jamais la revivre au futur, et ce, revient à sa préférence d'accoucher par voix basse comme elle indique clairement dans son discours : « *je ne veux jamais revivre ça, je préfère, accoucher par voix basse, parce que, celle ci me convient plus, elle ne me permet pas de prendre soin de mon bébé* ».

En abordant un autre sujet, sur la cicatrice, madame C craignait cette transformation, parce qu'elle à eu peur que son mari change d'attitude en vers elle, comme elle indique explicitement dans le passage ci-dessous « *je n'ai pas arrêté de pense à ma cicatrice, parce que, j'ai peur que mon mari ne m'accepte pas avec une cicatrice sur mon corp. ou encore j'ai peur son amour pour moi change,. mais une fois que j'ai pris mon fils dans les bras cette idée m'a échappé et j'ai constaté que rien n'a de valeur, plus que le sentiment d'être maman...*).

Synthèse de l’entretien du cas

Madame C, a vécu cet événement avec une grande peur et tristesse au début, Car elle à trop soufferte. Elle à fait des efforts cognitifs et comportementaux pour qu’elle puise dépassé cette situation. Le faite de pensé qu’elle est devenu mère, a fait en elle une personne courageuse et motivé.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l’échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n°1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	2	4	1	5	2	5	3	4	1	2	1	5	2	2	1	1	5	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	1	5	1	1	1	1	2	4	1	2	3	1	4	2	1	1	5	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	5	1	5	4	3	1	2	4	3	4	2	2	5	2	1	5	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	6			11			6			7			8			3			41	145	
Information		14			7			10			8			9			15		63		
Emotion			3			9			6			8			4			11	41		
Positif	6	14		11				10	6		8					3	15	11	84		
Négatif			3		7	9	6			7		8	8	9	4				61		

Tableau n° 7: feuille de dépouillement n°1

La feuille de dépouillement numéro 1, montre que le sujet utilise un coping positif avec un score élevé de 84, par rapport au coping négatif avec un score 61, et une note de 63 par rapport au coping centré sur l’information, vienne en suite une note faible de 41 pour le coping centré sur l’action et l’émotion.

2.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL
Focalisation	A 6	G 15	M 4	25
Support social	B 11	H 14	N 11	36
Retrait	C 6	I 7	O 3	16
Conversion	D 7	J 10	P 9	26
Contrôle	E 8	K 8	Q 6	40
Refus	F 3	L 9	R 8	20

Tableau n°8 : feuille de dépouillement n° 2

Dans ce deuxième tableau de notre échelle, on à remarqué que notre sujet d'étude utilise le support social avec une note de 36, ensuite la conversion avec une note de 26, puis la focalisation avec une note de 25, et on à aussi le contrôle avec une note de 22, et le refus avec une note e 20, et la note la plus faible est marqué dans la stratégie de retrait.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats retenu dans les feuilles de dépouillement n°1 et n°2, on peut dire que madame C, a utilisé un coping positif, ou on a repéré un score de 84, elle a bien dépassé sa césarienne, et cela en utilisent un coping centré sur le support sociale avec un score de 36.

Conclusion du cas

On ce réfèrent aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec notre sujet, on peut dire que madame C, a utilisé un coping pour faire face a la césarienne. Et d'après la théorie de Lazarus et Folkman, appelé théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping

positif face à sa situation stressante, qui est la césarienne, et il s'agit d'un coping centré sur le support social.

Cas 4

1. Présentation et analyse des données du quatrième cas

1.1. Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif

- Les renseignements personnels

Madame D est âgée de 28 ans, femme au foyer, elle est au niveau troisième année secondaire.

Avant d'entamer notre entretien avec madame D, on lui a expliqué le but de notre travail, la jeune femme s'est rapidement adaptée à notre débat; car elle a été compréhensive, elle a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

La jeune dame s'exprimait tranquillement, elle a été calme, à l'aise, détendue.

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Après avoir échangé la discussion avec notre sujet de recherche, sur la nature de sa grossesse, on a remarqué que cette dernière était désireuse de justifier comme le suivant: « *j'ai fait mes calculs, pour accoucher à l'hiver....(elle sourit), car depuis mon premier mois de mariage je voulais tomber enceinte, toutes les femmes veulent cela, après leur mariage.* ».

D'après madame D sa grossesse était délicate, elle était furieuse, elle avait les signes sympathiques (*des vomissements, des nausées*), perte d'appétit, même son sommeil a changé, est-ce cela entre le deuxième mois et le troisième mois de sa grossesse, mais depuis, cela a changé et j'ai retrouvé ma vie normale sans aucun malaise: « *je m'énerve trop(Elle sourit), je déteste la nourriture, son odeur, même si je veux manger il faut que quelqu'un le prépare pour moi* ».

Madame D à vécu une grossesse délicate (signe sympathique), cela sans avoir rencontré un problème de santé, cela se manifeste à travers le témoignage suivant: *« j'avais rien, sauf, mon caractère est change un peu, mais après le quatrième mois je me suis retrouvé ma vie normal. »*.

En passant un autre point de notre entretien qui est la nature de l'accouchement, car madame D a préféré subir un accouchement normal, mais après elle a un pressentiment d'accouché par césarienne vue que elle n'a pas des contractions utérine: *« je savais que je vais accouche par césarienne, j'ai eue un pressentiment puisque, je n'ai pas eu du mal, je me disais si sûrement je vais accouche par césarienne. »*.

Madame D à parler avec son époux, et sa mère sur la césarienne car elle eu plain de soutien et d'encouragement de leurs part.

Axe II : les informations concernant le vécu et la césarienne

Après avoir interrogé madame D sur son regard et son point de vue sur la césarienne, elle nous a répondu: *« pour moi la césarienne est une intervention chirurgical, c'est bien pour le bébé, car je préfère de souffrir, et que mon bébé sois en bonne sante Voila..... »*.

D'après la discussion échanger avec madame D, on na repère qu'elle avait une idée sur la façon avec laquelle se déroule la césarienne, d'une autre part notre sujet de recherche s'attendait à un accouchement par voie basse mais les médecins lui annoncée que son accouchement sera effectuée par césarienne, madame D reposte comme suivant : *« j'ai ressentie la tristesse, j'ai peur de perdre mon bébé, Oh!: ,la,laJe n'imagine même pas. »*.

De cote de son époux, et sa familles, ils s'attendaient pas à cette intervention, mais ils ont accepté facilement, vue que toute à été passé dans des conditions favorables. *« Quand le médecin ma prévenue, j'ai prier ou dieu de m'aidée, et d'être avec moi, même j'ai à mon bébé, mon ange, je le suis dit, en fin*

je vais le prendre dans mes bras, et je vais le voir, alors je dois être courageuse, pour lui, et pour mon mari aussi qui attend cette instant avec patience, vous imaginez pas. ».

Madame D à utilise un coping centré sur le soutien, elle prier, et pensé à son mari elle lui offrir le fruit de son mariage, car c'est la manière de faire face à sa césarienne, en pensant à tous ça.

Axe III : les informations concernant le vécu de la césarienne et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

Madame D apprend qu'elle va accoucher par une césarienne, les médecins lui expliquer que ce choix est obligatoire vu le liquide verdâtre.

La césarienne de madame D a été effectuée par une anesthésie locale, sous le prétexte d'assister à l'accouchement, madame D l'indique clairement dans le passage suivant: *« je voulais assister à l'accouchement de mon bébé, j'attends ce moment vraiment avec joie pour entendre le premier cri de mon ange, car c'est le moment que j'ai toujours attendu avec impatience. ».*

On passant au déroulement de la césarienne, madame D nous a dit que sa césarienne était bien passé, dans des conditions favorable est confortable, car elle nous a décrit qu'elle vécu sa césarienne normale, elle n'a pas eu des complications ni au niveau physique ni au niveau psychique

Et à propos de la cicatrice, la jeune dame ne se dérange pas, pour elle l'essentiel son bébé est en bonne santé *« non, non c'est tout le monde qui fait la césarienne, la cicatrice ne me dérange pas, puisque mon bébé est en bonne santé, je penserais j'aimais ça. ».*D'après sa réponse madame D, elle s'est dérangé de cette question, on ne l'excuse pas de poser cette question, on lui expliquant que si juste pour avoir plus d'information

Cette entretien à durée 15 minutes, avec madame D on peut dire qu'elle a réussi à faire face à sa césarienne en utilisant un coping centré sur l'émotion,

car dans l'entretien en na constaté qu'elle utilisée des concepts qui revoie a des émotions (*mon ange, le fruit de mon mariage etc.*),

Synthèse de l’entretien du cas

D'une manière général, madame D a bien vécu le déroulement de sa césarienne, sur le plan physique et psychique. D’après cet entretien et d’après ses réponses, elle a utilisé un coping face à cette événement stressent qui est la césarienne.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l’échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n° 1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	1	4	1	1	1	5	5	4	4	2	5	3	1	1	1	1	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	5	1	1	3	3	4	2	3	4	5	4	5	4	5	5	4	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	1	1	5	1	3	1	1	4	5	1	4	5	4	3	1	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	12			7			10			10			10			7			56	158
Informati		10			5			7			13			8			14		57	
Emotion			3			11			12			8			10			11	55	
Positif	12	10		7				7	12		13					7	14	11	91	
Négatif			3		5	11	10			10		8	10	8	10				75	

Tableau n° 9 : feuille de dépouillement n°1

Dans ce tableau on à mentionné une note totale de 158 des champs, la note la plus élevé est de 91 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score de 75, et on a le coping centré sur l’information avec une note de 53, en suite une note de 56 pour l’action, et 55 pour le champ d’émotion.

1.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs	I	II	III	TOTAL
stratégies	ACTION	INFORMATION	EMOTION	

Focalisation	A	6	G	9	M	4	19
Support social	B	8	H	4	N	5	17
Retrait	C	4	I	11	O	3	18
Conversion	D	13	J	13	P	9	31
Contrôle	E	13	K	12	Q	15	40
Refus	F	13	L	10	R	13	36

Tableau n° 11 : feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevé pour la focalisation avec un score de 36, viennent en suite le contrôle avec une note de 35, et une note de 28 pour le support social et la conversion, et une note de 23 pour le refus, et une note faible pour le retrait avec le score de 18.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats retenu dans les feuilles de dépouillement n°1 et n°2, on peut dire que madame D, a utilisé un coping positif, ou on a repéré un score de 91, elle a bien dépassé sa césarienne, et cela en utilisent un coping centré sur le soutien social avec un score de 36.

