

Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention de diplôme du Master

En psychologie clinique

Thème :

**Le stress et les stratigies de coping chez les femmes
atteintes de la stérilité primaire**

Etude de 06 cas réalisée au niveau de clinique Rachid Benmerad de Bejaia

Réalisé par :

OUTEMZABET Soraya

MOULAI Sonia

En cadré par :

M^{eme} MEHENNI Zahoua

Année universitaire

2016 / 2017

Remerciement

Avant tout, nous rendons grâce à Dieu de nous avoir accordé santé, courage et patience afin d'accomplir ce modeste travail.

Aussi nous très chère parents pour leur soutien leur amour, et leurs patience, durant toutes nos années d'étude.

Un merci particulier à notre encadreur Madame MEHHENI ZAHOUA pour son aide, ses orientations, et ses conseils surtout ca gentillesse avec nous.

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

Un grande merci aux agents de la bibliothèque spécialement Monsieur MAMCHAOUI NABIL qui a été à notre disposition à tout moment.

Nous remercions chaleureusement Madame BETATACHE GHANIA la sécuritaire de Dr Orabi qui nous a beaucoup aide, ainsi que toutes les femmes ayant accepté de participer à cette recherche.

Nous remercions notamment Madame et monsieur IDER.

Enfin, nous dirons Merci à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Dédicace

Avec ma gratitude et grand amour, je dédie ce modeste travail : A mes chers parents, pour leurs sacrifices, encouragements et leurs précieux conseils, pour que je réussisse dans ma vie, j'espère que je serai toujours à la hauteur de leurs espérances.

A la mémoire de mes soeurs (Linda et Khalissa).

A mes sœurs (Siham, Ilissa, Khera), kahina et Massi et ses petites enfans (Anire et Liza), et Rachida et son mari Zahir, et a mes deux frères « Mamar et Mahrez ».

A mes très chère amies surtout (Hamida, Mannel, Chafia, Massi, et je n'oublie pas mes camarades.

Également à notre encadreure madame MEHENNI Zahioua

A ma Meilleures binôme Sonia et tout sa famille

Enfin à tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Soraya

Dédicace

Avec ma gratitude et grand amour, je dédie ce modeste travail : A mes chers parents, pour leurs sacrifices, encouragements et leurs précieux conseils, pour que je réussisse dans ma vie, j'espère que je serai toujours à la hauteur de leurs espérances.

A la mémoire de mon grand père

A mon grande frère REDA et sa femme BASMA et leurs fille HELINA

A mon petit frère AMIROUCHE et sa femme YASMINE

A ma très cher amie KATIA qui a été à mes coté et qui ma encouragé tout ou long de ma rechercher et a tout sa famille

A monsieur et madame IDER

Également à notre encadreur madame MEHENNI ZAHIOUA

A ma Meilleures binôme SORAYA et tout sa famille

Enfin à tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Sonia

Sommaire

- Liste des abréviations
- Liste des tableaux
- Liste des figures
- Liste des annexes
- **Introduction :.....A**

Cadre méthodologique

- 1- Problématique.....09
- 2- Les hypothèses de la recherche.....11
- 3- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....12
- 4- Les raisons du choix du thème.....13
- 5- L'intérêt du choix du thème de la recherche13
- 6- Les objectifs de la recherche.....13
- 7- Les difficultés rencontrées.....14

Partie théorique

CHAPITRE I: la stérilité féminine primaire aspect médical et aspect psychologique

- Préambule.....16

I- La stérilité féminine primaire: aspect médicale

1- L'historique de la stérilité féminine primaire	16
2- La définition de la stérilité féminine primaire.....	18
3- L'anatomie de l'appareil génital de la femme.....	18
5- L'étiologie de la stérilité féminine primaire.....	21
6- Les facteurs de la stérilité féminine primaire.....	25
7- La prévalence de la stérilité féminine primaire	27
8- Le diagnostique de la stérilité féminine primaire.....	28
9- Le traitement de la stérilité féminine primaire.....	30

II- La stérilité féminine primaire: aspect psychologique

1-L'état psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire.....	32
2- Le vécu psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire.....	33
- La vie sexuelle des femmes atteintes de la stérilité primaire ...	33
- La vie émotionnelle des femmes atteintes de la stérilité primaire.....	33
- La culpabilisation des femmes atteintes de la stérilité primaire..	34
3- Les causes psychologiques de la stérilité féminine primaire.....	35

4- Les troubles psychologiques de la stérilité féminine primaire.....	39
5-Le soutien psychologique de la stérilité féminine primaire.....	40
6- les traitements psychologiques de la stérilité féminine primaire.....	41
Synthèse.....	42

CHAPITRE II : le stress et les stratégies de coping

Préambule :	46
--------------------------	-----------

I - Le stress

1- L'aperçu historique du stress.....	46
2- La définition du stress	49
3- Le stress et quelques concepts.....	51
4- Les déterminants du stress.....	53
5- Les modèles de stress.....	54
6- Les phases du stress.....	56
7- Les symptômes du stress.....	59
8- Les différents syndromes du stress.....	62
9- Les cause du stress.....	63
10- Les facteurs du stress.....	65
11- Les Agents Stressants.....	66
12- Les mécanismes biologiques du stress	67
13- Les approches du stress.....	68
14- Du stress physiologique au stress psychologique.....	71
15- Les effets du stress	71

16- La relation entre le stress et le coping.....	75
17- Le stress et la stérilité.....	75
18- La prise en charge du stress.....	76

II- Les stratégies de coping

1- L'histoire de coping.....	78
2- La définition des stratégies de coping.....	80
3- Les déterminants de coping	84
4- Les différents types des stratégies de coping	87
5- L'efficacité des stratégies de coping.....	90
6- L'évaluation de coping	92
7- Les différents modèles de coping	94
8- Les sources de coping	96
9- La stabilité des stratégies de coping.....	97
10- Les mesures de coping.....	98
11- La relation entre le stress et le coping	100
12- Les stratégies du coping face au stress.....	101
13- Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé.....	102
14 - La relation entre la sante et le coing.....	103
15- Les stratégies coping utilisent face à la stérilité féminine primaire.....	103
Synthés.....	105

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	108
1- La pré-enquête	108
2- Le lieu de la recherche	110
3- La population d'étude et leurs caractéristiques.....	110
4- La méthode de la recherche	112
5- Les techniques de la recherche utilisées	113
6- Les limites de la recherche	124
Synthèse	124

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	125
1- Présentation, analyse des résultats de l'entretien semi-directif et les deux échelles de stress perçu et de toulousaine de coping.....	125
2- discussion des hypothèses.....	173
Synthés	183

Conclusion

Liste bibliographique

Annexe

Liste des abréviations

Abréviation	Transcription
AMH	Hormone Antimüllérienne
DSM4	4 ^{eme} manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
FIV	Fécondation In Vitro
FSH	Hormone Folliculo-Stimulante
GEU	Grossesse Extra Utérine
Gn-RH	GoNadotropin Releasing Hormone
HTA	HyperTension Artérielle
LH	Hormone Lutéinisante
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportemental
TIP	Thérapie InterPersonnel

Liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Page
Tableau 1	Le tableau récapitulatif des cas étudiés	111
Tableau 2	La répartition des stratégies selon le champ	119
Tableau 3	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Tanina	131
Tableau 4	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Tanina	132
Tableau 5	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Kanza	138
Tableau 6	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Kanza	139
Tableau 7	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Dehia	146
Tableau 8	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Dehia	147
Tableau 9	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Silina	155
Tableau 10	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Silina	156
Tableau 11	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Thiziri	162
Tableau 12	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Thiziri	163
Tableau 13	La feuille de dépouillement N°1 de cas de Tasaadit	170
Tableau 14	La feuille de dépouillement N°2 de cas de Tasaadit	171

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure N°01	l'appareil génital de la femme.	19
Figure N°02	Les phases de stress	59
Figure N°03	Les effets de stress sur le corps humain	72
Figure N°04	Les Conséquences de stress sur le corps humain	74

Liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe n°01	Echelle de stress perçu de ca de Tanina
Annexe n°02	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de Tanina
Annexe n°03	Echelle de stress perçu de ca de kanza
Annexe n°04	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de Kanza
Annexe n°05	Echelle de stress perçu de ca de Dehia
Annexe n°06	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de Dehia
Annexe n°07	Echelle de stress perçu de ca de silina
Annexe n°08	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de silina
Annexe n°09	Echelle de stress perçu de ca de Tiziri
Annexe n°10	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de Tizizri
Annexe n°11	Echelle de stress perçu de ca de Tasaadit
Annexe n°12	La présentation de l'échelle toulousaine de coping de cas de Tasaadit
Annexe n°13	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe n°14	L'échelle de stress perçu
Annexe n°15	L'échelle de toulousaine de coping

Introduction

La stérilité est devenu le phénomène de siècle, elle est de plus en plus on augmentation au monde. Selon les statistiques, le nombre de femmes stérilité est (35%) des cas, et la stérilité de couple (20%) des cas, la fertilité baisse avec l'âge ; le risque de ne pas avoir parvenir à avoir un enfant chez la femme augmente au fur et à mesure que s'élève son âge : à 25 ans , il est de l'ordre de (5%), il atteint (10%) à 30ans, (20%) à 35ans, et (50%) à 40 ans. (www. Amel. Fr/ stérilité ou infertilité).

Ainsi, l'attente moyenne pour concevoir un enfant pour un couple de fécondité normale est de un an. Au-delà d'un an, il est conseillé de consulter un médecin spécialiste, non pas pour suivre d'emblée un traitement inducteur de l'ovulation ou une procréation médicalement assistée mais pour définir, cerner le problème à ce stade s'il y en a un.

La stérilité primaire est l'un des types de la stérilité, et un problème qui touche les femmes beaucoup plus, cette expérience difficile menace tous les aspects physiologique et psychologique.

Le vécu de stérilité primaire chez les femmes a une mauvaise répercutions sur elles , provoque plusieurs conséquences soit organique tels que : les maux de tête , la fatigue, les problèmes digestifs, la migraine , la maigreur, ou soit des symptômes psychologique tels que : la tristesse, le chagrin, l'angoisse, des problèmes d'identité, la dépression, et aussi le stress , c'est pour cela qu'elles vivent toujours une grande souffrance, qui influencé sur leur vie personnelle émotionnelle, et relationnelle, qui englobe de le stress, l'anxiété, d'isolement , l'agressivité, faible estime de soi et un regard négatif a sa vie , et pour éviter ces risques il leurs faut un soutien social et psychologique pour surmonter leur difficulté et pour faire face à cette situation.

Introduction

Parmi ces symptômes on a le stress, qui est un problème d'abord avant d'être un effet, qui influence beaucoup plus sur la vie des femmes atteintes de la stérilité primaire par son impacte sur le bien être physique et psychique.

Le stress se manifeste chez le sujet lorsqu'il se trouve dans des situations difficile, dangereuse qui provoquent chez lui une détresse, une souffrance.

Lazarus et Folkman, se sont intéressés au concept de stress, notamment en regardant la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le coping, c'est à dire le processus cognitive à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources dont il dispose pour en faire face.

Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman(1984) ; accorde une importance particulière à la situation stressante.

Ce modèle théorique, permet de donner un éclairage sur le stress et le profil de coping adopté par les femmes atteints de stérilité primaire. D'autre part, il vise à apporter, à partir d'une analyse des entretiens et l'échelle de coping, une compréhension concernant les stratégies de coping utilisé par notre groupe d'étude.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche qui porte sur « les stratégies de coping et le stress chez les femmes atteintes de la stérilité primaire », est justement de connaître le degré du stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies utilise par eux pour afin de faire face à leur situation.

Nous avons effectué notre travail de recherche à établissement hospitalier privé « clinique Dr Rachid Benmerad, Rue Didouche Mourad, Aàmriw, a cotie de la mosquée El Kawther, Bejaïa, Algérie », ou se trouve notre population

Introduction

d'étude qui représente les femmes atteintes de la stérilité primaire qui répondre a nos objectifs. Et on a choisie l'approche cognitivo-comportementale comme un cadre référentielle a notre étude, et nous avons focalise notre étude sur les techniques de recherche suivant : l'entretien semi-directif, et les deux échelles : L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 : Perceived Stress Scale4, et L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sourdes-Aer et Pierre Tap(1993).

Pour réaliser notre recherche et nous avons repartie notre travail en deux parties : théorique et pratique.

Nous avons commencé le travail par le cadre méthodologique qui comprendre : l'introduction, la problématique, les hypothèses de la recherche, la définition et opérationnalisation des concepts clés, les raisons du choix du thème, l'intérêt du choix du thème de la recherche, les objectifs de la recherche, les difficultés rencontrées.

Ensuite la partie théorique qui est subdivisée en deux chapitre : le premier est présenter la stérilité féminine primaire ca définition et ces deux aspect : l'aspect médical et aspect psychologique.

L'aspect médical contient : l'historique de la stérilité féminine primaire, la définition de la stérilité féminine primaire, l'anatomie de l'appareil génital de la femme, l'étiologie de la stérilité féminine primaire, les facteurs de la stérilité féminine primaire, la prévalence de la stérilité féminine primaire, le diagnostic de la stérilité féminine primaire, le traitement de la stérilité féminine primaire.

L'aspect psychologique comprend les éléments suivant : l'état psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire, le vécu psychologique de ces femmes, les causes psychologiques, les troubles psychologiques, le soutien les traitements psychologiques.

Introduction

Dans le deuxième chapitre on a présenté deux parties : la première sur les stratégies de coping qui comporte : l'histoire de coping la définition des stratégies de coping les déterminants, les différents types des stratégies, l'efficacité, l'évaluation, les différents modèles, les sources de , la stabilité des stratégies de coping, les mesures de coping, la relation entre le stress et le coping , les stratégies du coping face au stress, les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé, la relation entre la sante et le coping, les stratégies coping utilisent face à la stérilité féminine primaire. Et la deuxième partie sur le stress qui contient de 17 éléments sont : l'aperçu historique du stress, la définition, le stress et quelques concepts, les déterminants, les modèles, les phases, les symptômes et les différents syndromes, les cause, les facteurs, les agents stressants, les mécanismes biologiques du stress , les approches, du stress physiologique au stress psychologique, les effets du stress , la relation entre le stress et le coping , le stress et la stérilité, la prise en charge du stress.

La partie pratique qui englobe deux chapitres : premièrement le chapitre méthodologique de la recherche qui consiste : la pré-enquête, le lieu de la recherche, la population d'étude et leur caractéristique, la méthode de la recherche, les techniques de la recherche utilisées, les limites de la recherche et deuxièmes c'est la présentation, analyses des cas et la discussion des hypothèses.

On a clôturé notre travail par une conclusion en suit la liste bibliographique et les annexes.

Introduction

Cadre méthodologique

1- Problématique.....	09
2- Les hypothèses de la recherche.....	11
3- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	12
4- Les raisons du choix du thème.....	13
5- Les objectifs de la recherche.....	13
6- Les difficultés rencontrées.....	14

1- Problématique

La stérilité féminine primaire est l'absence totale et irréversible de possibilité de procréation. (O. Poujade et all, p. 271).

Entre 10 et 15% des couples algériens, légalement mariés, souffrent du problème de la stérilité. Le ministère de la Santé quantifie ce taux à 300 000 couples stériles. Une étude prospective du service épidémiologie du CHU de Béni Messous réduit le chiffre à 129 000. Au-delà de l'ambivalence des statistiques, la stérilité est vécue comme un véritable drame pour les époux qui ne parviennent pas à concevoir un enfant de manière naturelle. (<http://www.liberte-algerie.com>).

Globalement, la cause de stérilité est d'origine féminine dans environ 40% des cas, d'origine masculine dans environ 20% des cas, d'origine mixte dans environ 40% de cas. Les causes expliquant la stérilité au sein d'un couple sont multiples et concernent les femmes et les hommes.

Cette incapacité représente, une véritable angoisse chez les femmes qui vivent une étape de deuil face au diagnostic médical, toutes ces tentatives thérapeutiques et de prise en charge médical non couronnées de succès, les échecs répétés engendrent une perte de l'espoir. Ce qui peut déclencher chez elle une tristesse, une solitude, des problèmes d'identité, il y aura un risque d'agressivité, d'angoisse, d'anxiété et un sentiment négatif de la vie.(Davide Georges, p.86).

On accorde de plus en plus de place au facteur de stress dans la lutte contre les problèmes de stérilité et d'infertilité. En effet, on cherche de en plus à analyser les impacts physiologiques du stress et son rôle dans le processus reproductif. Même s'il est vrai que les liens de cause à effet entre le stress et la fertilité demeurent toujours un mystère, le rôle joué par le stress en matière de fertilité ne peut être écarté, à l'instar de très nombreuses études, publiées dans les plus grandes

revues scientifiques spécialisée en reproduction, qui montrent bien le rôle significatif, en réduisant les possibilités de grossesse, joué par le stress en matière de reproduction, aussi bien pour une grossesse naturelle que dans le cadre d'une Assistance Médicale à la Procréation.

Dans une situation de stress, la femme atteinte de la stérilité primaire ne reste pas inactive. Au-delà des réactions physiques de stress qui surgissent en lui, il va tenter d'y répondre. On parle de « coping », mot anglo-saxon, qui veut dire « faire face ».

On peut parler du coping comme Lazarus et Folkman le définissent : «un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (R.S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.14).

D'après Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. (Lazarus et Folkman, 1984, p .141).

Dans le travail de fin de cycle de Françoise Luzolo Kiangebeni (2008), réalisé sur « Identification des principaux facteurs favorisant la stérilité primaire chez le couple, nous avons constaté ce qui suit : le but du travail était d'identifier les facteurs favorisant la stérilité primaire. Après ses enquêtes et exploration, elle a fini par identifier les facteurs qui étaient en prédominance des autres tels que ; Fibromyome qui représentait 63% et qui faisait l'objet de stérilité primaire de majorité de couples et malformation, utérine 53%, occlusion tubaire 53% et aménorrhée primaire ou secondaire banale 53% en résumé, le fibromyome était le facteur le plus remarquable ou fréquent parmi les autres.