Conclusion du cas

On se réfèrent aux résultats obtenu dans l'entretien semi-directif, et l'échelle de coping, on peut dire que madame D, a utilisé un coping pour faire face à la césarienne, et d'après la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman, on pet conclure que madame D, présente un coping positif centré sur le soutien social pour faire face a sa situation.

Cas 5**1. Présentation et analyse des données du cinquième cas****1.1. Présentation, analyse des données de l'entretien semi-directif****-les renseignements personnels**

Madame E âgée 28 ans, licenciée en Psychologie Clinique, actuellement elle travaille au centre des handicapés.

Après avoir lui expliquer notre objectif de recherche, la femme s'est directement ouverte sans aucune hésitation à tous nos questionnements.

Durant notre entretien notre sujet de recherche était alaise, décontracté, souriante, et motivée, le climat instauré lors de cette conversation été très chaleureux et plain de confiance

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Après avoir échangé la discussion avec madame E, on na repéré que sa grossesse était indésirable, voici de qu'elle manière elle a justifié « *ma grossesse était au hasard, je ne m'attendais pas, mais الحمد لله, c'est le destin.* » .

Madame E à vécu une grossesse normal est très naturel, cela sans avoir rencontré un problème de santé ni du côté physique, ni du côté psychique, cela se manifeste à travers le témoignage suivant; « *je n'ai pas eux de problème à part la fatigue, psychologiquement je m'énerve rapidement, j'avais des troubles de sommeil causés par ma grossesse et temps en temps quelques signes sympathiques.* ».

Madame E n'a jamais pensé à accoucher par une césarienne, elle n'a jamais abordé ce sujet avec ses proches ni avec son conjoint.

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Après avoir interrogé madame E sur son regard et son point de vue sur la césarienne elle a répondu comme suivant: « *pour moi la césarienne est l'une des solution qui aide la femme et son bébé lorsque la mère rencontre des difficultés d'accouchement normal, pour cela, les médecins vont l'orientent vers une intervention chirurgicale* ».

Madame E a décrit sa réaction et ses sentiment lorsqu'elle a appris que son accouchement sera effectuer par césarienne, notre sujet de recherche s'attendez à un accouchement par voie basse. « *les médecins ont essayer de provoquer ma grossesse par des touchés, des injections, mais, ca n'a rien donné, donc. Donc la seule solution est d'accoucher par césarienne, vraiment ca m'a soulagé!* ». Le mari de la jeune femme ignore cette nouvelle, mais, une fois qu'il est au courant il a accepté, par ce que, son but est de voir sa femme et son enfant auprès de lui.

Axe III : les informations concernant le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

La jeune dame apprend que son accouchement sera effectué à travers une césarienne; la cause revient à la fermeture de son col.

La césarienne de madame E a été effectué par une anesthésie locale sous prétexte d'assister à son accouchement, madame E l'indique clairement dans le passage suivant: « *sincèrement j'attendais se moment avec impatience, je voulais entendre le premier cri de mon enfant c'est pour cette raison que j'ai choisi l'anesthésie locale.* ».

En passant au déroulement de la césarienne, madame E a dit que toute s'est déroulé dans des conditions adéquate, le climat instauré était confortable et favorable pour bien accoucher.

Madame E a indiqué qu'elle a vécu sa césarienne de manière normale, elle n'a pas eu des complications: " *c'est vrai que j'avais mal après que l'effet de l'anesthésie s'est enlevé, mais, je suis très contente que mon bébé soit en bonne sante et moi aussi.* "

Madame E n'a pas ressenti des changements physiques, même sa cicatrice ne l'a dérangeait pas, ceci a été repéré à travers ce passage : "*non, non! Normal je ne pense même pas à ca.*"

On a constaté, aussi, que notre sujet de recherche préfère un accouchement par césarienne. Au début elle n'a pas identifié cela, mais par la suite elle dit: « *la césarienne c'est la dernière chance pour sauver l'enfant ou la mère si ils sont en danger, et pour moi (sourit), j'ai assisté à l'accouchement normal de plusieurs femmes, je trouve que c'est difficile, c'est douloureux, c'est dure.* » D'après ce discours, elle ne nous a pas répondu à notre question, alors on était obligé de lui reposer encore une fois. Elle a répondu comme suite « *apparemment la césarienne est difficile aussi en me mettant face aux deux choix, je choisis la césarienne.* ».

Synthèse de l'entretien du cas

1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping

1.2.1 Feuille de dépouillement n°1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	3	1	5	3	5	1	5	1	3	4	4	4	3	2	1	4	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	3	1	1	3	1	3	1	2	2	5	1	4	1	3	1	3	5		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	3	2	1	3	1	2	3	4	2	5	5	3	4	3	3	1	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	11			9			7			10			12			3			52	155
Informatif		8			7			10			14			7			12		58	
Emotion			3			8			5			7			8			14	45	
Positif	11	8		9				10	5	7		14				3	12	14	86	

Négatif			3		7	8	7			10		7	12	7	8				69
---------	--	--	---	--	---	---	---	--	--	----	--	---	----	---	---	--	--	--	----

Tableau n° 11 feuille de dépouillement n°1

Dans ce tableau on à mentionné une note totale de 155 des champs, la note la plus élevé est de 86 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score de 69, et on a le coping centré sur l’information avec une note de 58, en suite une note de 52 pour l’action, et 45 pour le champ d’émotion.

2.2.2. Feuille de dépouillement n°2

champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	11	G	12	M	8	31
Support social	B	9	H	8	N	14	31
Retrait	C	7	I	7	O	3	17
Conversion	D	10	J	10	P	8	28
Contrôle	E	12	K	14	Q	5	31
Refus	F	3	L	7	R	7	17

Tableau n° 12 : feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevé de 31 pour la focalisation et le contrôle et le support social, viennent en suite la conversion avec une note de 28, et une note faible pour le retrait et le refus avec le score de 17.

Synthèse de l’échelle

D’après les résultats obtenus, dans l’échelle de coping, et d’après la feuille de dépouillement n° 1 et n°2, on peut dire que madame E, présente un coping positif centré sur le soutien sociale.

Conclusion du cas

On se réfère aux résultats et aux réponses de l'entretien semi-directif et l'échelle de coping qu'on a effectué avec madame D, on peut dire que notre sujet, a utilisé un coping pour faire face à sa césarienne. Et d'après la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman, on peut conclure que notre sujet présente un coping positif centré sur le soutien social

Cas 6**1. Présentation et analyse des résultats du sixième cas****1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif****- Les renseignements personnels**

Madame F est âgée de 26ans, licenciée en Langue, Littérature anglaise, et ingénieure en commerce international .Femme au foyer.

Après avoir lui expliquer notre objectif de recherche, la femme s'est directement ouverte sans aucune hésitation à tous nos questionnement.

Durant notre entretien notre sujet de recherche était à l'aise, décontractée, souriante et motivée. Le climat instauré lors de cette conversation été très chaleureux et plein de confiance.

Axe I: les informations concernant le vécu la grossesse

D'après madame F sa grossesse était désirée et programmée, elle justifie ce choix comme suivant: "Bien sur!, quant une femme se marie, son premier désire c'est d'offrir le fruit de son mariage à son marié ... (sourit).".

En passant à un autre point de notre entretien madame F nous a décrite le déroulement de sa grossesse comme suivant:(physiquement:" *j'avais du mal à m'adapter, ma grossesse a provoqué d'autres maladies tel que: l'infection rénale*

et j'ai été hospitalisé pendant 5 jours à Sidi Aiche, mais après le deuxième mois toute s'est remis dans l'ordre...et du côté psychique; j'ai vraiment changé, je suis devenue furieuse, je pleur tout le temps...".

Madame F a eu des difficultés et des complications au début de sa grossesse .D'après ses témoignages, sa grossesse lui a provoquée une maladie rénale. La jeune femme a décrit son changement psychique, son caractère : *« je me disais à cette période pour quoi je me suis mariée, j'ai été bien seule, je suis devenue une autre personne... vraiment... ».*

Pendant la période de la grossesse, notre sujet de recherche souhaite subir un accouchement par voie basse, mais ce n'est pas les cas; *« je n'ai jamais imaginé d'accoucher par la césarienne. J'ai toujours estimé d'accoucher par voie basse. ».*

Madame F, à eu des contractions, elle a souffert, mais ses contractions n'ont rien donné. Notre sujet de recherche n'a pas résisté aux douleurs, donc elle a demandé une intervention chirurgicale estimant trouver une solution à ses douleurs et ses souffrances. La jeune dame utilise un coping centré sur le problème, elle a accepté d'affronter la césarienne pour mettre fin à ces douleurs, on a remarqué qu'elle n'a pas utilisé des concepts ou des expressions qui renvoient aux sentiments, ou, qui manifestent une affection.

Madame F n'a pas parlé de la césarienne avec ses proches, car tout s'est produit dans l'immédiat, de plus, elle a été transférée en urgence à la maternité, par ce que, elle avait de la fièvre.

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

La jeune dame nous a donné son point de vue sur la césarienne: *« bon...la césarienne peut avoir des conséquences, mais je la préfère, elle est*

pratique...comment dire... (Elle réfléchit...), « pour moi elle est efficace». Elle n'a pas eu peur d'accoucher par césarienne.

La sage femme a annoncé à madame F que son accouchement sera effectué à travers une césarienne. La jeune femme a écrit sa réaction comme suite: « *Ahh, j'étais heureuse d'entendre cette nouvelle, quel soulagement!...heureuse, heureuse...heureuse, vous n'imaginez pas à quel point!* ».

Notre sujet de recherche a ressenti un soulagement énorme, elle était contente. La jeune maman a indiqué que son accouchement a été prévu pour le lendemain, « *la sage femme m'a dit la première fois: on vous laissera jusqu'à demain. Je ne supporte pas une minute de plus, j'avais vraiment du mal, j'avais des idées suicidaires qui me traverse la tête, je vous jure, croyez mois, je ne supporte pas. Mais quelque temps plus tard je me suis calmée, j'étais vraiment soulagée* ».