L'échantillon d'étude est comme action ou étape d'une enquête quantitative qui consiste à sélectionner les individus que l'on souhaite interroger au sein de la population de base. Notre échantillon constitue de 06 femmes souffrant d'une stérilité primaire. Notre échantillon est aléatoire simple d'un type occasionnel, d'une durée de mariage entre 02 ans Et 06 an, sans prendre en considération l'âge, le niveau d'étude ou le niveau professionnelle.

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

Certaines stratégies adoptées par les femmes stériles peuvent être plus nuisibles que bénéfiques. (African Journal, Dec 2009, p. 81/94).

- Est ce que les femmes atteintes de la stérilité primaire présentent le stress ?
- Quelles sont les stratégies de coping utilisée par les femmes atteintes de la stérilité primaire pour faire face au stress ?

2-Les hypothèses de la recherche :

Pour répondre aux questions posées dans notre travail, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Les femmes atteintes de la stérilité primaire présentent le stress à un degré.
- Les femmes atteintes de la stérilité primaire adoptent des stratégies de coping centrées sur le problème, sur l'émotion et sur le soutien social.

3- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Avant d'approfondir dans notre thème de recherche, on va présenter un ensemble de définition qui traitent nos concepts clés que nous avons déjà formulés, puis, nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts.

1- Stérilité féminine primaire :

On ne va pas tarder dans la définition de ces concepts parce que on va les présenter plus tard dans la partie théorique.

D'après Leke, on parle de stérilité primaire lorsque la femme n'a pas conçu malgré la cohabitation et l'exposition au risque de grossesse pendant un an. (Leke ,1992).

-Définition opérationnelle :

La stérilité féminine primaire : c'est l'incapacité d'une femme à concevoir, ou qui na jamais tombé enceinte, d'après ans de mariage.

2 -Le stress:

Le stress est défini comme la condition qui émerge quand les transactions (réelles ou imaginés) entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources des systèmes biologiques, psychologiques ou sociaux de la personne (Chabrol H et Callaghan, 2004, p.108).

-Définition opérationnelle :

La réponse ou la réaction du corps à une agression, un état stressant, une menace, qui produit chez le stressé des hormones spécifiques.

3- Le coping :

Le coping est défini par Lazaros comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (mise en œuvre) pour des demandes externes et ou internes spécifiques qui sont évaluées comme menaçant ou excédant les ressources de la personne ». (Lazaros and folkman, 1984, p.141).

-Définition opérationnelle :

Il désigne la façon d'ajustée et la mise en place d'une réponse bien définie par l'acceptation, ou évitement, ou bien réduction de l'effet du stress, et pour faire face au problème la personne utilise l'une des stratégies suivant : stratégie centrée sur l'émotion, le problème, ou le soutien social.

4- Les raisons du choies de thème :

Notre thème porte sur le stress et les stratégies de coping chez les femmes atteintes de la stérilité primaire par raisons :

- Manque d'étude réalisée sur ce sujet.
- La stérilité féminine primaire est devenue le sujet d'actualité.
- La stérilité féminine primaire de plus en plus en augmentation.

5- Les objectifs de la recherche :

A fin d'atteindre les objectives suivant :

- Récolte le plus possible d'informations sur le thème.
- Décrire le vécu psychologique chez les femmes atteintes de la stérilité primaire.
- Décrire le niveau de stress chez les femmes atteintes de la stérilité primaire.
- Connaître quelles sont les stratégies de coping les plus utilisées par les femmes atteintes de la stérilité primaire.
- Décrire comment cette catégorie de femmes affronte la situation stressant.
- Apporter un enrichissement a la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur ce thème.

- Confirmer ou infirmer les hypothèses émises.
- Avoir une expérience sur un travail méthodologique et scientifique.

6- Les difficultés rencontrées :

Dans chaque recherche il existe plusieurs obstacles et déférent difficulté qui entraînent le chemin de recherche, dans ce qui suit nous allons illustrer celle qui nous avant rencontres et qui est la raison de tarder un peu dans notre travaille :

Manque de l'étude extérieure sur notre thème de recherche.

- La rareté des études psychologiques qui existe sur le domaine de la stérilité féminine primaire.
- La difficulté qui nous a rencontrés pour trouver un lieu de stage.
- Le manque des cas de notre recherche.
- Le manque de temps pour effectue notre entretien et les deux échelles.
- La plupart de nous sujet se sont plaints de la langueur de nos utiles de recherche.
- Le manque de la culture psychologique chez notre groupe de recherche.

Partie théorique

Partie théorique

CHAPITRE I : la stérilité féminine primaire aspect médical et aspect psychologique

- Préambule.....16

I- La stérilité féminine primaire: aspect médicale

1- L'historique de la stérilité féminine primaire16

2- La définition de la stérilité féminine primaire.....18

3- L'anatomie de l'appareil génital de la femme.....18

4- L'étiologie de la stérilité féminine primaire.....21

5- Les facteurs de la stérilité féminine primaire.....25

6- La prévalence de la stérilité féminine primaire27

7- Le diagnostique de la stérilité féminine primaire.....27

8- Le traitement de la stérilité féminine primaire.....30

II- La stérilité féminine primaire: aspect psychologique

1-L'état psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire.....32

2- Le vécu psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire... ..33

- La vie sexuelle des femmes atteintes de la stérilité primaire.....33

- La vie émotionnelle des femmes atteintes de la stérilité primaire.....33

- La culpabilisation des femmes atteintes de la stérilité primaire.....34

3- Les causes psychologiques de la stérilité féminine primaire.....35

4- Les troubles psychologiques de la stérilité féminine primaire.39

5-Le soutien psychologique de la stérilité féminine primaire.....	40
6- les traitements psychologiques de la stérilité féminine primaire.....	41
Synthèse.....	42

Préambule :

La donation d'un enfant au monde c'est la capacité d'une femme à produire, et à donner, et aussi éprouvé l'amour et de la responsabilité, et n'est pas seulement un besoin naturel ou une obligation, mais aussi un désir et un rêve à réaliser, mais malheureusement il y a des obstacles qui empêchent cette donation.

Dans ce chapitre, on clarifiera et de présentera deux aspects : médical et psychologique de cette pathologie.

I- La stérilité féminine primaire: aspect médical :

La stérilité, d'un point de vue clinique, relève d'une incapacité biologique imputable à une maladie, ou bien une altération organique ou psychologique, chez certaines, elle est perçue comme une privation, une malédiction, et aussi punition avant être génétique ou anatomique, comme le dit Raymond Mayer, « Nombre de maladies sont conçues comme le résultat d'actes pervers commis par des membres de sa propre famille. ». (Mayer Raymond, 1992, p.51).

1- L'historique de la stérilité féminine primaire:

La stérilité et la fécondité sont des thèmes qui remontaient à la nuit des temps.

Au début de l'humanité, des mythes religieux étaient inventés pour expliquer la reproduction et que la femme était toujours accusée. C'est seulement après la 2^{ème} guerre mondiale que la stérilité masculine a été prise en compte.

Selon M. Delcourt, dans son œuvre « intitulée Stérilités mystérieuses et naissances maléfiques dans l'Antiquité Classique », les Anciens utilisaient le terme « Fléau », pour faire allusion à la stérilité. Ce terme, tant redouté par les citoyens, comprenait un sens religieux et désignait une « calamité envoyée par les dieux ».

Il existe, historiquement, une méconnaissance de la stérilité masculine. Les rares textes qui en font mention l'attribuent à l'irritation et la colère qui troublent le cerveau, et donc « par voie de conséquence la semence elle-même, qui est censée y trouver son origine ».

Par contre, l'étiologie féminine de la stérilité a fait l'objet d'innombrables spéculations. Étaient considérées comme responsables, la mélancolie de sommeil, la luxure, la maigreur, l'obésité, mais aussi et plus, l'extrême beauté de la femme ou au contraire sa laideur. (Humeau C, p. 96/101).

Dans la société agricole les couples sans enfants n'étaient pas stigmatisés mais le manque de main d'œuvre en résultant mettait les couples dans des situations financières précaires. La solidarité rurale compensait ce manque.

Au Moyen-âge on essayait de guérir la stérilité avec des herbes ou des plantes médicinales, sans succès. Mais à la Renaissance on commence à étudier l'anatomie et on voit les structures de l'appareil reproducteur, on comprend que les causes de la stérilité peuvent être anatomiques.

Au 18^{ème} siècle, premières tentatives de fécondation sans accouplement concernaient des chiens. et aussi la découverte des spermatozoïdes. (Spallanzani 1729-1799) démontre la fécondation.

À la fin du 18^{ème} siècle, premières inséminations artificielles sur des femmes. Et qu'à la seconde moitié du 19^{ème} siècle on voit se développer certaines connaissances sur la physiologie mais ce n'est que dans la première partie du 20^e siècle que l'étiologie et le diagnostic de stérilité s'affinent. (Cailleau F. 2006, p.13-14).

Cependant, malgré les remarquables avancées scientifiques, le récit des patients porte l'héritage des mythes, des tabous et des interdits sont encore bien présents dans nos inconscients collectifs. Des techniques qui sont invoquées, mais le sentiment d'avoir commis une faute en refusant cet enfant du destin.

Ainsi, au 20^{ème} siècle, premières expériences de laboratoires pour étudier le développement embryonnaire, naissance de l'embryologie expérimentale.

On trouve à travers cet aperçu historique, l'existence de cette maladie connue et reconnue, et toujours en augmentation.

2- Définition de la stérilité féminine primaire:

On va donner quelques définitions de la stérilité féminine primaire d'après les travaux accomplis à propos de ce concept.

La stérilité féminine primaire est définie par Girard- Strohbach comme un diagnostic posé suite à des investigations médicales et psycho-sociales, attestant de l'impossibilité pour un couple de procréer. Pour l'OMS, la stérilité est classée dans les maladies. (Girard – Strohbach .M. 2006-2007, p.06).

Selon Rochon c'est incapacité de procréer, il s'agit de la stérilité définitive et naturelle, différente de la stérilité acquise en raison d'une intervention chirurgicale (stérilisation) ou d'une stérilité temporaire (aménorrhée suite à une grossesse). (Rochon. M.1986, p .31).

Pour O. Poujade et al la définissent la stérilité féminine primaire par l'absence totale et irréversible de possibilité de procréation. (O. Poujade et al, p. 271).

On peut comprendre à partir de ce qui précède que cette pathologie qui désigne l'absence totale de grossesse après un an de mariage.

3- L'anatomie de l'appareil génital féminin :

L'appareil génital féminin regroupe un ensemble d'organes situés dans la cavité pelvienne : Les ovaires, les trompes de Fallope, l'utérus et le vagin (les 2/3 supérieurs) constituent les Organes génitaux internes.

Le tier inférieur du vagin et la vulve (vestibule, petites lèvres, grandes lèvres et clitoris) Constituent les organes génitaux externes.

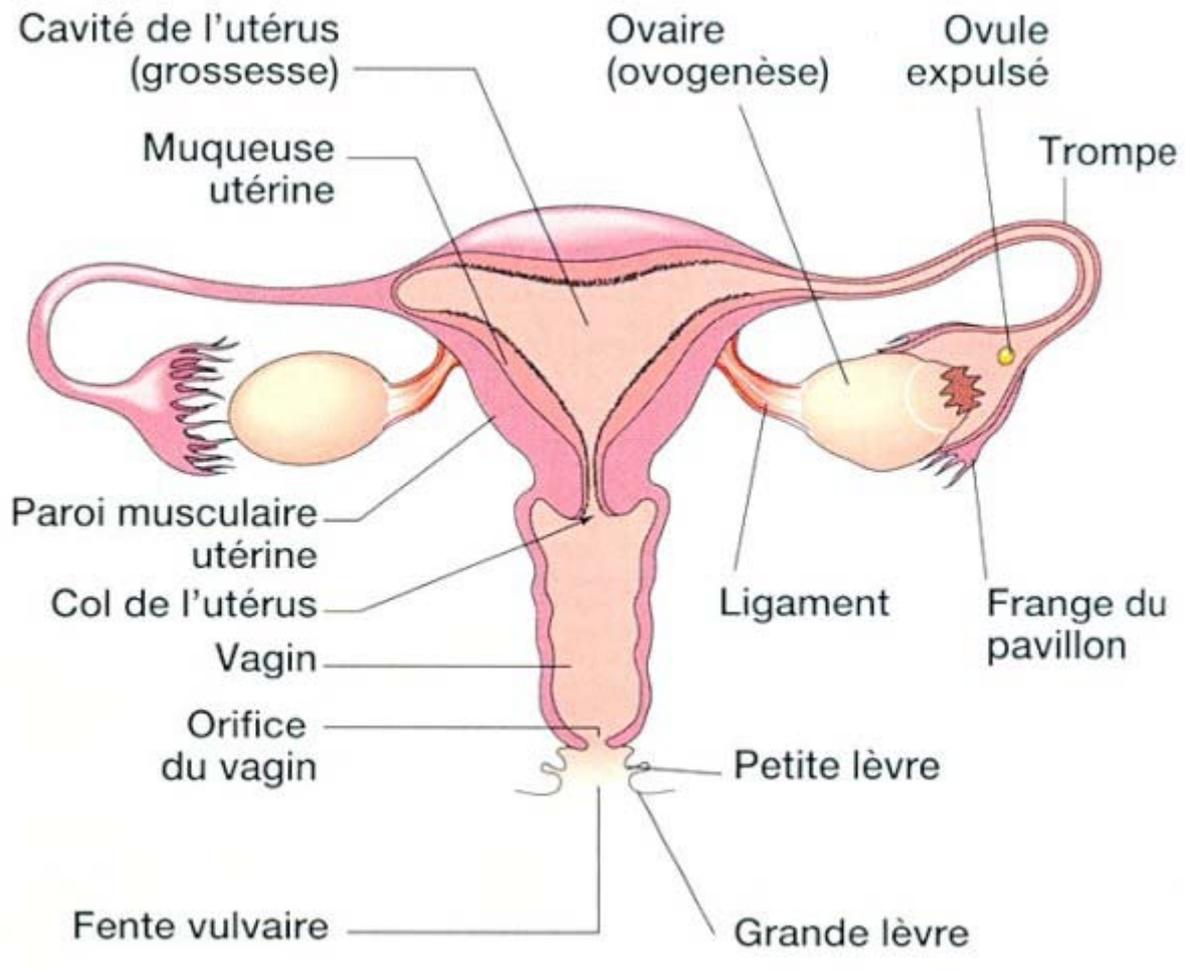


FIGURE N° 1 : l'appareil génital de la femme. (<https://www.google.dz>).

3-1 - Les ovaires :

Les ovaires sont deux petits organes pairs ovoïdes aplatis en forme d'amande, de 4cm de long, 2cm de large et 1 cm d'épaisseur, situés latéralement à gauche et à droite de la cavité Pelvienne.

Les ovaires ont deux fonctions essentielles dans la reproduction : La production d'ovocytes matures ou ovules, assimilée à une fonction exocrine, et la sécrétion d'hormones stéroïdes que sont les œstrogènes et la progestérone, fonction endocrine.

Ces hormones assurent un rôle majeur. En effet, au cours du cycle d'une femme, elles transforment l'ensemble du tractus. (Hélène Barilier. 2007. french, p.13-14).

3-2- Les trompes de Fallope :

Les trompes de Fallope (du nom d'un grand médecin qui les a étudiées au XIX^e siècle) ont un rôle essentiel dans la fécondation. Elles sont au nombre de deux, situées respectivement à droite et à gauche de l'utérus. La

trompe, petit organe de 10 à 12 cm de longueur, est composée de deux parties distinctes : un conduit très fin (d'un diamètre intérieur mesurant entre 0,2 et 0,5 mm, ce qui correspond à l'épaisseur d'un cheveu !) qui est relié à l'utérus, et une partie plus large et évasée appelée « ampoule », ou « ampoule tubaire », en raison de sa forme. Ainsi, la trompe est un organe essentiel et son intégrité est nécessaire pour la reproduction.

Toutefois, des désordres infectieux, hormonaux ou congénitaux peuvent altérer la fécondation, soit au niveau de la captation de l'ovocyte par la trompe, soit au niveau d'une mauvaise migration de l'œuf vers l'utérus, pouvant conduire à une grossesse extra-utérine (en dehors de l'utérus).(Dr Martine Philippe Claude-Annie Duplat, 2007).

3-3- L'utérus :

C'est un organe creux en forme de poire renversée, de 7 centimètres de haut et 5 centimètres de large, situé entre la vessie et le rectum. Son corps se rétrécit en bas, vers l'isthme, et se termine par le col utérin, qui fait saillie dans le vagin. Sa paroi épaisse contient une couche de musculature lisse et est tapissée à l'intérieur par une muqueuse, l'endomètre, riche en glandes et en vaisseaux sanguins. À l'extérieur, l'utérus est recouvert par le péritoine et soutenu par des ligaments résistants. Normalement, il est incliné vers l'avant (antéflexion) et forme avec le vagin un angle.

3-4- Le vagin :

C'est le conduit musculo-membraneux d'environ 8 centimètres de long, dont la paroi est constituée de replis longitudinaux et transversaux. Elle est tapissée par

une muqueuse épithéliale, humidifiée et lubrifiée par le mucus issu du col de l'utérus, les sécrétions des glandes vulvo-vaginales et un transsudat aqueux qui suinte à travers la couche d'épithélium. Enrichi de cellules provenant de la desquamation naturelle de la paroi, ce mucus forme les pertes vaginales naturelles. Le fond du vagin, occupé par la saillie cylindrique du col utérin, forme autour de celui-ci un bourrelet, le cul-de-sac vaginal. À la naissance, l'orifice inférieur du vagin est en partie fermé par un repli, l'hymen, déchiré au cours du premier rapport sexuel.