Axe III : les informations concernant le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

Madame F a été mise entre le choix d'une anesthésie locale ou générale, celle-ci finit par subi une césarienne effectué avec une anesthésie locale la raison est: « *ils m'ont demandé de choisir entre l'anesthésie générale ou locale j'ai choisi la seconde, par ce que, je ne veux pas assister à mon accouchement* ».

En passant au déroulement de la césarienne, notre sujet de recherche a décrit sa césarienne comme suite : « *tous a été normal, j'ai assisté à l'accouchement, les médecins parlent et moi j'écoutais leur discours, jusqu'au ou moment ou mon bébé qui pleur, j'ai rien ressentie.* ».

Ce qui est remarquable chez madame F, c'est qu'elle ne prouve pas son affection et elle n'exprime pas des sentiments à son enfant, et elle n'a pas écrit

le moment où son bébé est née, car, elle n'a rien ressenti à ce moment, aussi, elle n'a pas parlé de son bébé. On ressentie si comme ci elle ne l'appartenait pas elle dit : *« j'attendais le bébé qui pleur, avec un sang froid. »*

Du côté psychique et moral madame F a vécu sa césarienne comme suit: *« ma césarienne à été normal j'ai rien ressentie, tout s'est passé dans des conditions favorables. Moi de ma part, j'étais moins stressée, j'étais sûre que je ne souffrirai pas pendant mon accouchement. »*

Notre sujet de recherche a parlé de son changement physique est sur sa cicatrice; *« mon Corps me dérange, oui ». (Elle rit)*

Elle n'a pas accepté l'idée que son corps à changé, même sa cicatrice, elle déni son changement physique, même en parlant, elle parait, à la fois, triste et en colère.

Concernant la dernière question de notre entretien, madame F, a confirmé qu'elle ne voulait plus revivre cette expérience et qu'elle ne veut plus retomber enceinte: *« c'est bon, je ne veux plus retomber enceinte, je ne vais plus bien psychiquement même mon tempérament a changé. »*

Synthèse de l'entretien

D'après les réponses obtenu dans notre entretien semi-directif, on a constaté que madame F, na pas accepter sa situation, et elle déni le faite d'être césarisé. Elle ne souhaite plus revivre cette expérience.

1.2. Présentation et analyse des résultats l'échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n° 1

On va donner les résultats obtenu selon la feuille de dépouillement n° 1 et d'après les repense obtenu dans l'échelle de coping

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	5	2	3	5	4	3	5	5	3	4	5	1	1	3	3	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	3	4	1	1	1	3	3	3	5	4	3	1	2	3	4	4	5	5		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	4	1	5	5	3	2	5	5	4	5	3	2	1	1	1	4	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	10			8			9			13			9			8			57	178
Informatif		13			9			11			11			5			12		61	
Emotion			7			11			15			8			6			13	60	
Positif																			101	
Négatif																			77	

Tableau n° 13 : feuille de dépouillement n°1

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 178 des champs, la note la plus élevée est de 101 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score de 77, et on a le coping centré sur l'information avec une note de 61, en suite une note de 60 pour l'émotion, et 57 pour le champ d'action.

2.2.2. Feuille de dépouillement n°2

champs stratégies	I ACTION		II INFORMATION		III EMOTION		TOTAL
Focalisation	A	10	G	12	M	6	28
Support social	B	8	H	13	N	13	34
Retrait	C	9	I	9	O	7	25
Conversion	D	13	J	11	P	11	35
Contrôle	E	9	K	11	Q	15	35
Refus	F	8	L	5	R	8	21

Tableau n° 14 : feuille de dépouillement n°1

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevée pour la focalisation et le contrôle avec un score de 36, viennent en suite le

support social avec une note de 34, et une note de 28 pour la focalisation, et une note de 25 pour le retrait, et une note faible pour le refus avec le score de 21.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats obtenus, dans l'échelle de coping, et d'après la feuille de dépouillement n° 1 et n°2, on peut dire que madame F, présente un coping positif centré sur le problème.

Conclusion du cas

On se réfère aux résultats et aux réponses de l'entretien semi-directif et l'échelle de coping qu'on a effectué avec madame F, on peut dire que notre sujet, a utilisé un coping pour faire face à sa césarienne. Et d'après la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman, on peut conclure que notre sujet présente un coping positif centré sur le problème.

Cas 7

1. Présentation et analyse des données du septième cas

1.1 Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif

-Les renseignements personnels

Madame G, est âgée de 24ans, son niveau d'instruction est deuxième année secondaire, femme au foyer.

Après avoir lui expliqué notre objectif de recherche, la femme s'est directement ouverte sans aucune hésitation à tous nos questionnement.

Durant notre entretien notre sujet de recherche était à l'aise, décontractée, souriante, et motivée, le climat instauré lors de cette conversation été très chaleureux et plein de confiance.

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Après avoir discuté avec madame G sur la nature de sa grossesse, on a repéré que cette dernière était désirée, elle a justifié comme suit: « *oui, je voulais vraiment avoir un bébé, j'ai été heureuse, الحمد لله, (dieu merci)* ».

D'après la jeune dame la période de sa grossesse était bien passée, elle n'a pas eu de signes sympathiques, ni de maladies ou de changements particuliers; « *j'ai passée ma période de grossesse d'une manière normale, j'ai rencontré aucun problème, ni changement.* ».

En passant à un autre point de notre entretien qui est la nature de l'accouchement, madame G préfère subir un accouchement normal, par ce que tout s'est bien passé. La jeune femme n'a jamais pensé à une césarienne. « *Vraiment je préfère subir un accouchement normal que d'accoucher par une césarienne.* ».

Madame G, n'a jamais abordé le sujet de la césarienne, ni avec son mari ni avec sa famille, car, elle estimait d'accoucher par voie basse.

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Après avoir interrogé madame G sur son point de vue vis à vis la césarienne, elle nous a répondu comme suit: " *Ah! Normal, les médecins utiliseront l'anesthésie pour ne pas ressentir les douleurs, et quand je me réveille je vais trouver mon cœur mon bébé à côté de moi.* ".

D'après la discussion échangée avec madame G, on a constaté que notre sujet de recherche n'avait aucune idée sur la façon avec laquelle se déroule la césarienne. En plus, La jeune dame s'attendait à un accouchement par voie basse, mais les médecins lui ont annoncé que son accouchement sera effectué par césarienne, madame G a répondu comme suit: "je n'ai pas peur d'accoucher par

césarienne, car j'attendais juste l'instant de voir mon bébé dans mes bras, je l'imagine à chaque fois que je le porte. C'est vraiment un cadeau du ciel الحمد لله , (dieu merci) ».

Axe III : les informations sur le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis à d'elle

La jeune dame apprend que son accouchement sera effectuée à travers une césarienne, vue la fermeture de son col.

On voulait savoir ses préférences entre l'anesthésie locale et générale, elle a choisi la dernière sous le prétexte de ne pas assister à l'accouchement. Madame G, l'a indiqué comme suite : *« je ne voulais pas voir, et assister à la naissance, c'est dure, j'ai souhaité d'accoucher normal et d'évité la césarienne... mais bon »*.

Madame G, nous a parlé sur le déroulement de sa césarienne, elle a indiqué qu'elle a rien ressentie puisque sa césarienne à été pratiqué avec une anesthésie générale. Mais quant elle s'est réveiller, elle a ressentie des douleurs intense.

Notre sujet de recherche nous a décrite le vécu de sa césarienne d'une manière générale. Elle a indiqué qu'elle a eu des douleurs, et elle avait peur des physique : *« j'ai vécu ma césarienne comme si j'étais dans un autre monde, j'ai tout le temps pensé a bon bébé, rien que lui, pour me faire du courage »*.

A propos de la cicatrice, madame G, ne s'est jamais gênée de cette idée, pour elle le plus important est d'accoucher, et avoir un enfant en bonne santé.

A la fin de notre entretien avec notre sujet de recherche, on a constaté que la jeune femme préfère subir un accouchement normal, c'est à dire, par voix basse, par ce que, elle lui semble que c'est une intervention naturel la plus exemplaire à adopté est la plus facile à résister.

Synthèse de l'entretien du cas

D'après le discours échangé avec madame G, on a repéré quelque information concernant le vécu de sa césarienne. Notre sujet a eu du mal à accepter sa césarienne au début, car elle a trop souffert, mais après, elle a accepté dans le but de voir son enfant en bonne santé.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping

Feuille de dépouillement n°1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	2	11	3	2	5	1	5	5	4	5	3	5	2	1	4	5	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	4	4	1	1	1	1	4	4	5	4	5	3	3	1	4	1	2	5			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	3	1	5	1	3	1	5	4	3	3	5	1	4	1	1	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	14			9			6			11			9			6			55	171	
Information		9			4			14			13			7			11		58		
Emotion			3			9			14			11			6			15	58		
Positif	14	9		9				14	14		13					6	11	15	105		
Négatif			3		4	9	6			11		11	9	7	6				66		

Tableau n°15 : feuille de dépouillement n°1

Les résultats obtenus dans ce tableau montrent un score total de 171, et une note élevée de 105 pour l'utilisation d'un coping positif, et une note de 66 pour le coping négatif qui correspond au champ d'information et d'émotion avec une note de 58, enfin on a mentionné une note faible pour champ d'action.

1.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL

Focalisation	A	14	G	11	M	6	31
Support social	B	9	H	9	N	15	33
Retrait	C	6	I	4	O	3	13
Conversion	D	11	J	14	P	9	34
Contrôle	E	9	K	13	Q	14	36
Refus	F	6	L	7	R	11	24

Tableau n° 16 : feuille de dépouillement n° 2

A partir des résultats recueillis dans ce tableau, on a remarqué une note plus élevée est celle du contrôle avec un score de 36, puis la conversion avec une note de 34, et le support social avec un score de 33, viennent en suite le refus avec un score de 24, et la note la plus faible et celle de retrait avec un score de 13.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats retenu dans les feuilles de dépouillement n°1 et n°2, on peut dire que madame G, a utilisé un coping positif, ou on a repéré un score de 105, elle est arrivé à dépassé sa césarienne, et cela en utilisent un coping centré sur le support sociale avec un score de 36.