3-5- La vulve :

Elle correspond aux organes génitaux externes chez la femme, est déprimée dans sa partie centrale et forme une cavité que l'on appelle le vestibule, à l'avant duquel débouche l'urètre, et vers l'arrière le vagin. L'orifice vaginal est partiellement fermé par un repli de la muqueuse : l'hymen, qui comporte dans sa partie centrale un orifice de dimension variable. Dans le vestibule et au voisinage de l'orifice vaginal se trouvent les glandes de Bartholin (qui sous l'effet de l'excitation sexuelle, sécrètent du mucus lubrifiant les parois du vagin) et des corps érectiles dont le prolongement antérieur constitue le clitoris. Le vestibule est bordé de chaque côté par deux replis cutanés, les grandes et les petites lèvres.

(Jean-Claude Orsini, Jean Pelle, Décembre 2005, p.155).

Il s'avère que chaque organe de l'appareil génital de la femme joue un rôle très important dans sa vie reproductive.

4- L'étiologie de la stérilité féminine primaire :

Plusieurs étiologies entraînent la stérilité des femmes. La plupart sont irréversibles, dues à des altérations de l'anatomie de l'appareil génital de ces femmes, elles peuvent être parfois résolues grâce à une intervention chirurgicale.

La stérilité primaire est une conséquence à de multiples et différentes causes, qui empêchent chez elles la fécondation et la reproduction.

-L'hypothalamus ne remplit pas son rôle :

Il n'arrive pas à sécréter correctement l'hormone Gn-RH. Tout le cycle féminin est alors bloqué : pas de sécrétions d'hormones par l'hypophyse, pas d'ovulation, pas de règles.

- Les Troubles de l'ovulation :

Un dysfonctionnement ou une insuffisance de l'hypothalamus, de l'hypophyse ou des ovaires a des répercussions sur l'ensemble de l'axe contrôlant l'ovulation et peut entraîner une stérilité.

Les troubles de l'ovulation peuvent se manifester par : Une insuffisance lutéale, une anovulation, une dysovulation, une oligoménorrhée, une spanioménorrhée (règles irrégulières), une aménorrhée (absence des règles). Et aussi absence d'ovulation durant le cycle menstruel, insuffisance ovarienne, maladie surrénalienne, ou thyroïdienne, affection de l'ovaire, kyste, tumeur, stress. Lecture de la courbe des températures, dosage sanguin de FSH, LH, prolactine, inhibine B, AMH,

L'insuffisance ovarienne peut être débutante ou confirmée. Elle est due à deux grands types de mécanisme :

- La disparition totale ou partielle du capital folliculaire.
- Une résistance des ovaires aux gonadotrophines.

-L' anomalie utérine :

Les causes utérines concernent soit le col de l'utérus, soit la cavité utérine elle-même.

Après une opération du col de l'utérus, la fertilité peut diminuer. Le plus souvent, il s'agit d'anomalies de la sécrétion du col appelée « glaire » ou « mucus cervical ». Elle est nécessaire pour l'accueil des spermatozoïdes au cours de l'union conjugale. Son rôle est essentiel dans la pénétration, le stockage et la fécondité ultérieure des spermatozoïdes.

Des malformations de l'utérus peuvent être mises en cause. Les fausses couches

à répétition peuvent être liées à des malformations de l'utérus ou à des causes immunitaires. (Dr Françoise Pinguet. 20 février 2013).

- L'anomalie des trompes de Fallope (anomalies tubaires) :

Les trompes permettent à l'ovule d'entrer en contact avec le spermatozoïde, elles sont tapissées de cils vibratiles qui aident :

les spermatozoïdes à remonter vers le bout de la trompe, ou l'embryon à descendre vers l'utérus.

Lorsque les trompes sont abîmées ou bouchées, la fécondation ne peut pas avoir lieu : soit l'ovocyte ne peut pas entrer en contact avec le spermatozoïde, soit le passage de l'embryon vers l'utérus n'est pas possible.

Les principales raisons d'atteintes tubaires (des trompes) sont les maladies sexuellement transmissibles (MST) et parmi elles, la bactérie chlamydia.

Les trompes sont des muqueuses fragiles, certains cas d'infections sévères peuvent se déclarer : on parle alors de salpingite, les trompes peuvent être infectées par le voisinage dans le cas d'une péritonite (infection du péritoine) dans les cas d'appendicite grave.

Les atteintes tubaires (ou atteinte des trompes) peuvent être responsables de grossesses extra-utérines : au cours de son trajet, l'embryon reste bloqué dans les trompes et s'implante sur la muqueuse tubaire et non dans la cavité utérine, le risque est alors une rupture de la trompe et avec elle, une hémorragie interne importante, cette hémorragie pour grossesse extra-utérine est une cause importante de mortalité chez les jeunes femmes, il est impossible de transférer une grossesse extra-utérine dans l'utérus. (Pr, François Olivennes et Laurence B, Odile Jacob. Paris, 2008, p. 96).

-L'inflammation pelvienne :

Causant des cicatrices et peut-être même des obstructions dues à des infections, le plus souvent des maladies transmises sexuellement de l'utérus, des trompes de Fallope ou des ovaires.

-L'Endométriose :

Une pathologie qui atteint environ 5 à 10 % des femmes. Elle se manifeste initialement par des douleurs survenant lors des règles et lors des rapports sexuels. Elle est la conséquence de l'implantation de fragments de tissus identiques de l'endomètre dans la cavité péritonéale et parfois sur les ovaires. Les causes de l'endométriose sont mal connues. Cette pathologie est dépendante des estrogènes.

Elle serait en partie la conséquence d'un flux rétrograde des règles dans les trompes puis dans la cavité péritonéale. (De Ziegler et al. 2010).

Présence aberrante du tissu de l'endomètre (analogue à la paroi de l'utérus) à divers endroits de la cavité pelvienne, ce qui cause l'obstruction des trompes et la formation de kystes. (Sonya Norris. 2 janvier 2001).

-La stérilité d'origine infectieuse :

La cause principale de la stérilité tubo-péritonéale est l'infection, à l'origine de 80% des cas, atteignant les trompes et le pelvis le plus souvent par voie canalaire ascendante (depuis le col de l'utérus) ce qui explique que l'atteinte est en général bilatérale.

Les infections par la chlamydia et les gonocoques sont des maladies sexuellement transmissibles (MST), conséquences de relations sexuelles non protégées. (Hélène Barillier. Opcit, 2007. french. p.85/91).

Ces bactéries, qui se transmettent lors de rapports sexuels non protégés, se multiplient dans l'appareil génital. Non traités, les germes remontent vers l'utérus pour

envahir les trompes et déclencher une salpingite. Il faut en moyenne deux à trois semaines aux bactéries pour remonter jusqu'aux trompes.

Déséquilibre hormonal : cause de stérilité chez la femme un dysfonctionnement ovarien, tel que dans l'ovaire "poly kystique", favorise une infertilité chez la femme. De même, l'arrivée d'une ménopause précoce entraîne un déficit des hormones ovariennes, et par conséquent la stérilité chez la femme. (<http://www.medisite.fr/conception-sterilite-feminine-des-causes-multiples>).

On peut comprendre d'après les causes citée ci-dessus que la stérilité féminine primaire, peut être causées par d'autres facteurs qui sont à reformuler moins fréquentes telle que : l'utilisation de pilules ou d'autre médicament, la masturbation chez les femmes avant le mariage .etc.

5- Les facteurs de la stérilité féminine primaire :

Certains facteurs à risque de la stérilité féminine primaire ont été identifiés chez les femmes stériles comme :

- L'âge :

Le facteur principal influençant la fertilité d'un couple est sans aucun doute l'âge, principalement celui de la femme. En effet, après un réservoir d'ovocytes initial non régénérable, on observe un pic de fertilité à 25 ans puis un déclin progressif à partir de 35 ans. On estime qu'après 45 ans, même en l'absence de ménopause, la fertilité féminine est proche de zéro. (Mazuy Magali, 2005, p 2 – 4).

- La fréquence des rapports sexuelles :

Le taux de la fécondabilité augmente avec la fréquence des rapports sexuels, un jour sur deux pendant la fenêtre de la fertilité optimise les chances de grossesse. Pas d'intérêt d'une fréquence supérieure sur les chances de conception. Impotence du moment du rapportes en fonctions de l'ovulation « la fenêtre de fertilité » est estime à

6 jours entre le jour de l'ovulation et les 5 jours précédents, avec un maximum 2 jours avant le pic ovulatoire. (Blandine C, Xavier Carcopino, ECN 2016, Ibid, p.338).

- le poids :

Le poids joue un rôle important dans les chances de reproduction d'un couple. Un changement important de poids normal, qu'il s'agisse d'une prise ou d'une perte de poids, peut donc être une cause d'infertilité aussi peut même réduire les possibilités de succès des traitements de reproduction assistée. (Richard, 4 avril 2014).

- L'excès d'activité sportive :

La pratique de sport est parfois l'origine de règles irrégulières, voire absentes, et de problèmes de fertilité. ([Http://eurekasante.vidal.fr/enfants/conception-suivi-grossesse/troubles-problemes-fertilite](http://eurekasante.vidal.fr/enfants/conception-suivi-grossesse/troubles-problemes-fertilite)).

- Les facteurs extérieurs :

L'alcool, le tabac et les polluants (atmosphériques, alimentaires, chimiques, médicamenteux...) diminuent la stérilité.

(Mr Bertrand Lezier, Année 2015, page. 3/4).

Chez la femme fumeuse, la glaire cervicale est non fonctionnelle et nocive pour les Spermatozoïdes. Alors on ne peut pas négliger le facteur tabagisme.

Les effets du tabagisme sur la fonction ovarienne sont : Diminution de la réserve ovarienne, une augmentation du risque d'insuffisance ovarienne prématurée, altération de la folliculogénèse. (Tabac et fertilité-Revue de la littérature, Septembre 2011).

Nous pouvons citer aussi : les infections, surtout les maladies sexuellement transmises et le sida, la malnutrition, les maladies chroniques systémiques, l'éducation, le statut de la femme, les mariages précoces, les pratiques traditionnelles néfastes à la reproduction et la difficulté d'accès aux services de santé ou leur non utilisation, la pollution industrielle et les facteurs socio-économiques tels que la pauvreté de

l'habitant ou le faible niveau d'hygiène. Ces facteurs de prédisposition varient d'un pays à l'autre et d'une localité à l'autre dans le même pays. (Godé kavira Sitona, 2009).

On constate que la présence d'un facteur déclenchant peut engendrer chez la femme des causes organiques plus fréquentes.

6- La prévalence de la stérilité féminine primaire :

Les résultantes effectuées sont d'éventuelles études réalisées au sein de notre société n'ont abouti à aucun travail détaillé publié excepté les pourcentages affichés au niveau du site : (Donia Remili Doctorante-chercheuse en psychologie, et Sage-femme, Tunis, PDF, le 20 Mai 2015). Selon l'Association nationale des centres de procréation médicalement assistée (PMA) 7% en Algérie.

7- Le diagnostic de la stérilité féminine primaire :

Lors de la consultation de la stérilité féminine primaire le médecin doit évoquer l'origine féminine de problème à travers un ensemble d'examen et des tests pour affiner l'état de la femme et sa capacité à se reproduire.

-L'interrogatoire de la femme :

L'interrogation de la femme est très importante pour le médecin. Elle lui permet de déterminer les différents facteurs de la stérilité féminine primaire, et à reconstituer la vie génitale du couple et chercher la pathologie qui altère la fonction de la reproduction, et cette interrogation donne des éléments majeurs pour le diagnostic comme :

- Cycle : âge de la puberté (âge des premières règles), régularité et durée des cycles, périodes d'aménorrhée, régularité ou troubles de cycle, dysménorrhée, dyspareunie, gestité (GEU...), parité, infertilité primaire, endométriose.

- Les antécédents médicaux : diabète, HTA, obésité, dysthyroïdies, tuberculose, tabagisme, toxicomanie, Groupe Rhésus, immunité pour la rubéole, toxoplasmose, hépatite B.

- Les antécédents chirurgicaux :(appendicectomie...).
- Les antécédents gynécologiques : condylomes, salpingite (germe en cause). - ----
- Utérus : cloisonutérine, synéchies, fibrome (nombre, taille, localisation).
- Trompes : plastie tubaire, GEU (type de traitement), état de la trompe controlatérale, ligature tubaire.
- Ovaires : kyste (type, kystectomie ou ovariectomie)
- Endométriose : stade, évolution ; rectorragies cataméniales (endométriose digestive), dysurie (endométriose urinaire).
- Mode de vie : le tabagisme, l'alcool, toxique.
- Antécédent familiaux : exposition au distibène
- **L'examen clinique :**
- Morphotype, taille poids, (IMC) Indice de Masse Corporelle, caractère sexuel secondaire, pilosité.
- Examens des seins, recherche d'une galactorrhée.
- Palpation de la thyroïde.
- Examen gynécologique : malformation génitale, signe d'endométriose.
- S'assurer qu'un frottis cervico-utérin de moins de 3 ans a été réalisé, sinon le faire. (Blandine Courbiere Xavier Carcopino, ECN 2016, Opcit, p.338).
- Examens complémentaires chez la femme :**
- L'échographie vaginale :**

Cet examen permet de déterminer la présence de kystes ovariens, de fibromes utérins, surtout les sous-muqueux, de polypes endométriaux et la présence d'anomalies de la paroi utérine comme les septums qui peuvent interférer avec la fécondité. De plus, l'échographie diagnostique le syndrome des ovaires poly kystiques par la détermination de plus de dix follicules en périphérie de l'ovaire et détermine la réserve ovarienne des follicules antraux de plus de 2 mm (normale de 10 à 14 follicules), en préparation pour une fertilisation in vitro (FIV).

-Graphique de la température basale

La température basale est une méthode simple utilisée pour indiquer le moment de l'ovulation et pour planifier et interpréter les examens effectués durant l'investigation de l'infertilité.

-L'hystérocopie et l'hystérogaphie :

Celui des stérilités d'origine utérine fait appel à l'hystérogaphie (radiographie de l'utérus), à l'hystérocopie (examen endoscopique de l'utérus, par les voies naturelles) et à la cœlioscopie (examen direct des organes génitaux grâce à un tube muni d'un système optique introduit par une petite incision de l'abdomen).

-le test de Hühner :

La qualité de la glaire est contrôlée par le test de Hühner (examen d'un prélèvement de glaire quelques heures après un rapport sexuel), éventuellement complété par un test de pénétration croisée in vitro (comparaison entre un échantillon de glaire de la femme et un échantillon témoin, mis tous deux en contact avec le sperme du conjoint).

-l'hystérosalpingographie :

Le diagnostic des stérilités d'origine tubaire repose sur l'hystérosalpingographie ou sur la cœlioscopie. La stérilité d'origine immunologique repose sur un prélèvement de glaire cervicale qui met en évidence des anticorps antispermatozoïdes.

- la courbe de température ou la courbe monothéique :

Les troubles de l'ovulation peuvent être révélés par la lecture de la courbe de température prise chaque matin par la femme. Cette lecture est complétée par les dosages sanguins des hormones folliculostimulantes (FSH) et lutéinisante (LH), de l'inhibine B et de l'hormone antimüllérienne (AMH), ainsi que de la prolactine entre le 3^{eme} et le 5^{eme} jour du cycle.

-L'échographie pelvienne :

Elle recherche un kyste ovarien, des ovaires micro-poly kystiques, la réserve ovarienne de follicules est évaluée par les dosages hormonaux, et une échographie pelvienne (comptage des follicules) réalisés au 3^{eme} jour du cycle. (<http://www.Larousse.FR/encyclopédie/médical>).

8- Traitement de la stérilité féminine primaire :

Le traitement de la stérilité féminine primaire se faire de deux façons : chirurgicale ou médicamenteuse.

- Le traitement chirurgical :

Indiqué lors des stérilités d'origine tubaire. Il vise à rétablir la perméabilité des trompes ou à libérer le petit bassin des adhérences afin de permettre aux pavillons des trompes, parfois reconstitués par salpingoplastie, de capter à nouveau les ovules libérés par l'ovaire. Les résultats sont souvent plus satisfaisants lorsque la lésion est proche de l'utérus. Les fibromes utérins et certaines malformations utérines peuvent également être opérés avec succès.

- Le traitement médical:

Ce traitement est instauré devant tout contexte d'infection génitale, Indiqué en cas de défaut de la glaire cervicale ou de trouble de l'ovulation. Dans le premier cas, il fait appel à la prise orale d'œstrogènes du 6 aux 13 jours du cycle, la qualité de la glaire étant ensuite jugée grâce au test post coïtal de Hühner. Dans le deuxième cas, il repose sur l'administration orale, pendant la première partie du cycle, de citrate de clomiphène, médicament neurotrope qui stimule l'ovulation. Ce traitement est souvent associé à la prise d'œstrogènes et/ou d'hormone gonadotrophique (naturelle ou recombinante). Les hormones gonadotrophiques stimulent directement les ovaires.

Le traitement inducteur de l'ovulation nécessite une surveillance étroite du cycle : dosages hormonaux sanguins portant sur les œstrogènes, l'hormone lutéinisante et la progestérone et pratiqués soit séparément, soit simultanément autour de la période ovulatoire ; échographie mesurant la taille du ou des follicules ovariens et précisant

leur nombre exact ; étude de la glaire cervicale, pratiquée lors d'un examen gynécologique.

Si le traitement, chirurgical ou médical, ne suffit pas à obtenir une grossesse, une insémination artificielle ou une fécondation in vitro peuvent être envisagées.

- Les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) :

L'assistance médicale à la procréation(AMP) regroupe les différentes techniques basées sur la manipulation des gamètes permettant à un couple infertile d'obtenir une grossesse. (Blandine Corbière Xavier Carcopino, ECN 2016, Opitz, p.351).

Elles comptent de nombreuses méthodes, notamment l'insémination artificielle, la FIV (fécondation in vitro), et d'autres comme le GIFT (Gamète Intra-Fallopian Transfer ou transfert intra tubaire de gamètes), le ZIFT (Zygote Intra-Fallopian Transfer ou transfert intra tubaire de zygotes) et l'ICSI (Intra Cytoplasmic Sperme Injection ou micro injection).

Ces techniques font couramment appel à la stimulation d'un développement folliculaire multiple. Grâce à l'usage de médicaments comme les gonadotrophines, les ovaires sont stimulés pour produire plus d'un ovocyte mature à la fois.