Conclusion du cas

On ce réfèrent aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec notre sujet, on peut dire que madame C, a utilisé un coping pour faire face a la césarienne. Et d'après la théorie de Lazarus et Folkman, appelé théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping positif face a sa situation stressante, qui est la césarienne, et il s'agit d'un coping centré sur le support social.

Cas 8

1. Présentation, analyse des données du huitième

1.1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif

- les renseignements personnels

Il s'agit de madame H âgée de 26 ans, elle a le niveau Master II en Langue Tamazight.

Après avoir lui expliquer notre objectif de recherche, la femme s'est directement ouverte sans aucun hésitation à tous nos questionnements. Durant notre entretien, notre sujet de recherche était aise, décontractée, souriante, et motivée. De plus, le climat instauré lors de cette conversation était très chaleureux et plein de confiance.

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Après avoir échangé la discussion avec madame H sur la nature de sa grossesse, on a repéré que cette dernier était indésirable et qui s'est justifiée comme suivant: « *ma grossesse est indésirable, car j'ai tombée enceinte des le premier mois de mon mariage, je m'attends pas a ça...mais ci le destin.* ».

Madame H a vécu une grossesse normal et très naturel, sans rencontré de problème ni du coté physique, ni du coté moral, cela se s'inscrit nettement à travers le témoignage suivant: « *...j'ai vécu ma grossesse de façon naturel, j'ai rencontrée aucun problème.* ».

Lorsque le 9^{ème} mois s'approche, notre sujet de recherche souhaite subir un accouchement normal sous prétexte de guérir le plus vite possible, elle estime toujours que son premier bébé vienne ou monde par voie basse: "*j'ai toujours estimée que mon premier enfant naisse par voix basse.*".

Madame H a déjà parlé avec son époux à propos de la césarienne. Lui de sa part avait marqué sa présence tout en lui donnant le soutien et la réconfortant, car, il a souhaité un accouchement réussi qu'il soit par voie basse ou par césarienne.

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Après avoir interrogé madame H sur son regard sur la césarienne, elle nous a répondu: *« c'est l'un des types d'accouchement qui se fait par une intervention chirurgicale. Dans nos jours toutes les femmes préfèrent ce type d'accouchement pour éviter les douleurs. »*.

Après la discussion échangée avec madame H on a constaté qu'elle avait une idée sur la façon avec laquelle se déroule la césarienne. Notre sujet de recherche s'attendait à un accouchement par voie basse, mais la sage femme lui a annoncé que son accouchement sera effectué à travers une césarienne madame H a répondu comme suit: *« quand le médecin m'a annoncé que mon accouchement sera effectué par césarienne, cela m'a soulagé, m'a décontracté et je me suis rendu compte que toute ma panique était pour rien. »*.

Du côté de l'époux, celui-ci a accepté facilement et sans aucune hésitation à cette intervention, vu la présence de conditions favorables et adéquates.

Axe III : les informations concernant le déroulement de la césarienne et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

Une fois que la jeune dame a appris que son accouchement sera effectué par césarienne, la sage femme lui a expliqué que ce choix est obligatoire, vu, la fermeture de son col, d'une part, et à cause de la fièvre qui a atteint 40°, d'une autre part. Cette nouvelle n'a jamais influencé sur l'attitude de madame H ni son tempérament, elle a accepté le plus normalement possible de subir cette

intervention. Ce constat s'inscrit dans le témoignage suivant : *"j'ai acceptée cette intervention sans crainte ni panique, j'ai souhaité que tous soit fini, par ce que, J'ai trop souffert, j'avait des douleur atroce, et j'ai été fèvirée 40°, à ce moment j'ai souhaité subir un accouchement réussir et peu importe sa nature..."*.

Dans notre démarche, on voulait savoir qu'elle est le choix qui lui semble le mieux pendant son accouchement est ce que une anesthésie locale ou générale? La jeune dame préfère une anesthésie générale. Voici de qu'elle manière elle a justifié son choix qui le démontre : *« si le médecin m'avais mis face au choix entre l'anesthésie locale ou générale, je vais choisir générale, car je ne veux pas assistée à ma césarienne. »*. Vue l'urgence du cas de madame H, le médecin lui a envisagé de faire une anesthésie générale.

Notre sujet de recherche ne se gêne pas de sa cicatrice: *« je connais bien ma peau, car je penserais jamais a ça, l'essentielle pou moi que mon bébé et en bonne santé. »*.

A la fin de notre entretien avec madame H, on a repéré que la jeune dame préfère toujours l'accouchement par césarienne car elle lui semble que c'est l'intervention la plus exemplaire à adopter, et la plus facile à résister.

Synthèse de l'entretien

Madame H, malgré qu'elle avait des douleurs physique, mais elle est arrivé à dépasser sa situation. Et d'après cette entretien et ses réponses, elle a utilisé un coping positif face à cette intervention, et qui es basé sur un coping centré sur le problème; ou elle à fais face a cette événement, et elle la accepté.

1.2. Présentation et analyse des donné de l'échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n° 1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	3	5	3	2	5	3	5	1	3	2	3	5	3	5	5	3	3		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	2	1	1	1	1	4	3	1	5	5	1	5	5	1	5	5	2		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	5	1	5	5	2	4	3	5	1	5	5	1	1	5	3	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	14			9			11			9			11			13			67	180
Informatio		10			8			11			12			9			12		62	
Emotion			7			8			7			9			11			9	51	
Positif	14	10		9				11	7		12					13	12	9	67	
Négatif			7		8	8	11			9		9	11	9	11				83	

Tableau n° 17 : feuille de dépouillement n° 1

Les résultats obtenus dans ce tableau montrent un score total de 180, et une note élevée de 83 pour l'utilisation d'un coping négatif, et une note de 67 pour le coping positif, et une note de 67 qui correspond au champ d'action, et une note de 62 pour l'information, enfin on a mentionné une note faible de 51 pour champ d'émotion.

2.2.2 Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL
Focalisation	A 14	G 12	M 11	37
Support social	B 9	H 10	N 9	28
Retrait	C 11	I 8	O 7	26
Conversion	D 9	J 10	P 8	27
Contrôle	E 11	K 12	Q 7	30
Refus	F 13	L 9	R 9	31

Tableau n° 18 : feuille de dépouillement n°2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevé pour la focalisation avec un score de 37, viennent en suite le contrôle avec une note de 30 et une note de 31 pour le refus, et une note de 28 pour le support social, et un score de 27 pour la conversion, et une note faible pour le retrait avec le score de 26.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats retenu dans les feuilles de dépouillement n°1 et n°2, on peut dire que madame H, a utilisé un coping négatif, ou on a repéré un score de 97, par rapport au coping positif avec un score de 83, et elle a utilisé un coping centré sur le le problème.

Conclusion du cas

En ce référent aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec notre sujet, on peut dire que madame C, a utilisé un coping pour faire face à la césarienne. Et d'après l'analyse de l'échelle du coping et la théorie de Lazarus et Folkman, appelée théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping négatif face à sa situation stressante, qui est la césarienne, et il s'agit d'un coping centré sur le problème.

Cas 9

1. Présentation et analyse des résultats du neuvième cas

1.1. Présentation et analyse des donnée de l'entretien clinique semi-directif

-les renseignements personnels

Madame I est âgée de 34 ans, licenciée en gestion économique, et actuellement elle occupe le poste de control financier.

Après avoir des échange verbaux avec madame I , l'occasion s'est présentée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche. La jeune dame s'est rapidement adaptée à notre débat, est acceptée de répondre à toutes nos questions. Notre sujet de recherche s'exprime tranquillement; elle était calme, à l'aise, et décontractée.

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Après l'interrogation de notre sujet de recherche sur la nature de sa grossesse, elle a indiqué que celle-ci était désiré, à partir de se constat les portes s'ouvre sur d'autres questionnements, dont, on énumère leurs réponses dans les passages ci-dessous:

D'après madame I, on a appris que celle-ci a subit trois fausses couches qui ont provoqué en elle une peur de crainte qui la mené à bien faire attention même au petit détail , madame I à vécu avec une grossesse normale, sans avoir rencontré de problèmes de santé, voici le témoignage qui le manifeste : *« ...j'ai vécu ma grossesse de façon normal, j'ai aucun problème de santé, sauf j'ai une phobie vue que j'ai subi trois fausse couche, donc je prend soin de moi ou point de ne rien faire et de ne rien touché, car mon marie s'en charge de toute les taches. ».*

En passant à un notre point de notre entretien qui est la nature de l'accouchement, madame I a préféré subir un accouchement normal, autrement dit, par voie basse, car, pour elle cette opération est naturel.

Madame I na jamais eu l'occasion d'aborder le sujet de césarienne ni avec ses proches ni avec son époux. Apres 5ans de son mariage, elle a subi trois fausses couches donc elle craint et elle s'inquiète. *« J'ai jamais parlé avec mon mari ni avec mes proches sur la nature de l'accouchement, qu'il soit par voix basse ou par césarienne. J'ai prié pour que ma grossesse dure cette fois, j'ai eu vraiment peur. ».*

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Madame I a décrit la césarienne comme étant l'un des types de l'accouchement qui s'effectue par une intervention chirurgicale.

D'après notre sujet de recherche on a repéré qu'elle n'a pas une moindre idée sur la césarienne. Au début madame I estimait d'accoucher par voie basse en provoquant son accouchement à l'aide du médecin, elle n'a pas résisté, donc elle préférée d'accoucher par césarienne. *« Au début je voulais accouchée normal, mais le médecin a provoqué mon accouchement, cela ma rien donné ou contraire j'ai eu du mal résistée à ca. »*.

Notre sujet de recherche s'attendait à un accouchement par voie basse, mais les médecins lui avancée que son accouchement sera effectué par la césarienne, madame I reponse comme suivant: *« ... je n'avais pas le choix, je voulais accouchée pour voir mon enfant en bonne santé. »*.

Du coté de son époux et sa familles, ils ont accepté facilement vue que tout s'est bien déroulé.

Axe III : les informations concernant le déroulement de la césarienne et les stratégies défensives vis-à-vis à d'elle

La jeune dame apprend que son accouchement sera effectuée à travers une césarienne, vue la fermeture de son col.

En voulant savoir ses préférences entre l'anesthésie locale et générale, elle a choisi la première sous le prétexte d'assister à l'accouchement sans ressentir les maux de cet accouchement. Madame I, l'a indiqué comme suite : *« je voulais assister à la naissance de mon bébé, je veux entendre son premier cris, j'ai souhaité vivre ce moment, je l'attendais avec impatience »*.

Madame I nous a parlé sur le déroulement de sa césarienne, elle a indiqué que tout s'est bien déroulé car, il y'avait toutes les conditions adéquates et favorables permettant d'accoucher.

Notre sujet de recherche nous a décrit le vécu de sa césarienne. Elle a indiqué qu'elle n'a pas eu des complications ni du coté physique ni du coté moral : « j'ai vécu ma césarienne normal, j'ai aucun problème ni physique ni moral. ».

A propos de la cicatrice, madame I ne s'est jamais gênée de cette idée, pour elle le plus important est d'accoucher, et avoir un enfant en bonne santé.

A la fin de notre entretien avec notre sujet de recherche, on a constaté que la jeune femme préfère subir un accouchement normal, c'est à dire, par voie basse, par ce que, elle lui semble que c'est une intervention naturel la plus exemplaire à adopté est la plus facile à résister.

Synthèse de l'entretien du cas

D'après cet entretien et les réponses retenues, madame I, elle a utilisé un coping pour faire face à cette intervention, elle a accepté cette intervention mais elle préfère subir un accouchement normal.

1.2. Présentation et analyse des donnée de l'échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n ° 1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	1	1	1	5	5	3	1	1	3	5	5	5	5	3	5	5	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	3	4	1	2	4	1	5	1	3	1	4	1	5	2	1	1	1	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	2	1	5	3	2	3	3	2	3	5	5	2	3	3	2	3	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	7			6			11			7			12			8			53	136	
Informati		7			12			5			14			10			9		37		
Emotion			3			8			18			11			7			11	46		

Positif	7	7		6				5	8		14					8	9	11	75
Négatif			3		12	8	11			7		11	12	10	7				81

Tableau n° 19 : Feuille de dépouillement n ° 1

Les résultats obtenus dans ce tableau montrent un score total de 136, et une note élevée de 81 pour l'utilisation d'un coping négatif, et une note de 75 pour le coping positif, et une note de 57 qui correspond au champ d'information, et une note de 53 pour l'action, enfin on a mentionné une note faible pour champ d'émotion.

1.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION		II INFORMATION		III EMOTION		TOTAL
Focalisation	A	7	G	9	M	7	23
Support social	B	8	H	7	N	11	26
Retrait	C	11	I	12	O	3	26
Conversion	D	7	J	5	P	8	20
Contrôle	E	12	K	14	Q	8	34
Refus	F	8	L	10	R	11	29

Tableau n° 20 : feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevé pour Le contrôle avec un score de 34, viennent en suite le refus avec une note de 29, et une note de 26 pour le support social et Le retrait, et une note de 23 pour la focalisation, et une note faible pour la conversion avec le score de 20.

Synthèse de l'échelle de coping

D'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n° 1 et n° 2

De l'échelle de coping, on peut dire que madame I, a utilisé un coping négatif, ou on a repérer un score de 81, et qui est centré sur le soutien social.

Conclusion du cas

On se réfère aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec notre sujet, on peut dire que madame I, a utilisé un coping pour faire face à la césarienne. Et d'après l'analyse de l'échelle du coping et la théorie de Lazarus et Folkman, appelé théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping négatif face à sa situation stressante, qui est la césarienne, et il s'agit d'un coping centré sur le problème.

Cas 10

1. Présentation et analyse des données du dixième cas

1.1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif

- les renseignements personnels

Il s'agit de madame J âgée de 26 ans, licenciée en Langue Arabe. Après avoir lui expliqué notre objectif de recherche, la femme s'est directement ouverte sans aucune hésitation à tous nos questionnements.

Durant notre entretien notre sujet de recherche était à l'aise, décontractée, souriante, et motivée, le climat instauré lors de cette conversation a été très chaleureux et plein de confiance.

Axe I: les informations concernant le vécu de la grossesse

Madame J, mariée depuis 2 ans, sa grossesse était programmée et est suivie régulièrement par un gynécologue: *« le jour de la confirmation de la nouvelle, nous l'avons fêté, on a été très heureux. »*.

En passant à un autre point de notre entretien qui est le vécu de la grossesse, notre sujet de recherche a vécu sa grossesse de manière normale sans complication, ni problèmes de santé: « *ma période de grossesse a été bien vécu, j'ai rencontré aucun problème ni du cote physique ni du cote psychique.* ».

Et pour l'imagination du déroulement de son accouchement, madame J a répondu comme suite: « *je n'ai pas imaginé d'accoucher par césarienne, puisque allait bien pendant ma grossesse.* ».

D'après madame J, elle préfère subir un accouchement normal (par voie basse), mais, la sage femme l'a informée que son accouchement sera effectuer à travers une césarienne. La jeune femme a accepté cette intervention le plus normalement possible: « *Je n'ai pas eu peur, j'ai accepté cette intervention, car c'est eux qui savent ce qu'il faut, j'ai accepté la césarienne ...normal.* ».

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

Après avoir interrogé madame J, sur son point de vue sur la césarienne elle a répondu par : « *pour moi la césarienne est une opération qui peut être programmé ou en urgence, de nos jour elle est pratiqué d'une manière élevé et bien reconnu par son taux de réussite.* »).

Notre sujet de recherche s'attendait à un accouchement par voie basse, mais les médecins l'a prévenu que son accouchement sera effectuer par césarienne. Madame J reoste comme suivant: « *je n'avais pas le choix, je voulais accoucher avec la façon la plus convenant à mon état, mon but est de voir mon enfant en bonne santé.* ».

Du coté de son époux et sa familles, ils ont accepté facilement, vue que c'est le moyen unique et exemplaire pour son cas.

Axe III : les informations concernant le déroulement de la césarienne, et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

La jeune dame apprend que son sera effectuée a travers une césarienne, et ce choix est obligatoire vue la fermeture du son col.

On voulait savoir ses préférences entre l'anesthésie locale et générale. Au Madame J, elle a choisi le seconde dans le prétexte de ne pas assisté au déroulement de son accouchement, mais par la suite, la sage femme lui expliqué qu'assister à l'accouchement, et entendre le premier crie du bébé est un sentiment merveilleux et un moyen idéal pour ressentir l'amour authentique de son bébé. Désormais madame J change d'avis : *« tout s'est passé à merveille, les médecins parlent entre eux, quelques instants après j'ai entendu mon ange crier, j'étais la femme la plus heureuse, vous ne pouvez pas imaginer ce sentiment. »*.

Madame J, a d'écrit le sentiment qu'elle ressentait comme suivant: *« je n'ai pas cru que je suis devenue maman, j'ai une fille, c'est un sentiment merveilleux »*.

Notre sujet de recherche a vécu sa césarienne du coté physique et psychique comme suite: *« oui j'ai eu des douleurs, j'ai eu peur, de stresse, joie, tous étaient mélangé, des sentiments que je ne comprenais pas. Dieu merci tout était parfait, mon bébé est là moi aussi. »*.

A propos de la cicatrice madame J, n'est pas gênée par la cicatrice. Pour elle le plus évident est d'être en bonne santé son bébé aussi.

En fin, de ce qui est de la dernière question de notre entretien, on a constaté que madame J, ne veux pas revivre cette expérience.

Synthèse de l'entretien

D'après les réponses obtenues dans notre entretien semi-directif, on a constaté que madame J, a utilisé un coping pour faire face a sa situation qui es

la césarienne, notre sujet a fit face a cette intervention, et elle la accepté.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping

1.2.1. Feuille de dépouillement n° 1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	1	1	5	5	5	1	3	4	3	3	3	4	1	1	4	5	3		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	1	1	4	5	5	1	5	5	2	4	3	5	3	1	3	3	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	3	1	5	5	3	2	5	5	1	5	3	4	3	4	4	5	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG
Action	15			14			4			6			13			11			63	181
Information		5			15			13			12			7			13		65	
Emotion			3			13			14			9			6			7	52	
Positif																			104	
Négatif																			76	

Tableau n ° 21 : feuille de dépouillement n° 1

Dans ce tableau on à mentionné une note totale de 181 des champs, la note la plus élevé est de 104 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score de 76, et on a le coping centré sur l'information avec une note de 55, en suite une note de 53 pour l'action, et 52 pour le champ d'émotion.

1.2.2. Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	15	G	13	M	6	34
Support social	B	14	H	5	N	7	26
Retrait	C	4	I	15	O	3	22
Conversion	D	6	J	13	P	13	32

Contrôle	E 13	k 12	Q 14	39
Refus	F 11	L 7	R 9	27

Tableau n° 23 : feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevé pour le contrôle avec un score de 39, viennent en suite la focalisation avec une note de 34, et une note de 32 pour la conversion, et une note de 27 pour le refus, et une note de 26 pour le support social, et une note faible pour le retrait avec le score de 22.

Synthèse de l'échelle

D'après les résultats obtenus, dans l'échelle de coping, et d'après la feuille de dépouillement n° 1 et n°2, on peut dire que madame E, présente un coping positif avec un score de 101, centré sur le soutien sociale.

Conclusion du cas

On se réfèrent aux résultats et aux réponses de l'entretien semi-directif et l'échelle de coping qu'on a effectué avec madame J, on peut dire que notre sujet, a utilisé un coping pour faire face a sa césarienne. Et d'après la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman, on peut conclure que notre sujet présente un coping positif centré sur le soutien social

2. Discussion des hypothèses

Après l'analyse des résultats, nous arrivons enfin à la discussion de nos hypothèses.

Notons que durant l'ensemble de notre travail on s'est basé sur la théorie transactionnelle de Lazarus et Fulkman.

- **Discussion de la première hypothèse**

Rappelons-nous le principe de cette première hypothèse qui stipule :

« **Les femmes césarisées, utilisent un coping positif pour faire face à la césarienne** ».

Cas (A) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on a constaté que madame A, a bien vécu son accouchement par césarienne, elle a pu faire face à cette intervention, elle voulait que son bébé soit en bonne santé, ceci est confirmé à travers le passage suivant : « *tout s'est bien passé* », « *je voulais voir mon bébé, je ne souhaite que ça* », « *oh, quel grand soulagement* ».