- La fécondation in vitro :

Trouson en 1981 a été le premier à proposer la FIV dans ce cadre.

La F.I.V permet de corriger une pathologie non explorée par les examens usuels puisque dans cette indication, elle a des résultats comparables aux autres indications, la FIV est nettement plus efficace que l'I IU en terme de résultats, elle est par- contre plus agressive, nécessite une hospitalisation, revient beaucoup plus cher à la collectivité.(B. Rossin, 2009).

- L'insémination artificielle (IAC) :

C'est l'introduction artificielle de sperme (de conjoint ou de donneur) directement dans la cavité utérine, le jour de l'ovulation à l'aide d'un cathéter de plastique souple qui permet de franchir le col de l'utérus et d'amener les spermatozoïdes plus près de trompes de Fallope où se produit la fécondation et augmentant ainsi les chances de grossesse. (Jean Marc Stephan, 2011, p. 300).

Il s'avère qu'avec les nouvelles inventions de traitement que les chances de procréation sont en augmentation et les résultats sont souvent plus satisfaisants par les traitements chirurgicaux et médicaux.

II - La stérilité féminine primaire : aspect psychologique :

On va consacrer cette partie pour l'aspect psychologique de la stérilité féminine primaire, afin de démontrer la dimension psychologique de cette pathologie, qui menace la vie psychologique des femmes et influe sur sa vie personnelle (sexuelle) ou relationnelle (partenaire, famille, ou leur entourage),

1- L'état psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire :

Les conséquences psychologiques sont variables chez les femmes atteintes de la stérilité primaire qui transforme leur vie, et provoque leurs émotions comme le choc, le trauma, dues à un travail de deuil, qui provoque des mécanismes de défenses telle que la négation, peut avoir aussi sentiment de culpabilité de colère, l'envie, la honte par rapport à la situation vécue et les émotions ressenties, l'isolement social, la phobie de tout ce qui est lié au monde des bébés et des enfants, etc. Les femmes qui sont incapable d'avoir des enfants peut se voir elles mêmes comme des personnes immatures et incomplètes. Ces femmes manifestent une agressivité (des cris, des pleures, refus de communications), elles développent un angoisse face au futur (peur d'être stigmatisées, divorcées, la polygamie).

Fatou Sow. Déclare qu'une femme stérile n'est pas à proprement parler considérée comme une femme normale. Les réactions souvent négatives, voire même agressives dont elle peut faire l'objet pouvant mener son conjoint au divorce ou à la polygamie. (Fatou Sow ,1992).

Pour Mimoun, il y a une crise d'identité à l'annonce de la stérilité. (Mimoun S.1993, p. 251/254).

Selon Berg, en acquérant ce statut de femme infertile, elles perdent d'une manière subjective leur féminité, même si la stérilité incombe à leur partenaire. (Berg B, 1991, p.11/26).

On comprend par ce qui précède que les femmes vivent souvent la stérilité primaire comme un échec de leur rôle social, une diminution de leur statut de femme.

2 - Le vécu psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire:

-La vie sexuelle des femmes atteintes de la stérilité primaire :

Les femmes atteintes de la stérilité primaire sont coupables et moins désirées a des rapports sexuels, cette situation influence beaucoup plus sur leur conjoints par la souffrance de manque de plaisir sexuel, à l'anorgasmie et pour un narcissisme discipline, et que les conjoints ne satisfasse pas les besoins sexuels et rendes la relation conjugale froid et irrésistible, tout ca peut avoir des conflits et des souffrances qui atteignent les femmes a la dépression et sentiments de vide et une faible estime de soi.

- La vie émotionnelle des femmes atteintes de la stérilité primaire :

Un état émotionnel des femmes atteintes de la stérilité primaire joue un rôle très important sur la fonction de reproduction car la stérilité vécu comme irréversible qui mené parfois à un déni de grossesse, ou le contraire un désir d'enfanter, c'est la période des hauts et des bas des émotions.

- La culpabilité des femmes atteintes de la stérilité primaire et l'entourage :

Le manque de maîtrise de soi, la culpabilité, la colère, la honte ou le ressentiment des femmes stériles, sont capables d'altérer le comportement et contribuer davantage à la destruction de la relation au sein du couple.

Ce couple peut se sentir anormale exclu de la vie sociale, soumis à des tensions internes, il est en butte aux réactions plus ou moins gênantes de l'entourage. (Collectif, Désirer un enfant, p. 15).

Le couple stérile ou l'un de ses conjoints court aussi le risque de gravir, au niveau psychologique, des étapes qui incluent le déni (le refus d'admettre la réalité) le chagrin et la détermination de chercher la solution qui peut se muer en une obsession de la procréation.

Les sentiments de culpabilité peut entrainiez chez les femmes atteintes de la stérilité primaire les ressentiments, la haine ou le repli sur elles-mêmes. Il est possible que le sentiment de chagrin qui lasse le couple stérile soit exacerbé suite aux conseils appropriés certes mais juges blessants, provenant des parents, des amies ou même des étrangers. (Martin et Dr mampunza- ma-Miezi, Kinshasa, 22 Aout 1998, p .1028).

Comme le souligne bien un groupe de réflexion de chrétiens français « le couple stérile peut se sentir anormale, exclu de la vie sociale, soumis à des tentions internes, il est en butte aux réactions plus ou moins gênantes de l'entourage ». (bayard, 1994 ; p15).

Elle se culpabilise d'emblée, consciemment ou inconsciemment car à ce niveau, le conditionnement social est lourd. Dans la plupart des sociétés, la stérilité primaire de couples est une source de frustrations et d'angoisses pouvant mener à des graves dépressions.

3 - Les causes psychologique de la stérilisé féminine primaire :

Le psychisme semble avoir une influence beaucoup plus importante qu'on l'ait crû jusqu'ici sur la fécondité chez les femmes atteintes de la stérilité primaire.

- Le stress :

Les études ont révélé qu'un stress excessif peut bloquer le cycle menstruel ou entraîner une anovulation (absence d'ovulation, stérilité). Aussi l'appareil reproducteur féminin contient-il des récepteurs de « catécholamine », en réponse au stress, qui peuvent perturber la fertilité en intervenant lors du transport de l'ovule et des spermatozoïdes dans la trompe de Fallope, ou en modifiant le flux sanguin dans l'utérus. En bref, le stress et l'infertilité évoluent souvent dans une relation circulaire dans laquelle un phénomène aggrave l'autre, créant ainsi un cercle vicieux. (Richard, 4 avril 2014, op.cit.).

L'action du stress peut être de différente nature. Tout d'abord, le taux élevé de cortisol (l'hormone du stress) peut retarder ou bloquer l'ovulation. De même, la production d'ovocytes peut être freinée par le stress élevé. Enfin, il est possible que le stress agisse d'une autre façon encore : tout simplement en diminuant le nombre de rapports sexuels. (Aline Mohen -Vincent. le 29/11/2011).

Une étude de Chiba H. Portant sur une centaine de femmes stériles a montré que le stress lié, dans un premier temps, à un complexe d'infériorité physique (corps porteur , incontrôlables, irrationnel), devient par la suite un stress essentiellement dépendant du regard que la famille et les "autres" portent sur l'infertilité et les échecs inexplicés. (Chiba H, 1997).

La dépression:

La dépression augmenterait les risques d'infertilité, selon les résultats d'une étude publiée dans la revue American Journal of Obstetrics and Gynecology. En

revanche, les traitements contre cette pathologie n'influenceraient pas les chances de grossesses.

Les symptômes dépressifs, la consommation de médicaments psychotropes, des facteurs influençaient sur la fertilité. Selon les chercheurs de la Boston University (Etats-Unis).

Les chercheurs ont suggéré dans leur étude que la dépression est associée à une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ce qui peut dérégler le cycle menstruel et affecter la fertilité.

Nous constatons que des symptômes modérés à dépressifs sévères, quel que soit le traitement par médicaments psychotropes, peuvent retarder la conception, d'après le Dr Yael Nillni, professeur de psychiatrie à l'Université de Boston, spécialiste en sciences de la santé des femmes. (La dépression augmenterait le risque d'infertilité. (Article d'Agathe Mayer le 30 mai 2016 à 22h03).

On ajoute que : La dépression peut aussi déclencher des symptômes physiques tels que pleurer, insomnie et perte d'appétit, et manque d'hygiène.

-La peur :

Parfois, la stérilité est causée par une histoire de peur, purement psychique, celle de ne pas y arriver et de ne pas être à la hauteur d'une mère jugée quelques fois trop parfaite. Il y a aussi la peur d'un corps déformé, d'un accouchement difficile, des enfants mal former, la peur de répéter les erreurs de ses propres parents : peur de reproduire la mauvaise relation subie avec ses parents, une peur inconsciente de devenir mère à son tour.

-Le choc émotionnel :

Le choc émotionnel très important peut également perturber temporairement le fonctionnement du cerveau, de sorte que l'hypothalamus s'arrête de tourner à plein régime. (Cette information est renvoyée à l'hypophyse qui la répercute sur les ovaires ou les testicules.