A-propos de l'échelle toulousaine du coping, que nous avons effectué avec le sujet A, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping positif, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score de 81(annexe N).qui rentre dans le cadre d'un coping positif.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet A présente un coping positif** face à la césarienne, donc, notre **première hypothèse est confirmée**.

Cas (B) ;

D'après les informations recueillies à partir de l'entretien clinique semi-directif que nous avons effectué dans la maternité Targa-Ouzamour. et d'après la théorie sur laquelle on s'est basé, madame B a bien vécu le déroulement de son accouchement, et elle a bien reçu la nouvelle de sa césarienne, et même, elle a voulu cette intervention, qui se confirme d'après ses dires ; « *je voulais*

l'accouchement par césarienne, depuis ma grossesse, je ne voulais pas un accouchement normal », « bonheur total, quel soulagement ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping que nous avons effectué avec le sujet B, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping positif pour faire face à sa césarienne, et cela d'après les résultats qu'on a obtenu dans la feuille de dépouillement n°1, le score du coping positif est de 88, par rapport au coping négatif avec un score de 68.

D'après l'analyse des données de coping, on peut conclure que le sujet B **présente un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (C)

D'après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif qu'on a effectué avec le sujet C, on a constaté que madame C ne s'attendez pas à un accouchement par césarienne, , Elle avais peur, elle était stressée malgré la panique et le stress de madame C mais l'envie d'avoir son enfant entre les mains lui a donné la force et le courage pour affronter et accepter la césarienne, elle a utilisé un coping pour faire face à sa césarienne.

A propos du l'échelle de coping qu'on à effectué avec le sujet C, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping positif, cela s'inscrit nettement à travers les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 de l'échelle, avec un score 84, par rapport au coping négatif avec un score de 61.

D'après les réponses du guide d'entretien, et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet C, a **utilisé un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (D) ;

D'après les informations recueillies à partir de l'entretien semi-directif que nous avons effectué dans la maternité de Targua-Ouzamour, avec le sujet D, et d'après la théorie sur la qu'elle on s'est basé, madame D a utilisé un coping pour faire face a sa césarienne, et elle a acceptée cette intervention, car elle a pensé a son bébé, ceci se confirme à travers le passage suivant : « j'ai pensé à mon bébé, à mon ange, je me suis dit enfin je vais le prendre dans mes bras », « j'ai peur de perdre mon bébé », et elle a pensé aussi à son mari.

A-propos de l'échelle de coping que nous avons effectué avec le sujet D

On peut déduire, qu'elle présente un coping positif, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n °1, avec un score de 88, par rapport au coping négatif avec un score de 68.

D'après les réponses du guide d'entretien, et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet D, a **utilisé un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (E) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet E, on a constaté que madame E a bien vécu sa césarienne, et elle a bien passé cette expérience, malgré qu'elle avait quelque douleurs après la césarienne, ceci on le confirme cela d'après ses paroles : « *très bien passé* », « *j'attendais juste le moment de voir mon bébé* », « *oui, c'est vrai, j'ai eu mal après que l'effet de l'anesthésie a disparu, tout s'est bien passé, même, j'étais très contente car mon bébé est en bonne état* ».

A-propos de l'échelle de coping que nous avons effectué avec le sujet E, on peut déduire qu'elle présente un coping positif, d'après la feuille de

dépouillement n°1, avec un score de 86, par rapport au coping négatif avec un score de 69.

D'après les résultats obtenus du guide d'entretien et les réponses du questionnaire, on peut conclure que le sujet E, **présente un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (F) ;

D'après l'analyse des données l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on a constaté que madame F a mal vécu son accouchement, elle n'a jamais pensé qu'elle souffrira autant, mais après que la sage-femme lui annonce qu'elle va coucher par césarienne, elle était heureuse car, elle va mettre fin à ses douleurs. Et elle nous a déclaré cela d'après les témoignages suivant : *«quant elle ma dit, c'est bon, on va vous faire la césarienne, j'étais... heureuse, heureuse, heureuse, j'étais soulagée, vous imaginez même pas», «je n'imagine pas de supporté plus que ca, non», «c'est insupportable». «Je ne veux plus tomber enceinte encore une fois».*

A-propos du questionnaire du coping qu'on a effectué avec le sujet F, on peut déduire que madame F, a utilisé un coping positif, face à la césarienne, et cela d'après la feuille de dépouillement n°1, avec un score de 101, par rapport au coping négatif avec un score de 77.

D'après les réponses du guide d'entretien et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet F, **présente un coping positif** face à sa césarienne, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (G) ;

D'après les résultats obtenus durant l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet G, on a constaté que madame G a mal vécu son accouchement par césarienne, elle avait peur de faire cette intervention, et elle a

trop souffert, ceci se manifeste à travers son témoignage, «*la vérité c'est dure*», «*le lendemain de ma césarienne ça été le pire moment... Les douleurs* »

A-propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectué avec le sujet G, on peut déduire qu'elle à utilisé un coping positif, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score de 105, par rapport au coping négatif avec un score de 66.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet G présente un coping positif** face a la césarienne, donc notre **première hypothèse est confirmée**.

Cas (H) ;

D'après l'analyse des données l'entretien clinique semi-directif, que nous avons effectué dans la maternité Targa-Ouzamour, et d'après la théorie sur laquelle on s'est basé, madame H a bien vécu le déroulement de son accouchement, elle a bien reçu la nouvelle de sa césarienne, en plus, elle à voulu cette intervention, on a constatée d'après ses dites ; «*un soulagement* », «*je pleuré* », «*الحمد لله (dieu merci), je vais bien et mon enfant aussi* »

A-propos du l'échelle toulousaine de coping, que nous avons effectué avec le sujet H, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping positif pour faire face à sa césarienne, et d'après les résultats qu'on a obtenu dans la feuille de dépouillement n°1, le score du coping positif est de 97, par rapport au coping négatif avec un score de 83.

D'après les réponses du guide d'entretien et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet H **présente un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Cas (I)

D'après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif qu'on a effectué avec le sujet I, on a constaté que madame I, a déjà pensé à la césarienne, ce n'était une surprise pour elle, car elle a voulu juste que son bébé soit en bonne santé, et ne pas le perdre car elle a déjà fait plusieurs fausses couches, on confirme cela d'après ces paroles : « *j'ai été heureuse de faire la césarienne* ». « *J'ai une phobie de l'accouchement normal, d'après les toucher du 9ème mois* »

A-propos de l'échelle de coping qu'on a effectué avec le sujet I, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping négatif, cela d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 de l'échelle, avec un score 81, par rapport au coping positif avec un score de 75.

D'après les réponses du guide d'entretien, et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet C, a **utilisé un coping négatif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est infirmée**.

Cas (J) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué dans la maternité de Targua-Ouzemour, avec le sujet J, et d'après la théorie sur laquelle on s'est basé, madame J a utilisé un coping pour faire face à sa césarienne, et elle a accepté cette intervention, sans aucune hésitation, car elle a pensé à son bébé, et on confirme cela à travers ce passage : « *normal, j'ai eu de courage* », « *j'ai pensé à mon bébé* »

A-propos de l'échelle de coping qu'on a effectué avec le sujet J,

On peut déduire, qu'elle présente un coping positif, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1, avec un score de 104, par rapport au coping négatif avec un score de 76.

D'après les réponses du guide d'entretien, et les réponses de l'échelle de coping, on peut conclure que le sujet J, a **utilisé un coping positif**, ce qui fait que **notre première hypothèse est confirmée**.

Synthèse

D'après les résultats obtenus et l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de l'échelle toulousaine de coping que nous avons effectué, on a constaté que notre groupe de recherche qui se compose de 10 femmes ayant subi un accouchement par césarienne en urgence, présentent un coping positif pour les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, et un coping négatif pour le cas 9. Alors on a confirmé notre hypothèse pour la majorité de nos cas

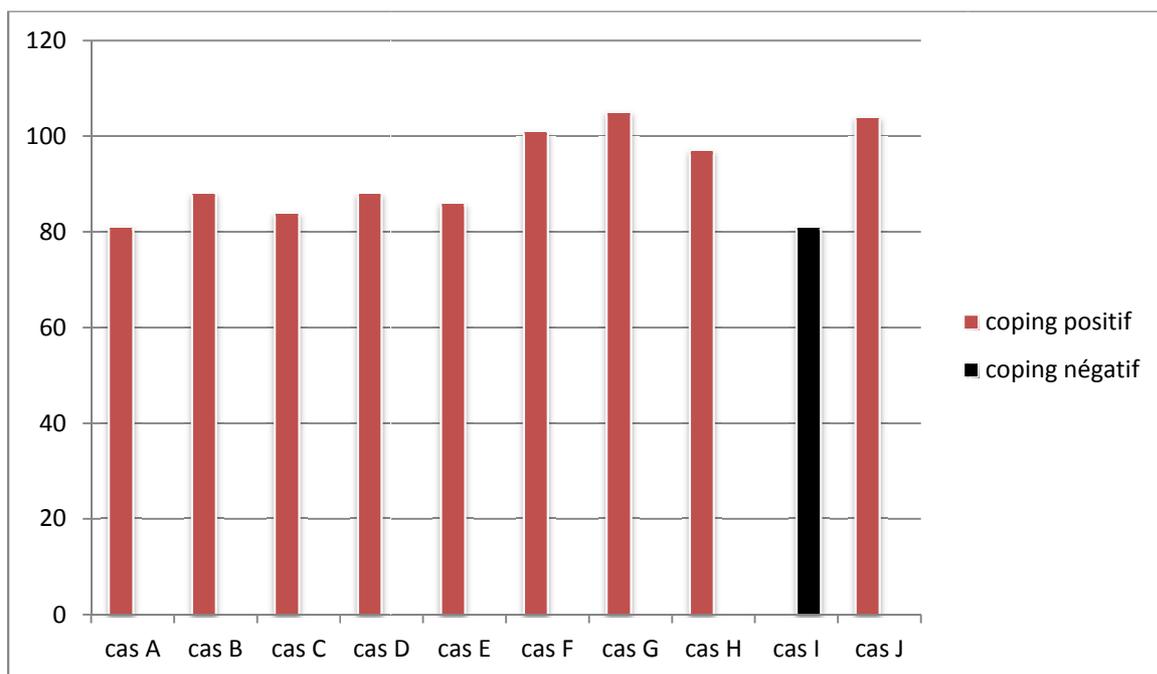


Figure N° 10 : présentation graphique des types de coping selon nos 10 cas

- **Discussion de la deuxième hypothèse**

Notre deuxième hypothèse suppose que :

« Les femmes césarisées utilisent les stratégies de coping centrée sur le soutien sociale ».

Cas (A) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet A, on a constaté que madame A, a accepté sa césarienne, elle a accepté de faire face à cette dernière, et elle nous a pas beaucoup parlé sur son entourage, et elle n'a pas utilisé des termes qui montre son côté émotionnel et affective.

À-propos de l'échelle toulousaine de coping, que nous avons effectué avec le sujet A, on peut déduire qu'elle a utilisé un **coping centré sur le problème**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 57, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 40, pour le contrôle qui implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités et la contention des émotions.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet A, présente un coping centré sur le problème** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est infirmée**.

Cas (B) ;

D'après l'analyse entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet B, on a constaté que madame B, a accepté sa césarienne, pour éviter les douleurs de l'accouchement, elle a utilisé beaucoup de terme qui exprime son affecte, « *je souhaite* », « *j'ai peur* », « *heureuse* », « *c'est dure* », « *je ne veut pas* », « *dieu merci* », « *je veux pas voir la situation au qu'elle je me trouve* », « *mon*

cœur veut arrêté », « je me sens bien, je suis heureuse que mon bébé va bien et moi aussi »

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectué avec le sujet B, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping **centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 59, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 36, pour le support social, en utilisent des actes coopératifs comme moyens de luter contre la situation au qu'elle elle se trouve. .

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet B, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée**

Cas (C) ;

après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet C , on a constaté que madame C, a dit, *« j'ai peur de mourir, et de laisser mon enfant », « j'ai peur que mon mari va se remarier », «j'ai parler de la césarienne avec ma sœur », « je ne veut pas », « dieu merci », « mon mari ma fais du courage», « j'ai pleuré quant, j'ai entendu le cri de mon enfant ».* Elle a utilisé des termes pour décrire ses émotions, et elle a eu le soutien de son conjoint et sa sœur.

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectuée avec le sujet C, on peut déduire qu'elle a utilisé un **coping centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 63, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 36, pour le support social, en impliquant la demande d'aide en terme cognitifs (conseils, information).

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet C, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée**

Cas (D) ;

D'après l'analyse des données semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on a constaté que madame D, a beaucoup parlé sur sa césarienne ; comment elle a affronté, et comment a vécu cette expérience. Elle a rarement utilisé des termes d'affection, et elle nous a pas beaucoup parlé sur son soutien social « *je me sens bien* », « *j'avais un pré-sentiment que je vais accoucher par césarienne, car j'ai pas eu des douleurs* », « *j'ai pleuré, j'ai eu peur de perdre mon bébé* ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, que nous avons effectué avec le sujet D, on peut déduire qu'elle a utilisé un **coping centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 57, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 36, pour la focalisation.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet D, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée**.

Cas (E) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet E, on a constaté que le discours de madame E, se déroule sur sa césarienne, et elle nous a parlé aussi de son bébé, voici quelque témoignage de notre sujet qui le démontre « *ils ont beaucoup essayé pour me faire accoucher normal* », « *je m'attendais à un accouchement normal* », « *c'est vrai que c'est*

difficile, mais il faut pas trop dramatiser les choses », « *ma césarienne s'est très bien passé* », « *j'ai pleuré quand, j'ai entendu le cri de mon enfant, c'est le moment le plus agréable* ». madame E a utilisé des termes qui expriment plus ses émotions.

Concernant l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectuée avec le sujet E, on peut déduire qu'elle a utilisé un **coping centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 58, par rapport aux autres types de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 31, pour le support social, et la focalisation, et le contrôle.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et de l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet E, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée**.

Cas (F) ;

Après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet F, on a constaté que madame F, a parlé sur sa césarienne, Elle a aussi utilisé des termes suivants, « *quand elle m'a dit, c'est bon, on va vous faire la césarienne, j'étais... heureuse, heureuse, heureuse, un soulagement, vous imaginez même pas* », « *je n'imagine pas de supporter plus que ça, non* », « *c'est insupportable* ». « *je veux plus tomber enceinte encore une fois* ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectuée avec le sujet F, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping **centré sur le problème**, d'après les résultats obtenus dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 61, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de

dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 35, pour le contrôle et la conversion.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et de l'échelle de coping, on peut conclure que **le sujet F, présente un coping centré sur le problème** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est infirmée**

Cas (G) ;

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet G, on a constaté que madame G, a beaucoup parlé sur sa césarienne, Elle a aussi utilisé des termes d'affection, « *le dieu nous a envoyer un cadeau du ciel* », « *j'attendais le moment voir mon bébé* », « *je pensé comment je vais le porté* », « *je me disais l'essentiel mon bébé va être bien, et en bonne santé* », « *j'avais peur, vraiment peur* », « *je pensé a ma mère* ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectué avec le sujet G, on peut déduire qu'elle a utilisé un **coping centré sur le soutien social**, et un coping centré sur l'émotion, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 58 pour les deux coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 36, le contrôle.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet G, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée.**

Cas (H) ;

D'après l'analyse des denrées de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet H, on a constaté que madame H, a parlé sur sa césarienne, Elle a aussi utilisé des termes suivant, « *j'ai eu un soulagement* », « *je pleuré, je sais*

pas pourquoi », « *j'ai dit الحمد لله (dieu merci)* », « *pour le moment je vais bien* », « *je n'ai pas pensé qu'un jour je vais faire la césarienne* ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectué avec le sujet H, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping **centré sur le problème**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 67, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 37, pour la focalisation,

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet H, présente un coping centré sur le problème** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est infirmée**

Cas (I)

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on a constaté que madame I, a beaucoup parlé sur sa césarienne, Elle a aussi utilisé des termes suivant, « *je suis heureuse* », « *j'ai imaginé les deux cas, sois césarienne ou par voix base, mon but qu'elle soit en bonne santé* », « *d'après les toucher, j'ai eu la phobie de l'accouchement normal* », « *le sentiment de voir mon bébé...* », « *J'ai pleuré en voyant mon bébé* ».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu' 'on na effectué avec le sujet I, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping **centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 57, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 34, pour le contrôle,

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet H, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée**

Cas (J) ;

D'après l'analyse des données semi-directif qu'on a effectué avec le sujet J, on a constaté que madame J, a parlé sur sa césarienne, Elle a aussi utilisé des termes suivant, «*je pensé a la césarienne, mais avec un pourcentage bas*», «*je n'ai pas eu peur, normal* », « *j'ai eu du courage* », «*j'étais hâte que mon bébé sois la* », « *mon mari n'a pas accepté ma césarienne au début*».

A propos de l'échelle toulousaine de coping, qu'on a effectué avec le sujet J, on peut déduire qu'elle a utilisé un coping **centré sur le soutien social**, d'après les résultats obtenu dans la feuille de dépouillement n°1 avec un score élevé de 65, par rapport au autre type de coping. Et d'après la feuille de dépouillement n°2, on a eu un score élevé de 39, pour le contrôle,

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien, et l'échelle de coping, on peu conclure que **le sujet J, présente un coping centré sur le soutien social** face à la césarienne, donc notre **deuxième hypothèse est confirmée.**

Synthèse

D'après les résultats obtenus dans le guide d'entretien, et l'échelle toulousaine de coping, on peut conclure que, notre deuxième hypothèse est confirmé pour les cas B, C, D, E, G, I, J, qui présentent un **coping centré sur le soutien social**, et elle est infirmé pour les cas, A, F, H, qui présentent un **coping centré sur le problème**,

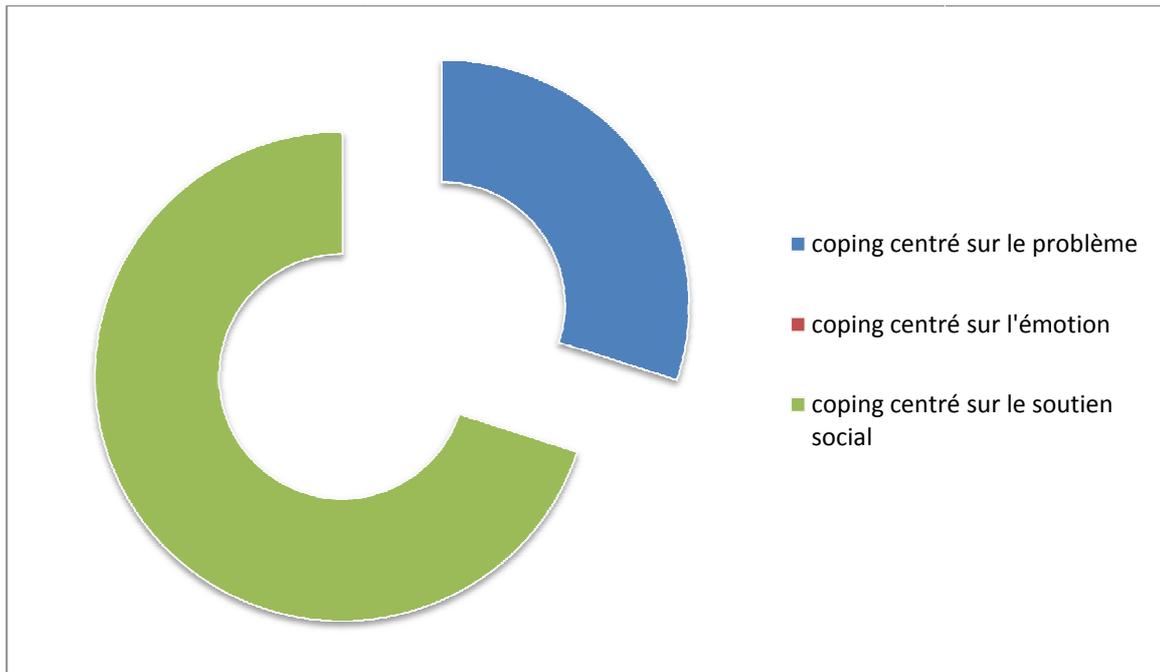


Figure n°11 : présentation graphique des différents types de coping utilisé par nos sujets

Conclusion

Le coping est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant ou dépassant ses ressources

Dans ce cadre, la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels, qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée.

Aujourd'hui une femme sur cinq accouche par césarienne. Cette intervention qu'elle soit pratiquée en urgence ou programmée, permet d'éviter au moment de la naissance, de mettre en danger la maman ou son bébé.

Car devant cette situation les femmes césarisées utilisent un certain nombre de comportement et de modalité, afin de surmonter et s'adapter à leurs problèmes, elles se réfèrent aux différentes stratégies de coping.

Pour mieux accéder aux informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons utilisé l'entretien semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping, pour savoir comment elles font face à leur situation, et quels types de coping utilisent-elles ?

A travers les résultats obtenus durant notre recherche, nous pouvons dire que, 9 sur 10 de nos cas, présentent un coping positif face à la césarienne, (A, B, C, D, E, F, G, H, J) et 1 sur 10 cas, présente un coping négatif face à cette intervention (I).

Et on a eu aussi, des différents stratégies de coping, utilisées par les femmes césarisées, on a obtenu d'après notre recherche, trois (3) cas (A, F, H) qui présentent un coping centré sur le problème, et sept (7) cas (B, C, D, E, G, I, J), qui présentent un coping centré sur le soutien social, et aucun cas pour le dernier coping intitulé ; coping centré sur l'émotion.

Conclusion

Nous avons disposé plus de temps et de moyens pour faire un travail bien plus meilleur. Nous restons convaincus que le processus de recherche est sans fin, et on espère que ce modeste travail sera poursuivie par d'autre, afin d'adapter plus de clarté et de précision sur l'accouchement par césarienne.

Il serait très intéressant de chercher par exemple, qu'elle est le vécu psychologiques des femmes qui ont subis un accouchement par césarienne ? Selon l'approche psychanalytique. Ou bien, est ce que les femmes qui ont accouché par césarienne présentent un bon accueil de leur bébé ?

La liste bibliographique

Liste bibliographique

1) les ouvrages

1. Bénony. H, Chahraoui. KH, 1999, « **l'entretien clinique** », Dunod, Paris.
2. Cacault. J-A, et autres, 1997, « **L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables du nouveau-né** », John libbey, Rome.
3. Chabrol. H, et autres, 2013, « **mécanisme de défense et coping** », 2ème édition, Dunod, Paris.
4. Chahraoui. KH, Bénony. H, 2003, « **méthodes, évaluation, et recherche en psychologie clinique** », Dunod, Paris.
5. Chartouk. L, 1996, « **Féminité et maternité, accouchement sans douleur** », Brouwer, Paris.
6. Cousin. M, et autres, 2001, « **petit précis d'anesthésie** », Heures de France, France.
7. Dana. J et autres, 2001, « **donner la vie** », Seuil, France.
8. Fenwick. E, 1993, « **mon bébé, je l'attends, je l'élève** » reader's digest, Québec.
9. Frydman. R, et autres, 2010 « **attendre un bébé** », Tachette pratique, Paris.
10. Frydman. R, et autres, 1989« **ma grossesse mon enfant** », Odile Jacobe , Paris,
11. Garel. M, 2013, « *l'attente et la perte du bébé* », Michel, Paris.
12. Graziani. P, Swendsen. J, 2005, « le **stress, émotion et stratégies d'adaptation** », Armend colin, France.
13. Guelfi. J-D et autres, 2003, « **Amirican psychiatrique association DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », 4eme, édition, Masson, paris.
14. Lansac. J, 2011, « **le grand livre de ma grossesse** », Eyrolles, Paris.

15. Laplanche. J, Pontalis. J-B, 1981, « **Vocabulaire de la psychanalyse** », 7^e édition, Dunod, Paris.
16. lecompe. E, (2011), « **accompagnement à la naissance** », albin Michel. Paris.
17. lecompte J, 2013 « **les 30 notions de la psychologie** », 1^{er} éditions, Dunod, Paris.
19. Paulhan I. 1992, « **le concept de coping** », Dunod . Paris.
20. Pernoud. L, 2015, « **j’attend un enfant** », Horay, Paris.
21. Marcon. M, 2002, « **le carnet de la grossesse, jour après jour** », Vecchi, Paris.
22. Mimouni. S, 1995,« **le livre de la grossesse et de l’accouchement** », en Nadha, Alger.
22. Serra. C, 2009, « **une grossesse sans stress** », Dunod, Paris.
23. Schertzer. M, 2001, "**personnalité et maladie** ", Dunod, Paris
24. Tournaire. M, 2005, « **Le bonheur d’être mère** », Odil Jacobe, Paris.
25. Wendland. J, 2007, « **le vécu psychologique de la grossesse gémellaire** », Dunod, Paris.

2) les dictionnaires

26. Angel. S, 2003, « **le petit Larousse de la psychologie** », Larousse, Paris.
27. Bourneuf. J, et autres, 1995, « **le petit Larousse de la médecine** », Larousse, Paris.
28. Sillamy. N, 1999, « **dictionnaire de la psychologie** », Larousse, Paris.

28. Quevauvilliers. J, et autres, 2008, « **dictionnaire médical de poche** », Masson, Paris.

29. Ybert. E, 2010, « **le petit Larousse de la médecine en 5000 articles** », Larousse, Paris

3) Les thèses

30. Diarra. D-Y, 2006, « **résultats de l'étude des césarienne au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako** », université de Bamako.

31. Dinca. A, 2008, « **stratégies de coping, mécanisme de défense et leur influence sur le bien être et les performances d'athlète de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », thèse de doctorat, en psychologie, université de rein champagne.

32. Hacini H, 2010, « **les indications de la césarienne** », thèse de doctorat, en psychologie, université Abou-Baker belkaid Tlemcen.

33. Langlois. H, 21014, « **Les indications de la césarienne** », thèse de doctorat, en psychologie, université de toulouse.

34. Macalou H, 2009, « **accouchement par forceps à L'Hôpital fousseyni DAO de kays à propos de 101 cas** », thèse de doctorat, en psychologie, université de Bamako.

35. Pierre A, 2011, « **étude de l'impact de recommandation en 2005 sur la formation des étudiants en France** », thèse de doctorat, en psychologie, université Henri Poincaré I, école de sage femme de Metz.

36. Papat. A, 2007, « **la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques** », thèse de doctorat, en psychologie, université de Toulouse.

4) les sites internet

37. http://magicmaman_famili.fr consulté le 16/ 02/2016 à 14 :50.
38. <http://infibebe.com> consulté le 22/12/2015 à 11 :20
39. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com> consulté le 02/05/2016 à 22 :30.
40. <http://algerie-focus.com> consulté le 14/11/2015 à 13 :20

Annexes

Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Les renseignements personnels

1. Quelle est votre âge ?
2. Quelle est votre niveau d'instruction ?
3. Quelle est votre situation professionnelle ?

Axe I : les informations concernant, le vécu de la grossesse

4. votre grossesse est-elle désirée ?
5. Pouvez-vous nous décrire le déroulement de votre grossesse ?
6. Avez-vous des complications durant votre grossesse ?
7. Avez-vous souffert d'un problème de santé ou cour de cette période ?
lequel ?
8. Est-ce que vous avez eu des changements particuliers ?
9. Comment avez-vous imaginé le déroulement de votre accouchement ?
10. Est-ce que vous avez déjà pensé à la césarienne durant cette période ?
11. Avez-vous déjà parlé de la césarienne avec vous proches ?

Axe II : les informations concernant le vécu de la césarienne

12. Quel regard portez-vous sur cette méthode d'accouchement ?
13. Pendant votre grossesse avez-vous peur d'accoucher par césarienne ?
pourquoi ?
14. Pouvez-vous nous décrire votre réaction à l'annonce de votre
césarienne ?
15. Qu'avez-vous ressentie à ce moment la ?
16. Comment sa été l'annonce de la césarienne à votre mari ?
17. Comment avez-vous pensé à faire face à la césarienne ?

Axe III : les informations sur le déroulement de la césarienne et les stratégies défensives vis-à-vis d'elle

18. Avec quel type d'anesthésie avez-vous passé votre césarienne ?
19. Est-ce que le médecin vous a donné le choix de type d'anesthésie ?
20. Pouvez-vous nous décrire et raconter le déroulement de votre césarienne ?
21. Qu'avez-vous éprouvé au moment de la césarienne ?
22. A quoi avez-vous pensé après que votre césarienne est terminée ?
23. Comment avez-vous vécu cette césarienne physiquement et moralement ?
24. Est ce que vous ressentez un changement physique ?
25. Est-ce que votre cicatrice vous dérange ?
26. Si vous retomber enceinte quel type d'accouchement préférez vous ? pourquoi ?

Annexe N° 2 : l'échelle toulousaine de coping

La Consigne

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez à fait concernés et qui est angoissante, stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourer le chiffre qui vous correspond le mieux.

Pour trouvez 5chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1 (pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Les annexes

Choix de la situation difficile :

Face à une situation difficile, je réagis de façon suivante

	Pas de tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essais de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

(S. Espardes et autres, 1989, p.160).

Les annexes

Annexe N° 3 : Feuille de dépouillement n° 1

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

(S. Espardes et autres, 1989, p. 163)

Annexe N° 4 : Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL
Focalisation	A	G	M	
Support social	B	H	N	
Retrait	C	I	O	
Conversion	D	J	P	
Contrôle	E	K	Q	
Refus	F	L	R	

(S. Espardes et autres, 1989, p. 164)

Les annexes

Annexe N° 5 : Les résultats l'échelle de coping du cas 1

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 6 : les résultats de l'échelle de coping du cas 2

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 7 : les résultats de l'échelle de coping du cas 3

	Pas du tout				Très souvent
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 8 : les résultats de l'échelle de coping du cas 4

	Pas du tout				Très souvent
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 9 : les résultats de l'échelle de coping du cas 5

	Pas du tout			Très souvent	
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gents qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 10 : les résultats de l'échelle de coping du cas 6

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 11 : les résultats de l'échelle de coping du cas 7

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gents qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 12 : les résultats de l'échelle de coping du cas 8

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 13: les résultats de l'échelle de coping du cas 9

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Les annexes

Annexe N° 14 : les résultats de l'échelle de coping du cas 10

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fait face a la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

Les annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotion.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5