Francoise Piquette (1970), révèle que les fortes émotions et l'anxiété peuvent retarder ou abolir temporairement l'ovulation et rendre la femme stérile durant un certain temps. L'expérience clinique nous enseigne aussi que des femmes menstrues normalement mais stériles, deviennent enceintes lorsqu'elles ont abandonné tout espoir de grossesse et adopté un enfant. (Francoise Piquette, canada, 1970, p. 55-63).

-La pression de la famille :

La pression de la famille et des amis est souvent très forte. A peine marié ou mis en ménage, la seule question qui revient inlassablement est "A quand le bébé ?". Dans ces conditions, attendre sereinement qu'un enfant s'annonce n'est pas une chose facile. Surtout quand les mois passent et que rien ne vient ; surtout quand les sœurs et belles-sœurs annoncent leurs grossesses respectives. Inversement, le silence ou les non-dits des parents et des beaux-parents représentent une situation tout aussi difficile à vivre et à supporter.

-Les désaccords profonds au sein du couple :

La difficulté à enfanter peut également cacher des désaccords profonds au sein du couple. En effet, ne supportant plus certaines choses chez son partenaire, il peut arriver qu'une femme ait à chaque rapport sexuel un spasme qui fermerait ses trompes, rendant impossible toute fécondation. Il est certain que les conflits au sein de la vie conjugale influence sur la relation émotionnel et sexuel du couple par l'idée que

certain conjoints ne prennent pas en compte les sentiments et les affections de leurs partenaires.

- Le traumatise :

Il peut s'agir d'un traumatisme ancien, un souvenir d'un événement passé douloureux comme la perte d'un proche à une période clef de l'enfance, ou la peur de revivre des moments d'angoisse vécus étant bébé, fait d'avoir eu une enfance malheureuse ou d'avoir été victime de maltraitance de la part de ces parents, au fait d'avoir subi des violences sexuelles.

Une souffrance oubliée, une névrose, une culpabilité ancienne peuvent-elles freiner la conception ». (Réponses de Monique Bydlowski).

-les troubles sexuels :

La sexualité est un élément fondamental de la vie conjugale de l'individu, des dysfonctions sexuelles peuvent mener les femmes à la stérilité primaire. Les affections qui rendent la pénétration vaginale impossible ou douloureuse, les troubles du désir et la nécessité d'employer des lubrifiants spermato-toxiques peuvent altérer la capacité d'un couple à concevoir. Parmi ces troubles on a :

Le vaginisme est défini (DSM-IV) comme « une contraction involontaire, répétée, persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, un doigt, un tampon ou un spéculum. Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher ce spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un simple resserrement avec gêne, à sévère, empêchant totalement la pénétration.

Le vaginisme est le plus souvent primaire. Une éducation réprimant la sexualité peut être à l'origine d'un rejet par la femme de l'image de son sexe qu'elle associe à des sentiments de honte, de dégoût ou de culpabilité.

Dans le problème de la stérilité primaire un vaginisme peut être lié à des conflits inconscients. Ainsi, les rapports sexuels douloureux par l'interaction de nombreux facteurs incluant la douleur génitale, les réactions comportementales et émotionnelles à

la pénétration, aux caresses, au désir et à l'excitation, dans un contexte d'infection, d'endométriose, de maladie inflammatoire, d'anomalie morphologique ou de la statique pelvienne éventuelle parfois associés à des phénomènes douloureux chroniques auto-entretenus par l'inflammation neurogène peuvent modifier la capacité d'un couple à concevoir. (E. Huyghe, M. Bonal, M. Daudin, S. Droupy, Prog Urol, 2013 / 9/ 23, p.745/751).

La frigidité: est un terme qui fait référence, dans le langage courant, à une absence ou une diminution de plaisir pendant les rapports sexuels ou parfois à une insatisfaction sexuelle.

Dans ce cadre, la frigidité peut donc correspondre à :

- Une absence d'orgasme, ou anorgasmie
- Un manque de désir sexuel (on parle de trouble du désir sexuel hypoactif), d'anaphrodisie ou de baisse de la libido.

Les troubles de l'orgasme : Pourraient concerner un quart des femmes, mais il existe peu d'études épidémiologiques d'envergure documentant la situation.

4- les troubles psychologiques des femmes atteintes de la stérilité primaire :

Dans la situation de la stérilité primaire certaines femmes atteintes plusieurs troubles psychologiques qui influencent sur leur vie psychologique comme la dépression la plus fréquent : les femmes atteintes de la stérilité primaire souffrent de la dépression, mais celle-ci se manifeste de façon différente chez elles. qui se caractérisé par des perturbations de l'humeur, et l'irritabilité, sont souvent tristes, pensées négatives intenses sentiments de culpabilité. Cette dépression se produit habituellement dans les deux semaines précédant les règles de la femme pour s'atténuer dès la première ou deuxième journée de celles-ci, comme accompagné aussi chez elles l'hyperphagie ou prise de poids, ou perte d'appétit qui provoque une amaigrissement ou une absence de menstruation, et un l'hypersomnie, ou l'insomnie.

De plus, des symptômes somatiques reliés à leur dépression, tels que maux de tête ou douleurs corporelles. Elles sont également plus susceptibles de perdre leur intérêt pour les relations sexuelles, et le plaisir de réaliser une grossesse.

A côté de la dépression on ajoute l'angoisse qui survient à chaque rapport sexuel, ou à l'heure du cycle menstruel, et le trouble d'anxiété qui prend ces femmes à penser négativement comme la peur de divorce ou la polygamie, ou sensations d'étouffement. Il y a aussi des symptômes comme manque d'attention.

On remarque d'après ce qui précède que les troubles psychologiques chez les femmes atteintes de la stérilité primaire peuvent être des causes comme peut être des conséquences de cette pathologie.

5- le soutien psychologique des femmes atteintes de la stérilité primaire:

Le soutien psychologique devient un aspect très important de l'assistance et du traitement, car le service d'assistance psychologique est l'une des espaces où le couple demande l'aide à son problème de la stérilité féminine primaire, parce que la personne est un ensemble indissociable (corps- esprit), et la présence de cet espace permet au couple d'atténuer son mal-être psychologique en lui apportant un plus grand bien-être et une bonne préparation avant d'affronter la phase de traitement, et les couples ont besoin aussi des conseils pour aider à faire face à son problème, telle que :

-Les couples devraient rechercher et lire pour bien comprendre la stérilité féminine primaire, et toutes ses dimensions physiques et psychologiques, et être ensemble en face ce problème, et être tous les deux présents à chaque consultation médicale, doivent établir aussi une communication régulière entre eux.

-Besoin à parler de leurs sentiments avec des personnes compréhensives et compétentes, ou avec des personnes ayant des problèmes similaires ;

Cette étape est essentielle dans la détermination du traitement le plus adéquat, malgré la nature agressive des examens subis. Bien souvent, à ce stade du processus, les groupes de Soutien aux patients et les Conseillers expérimentés remplissent un rôle fondamental, pour être conscients du fait que les sentiments de colère, frustration et d'anxiété sont normaux et que le soutien mutuel vous aidera à surmonter ces sentiments, ainsi qu'à partager le problème avec d'autres personnes (amis, famille, groupes de soutien) autant que nécessaire, et surtout rappelez-vous que vous n'êtes pas seuls.

On peut dire à partir de ce précédent que le soutien psychologique donne au couple un espace dans lequel il peut s'exprimer et être écouté, faire part de ses doutes, ses peurs, demander des informations, prendre des décisions, etc., car il est souvent difficile de pouvoir le faire avec le médecin, la famille ou les amis.

6 - Les traitements psychologiques de la stérilité féminine primaire :

La consultation thérapeutique peut aider les couples ensemble ou les femmes en particuliers, à surmonter leur humeur et réduire chez elles les conflits et les réactions stressantes, comme aides aussi a dépassé les états dépressifs et anxieux, et gérer la fatigue.

Depuis plusieurs années et tenant compte de ces différents travaux, plusieurs équipes anglo-saxonnes ont proposé un accompagnement psychothérapeutique de la FIV, souvent sous la forme d'un programme de 6 à 8 séances, ayant pour objectif de permettre aux femmes et aux couples de se réapproprier un certain contrôle de leur vie, et de diminuer l'anxiété et la dépression. (Domar AD et al, 1990).

-La psychothérapie :

La thérapie interpersonnel dite aussi (TIP), est un traitement limité dans le temps qui encourage les femmes atteintes de la stérilité primaire à regagner le contrôle de leur humeur, l'aide a se sentir comprises, et facilite l'expression de ses émotions,

cette thérapie travaillé a surmonté et amélioré l'états psychologique de ces femmes en réduisant les symptômes dépressifs, les conflits, et en dépassant le deuil et développer des stratégies efficaces, pour augmenter l'estime de soi, et accepter le nouveau corps et toutes les changements corporelles et situationnel.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité, et aide les femmes à dépasser les symptômes psychologiques de la stérilité primaire indésirables, comme le stress, les évitements et les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse à l'origine de souffrance psychique, cette thérapie peut être combinée à un traitement médicamenteux, comme support transitoire et limité dans le temps.

La thérapie de groupe désigne une psychothérapie durant laquelle un ou plusieurs thérapeutes traitent plusieurs patients en même temps, qui permettent ou patientes d'écouter et d'exposer son problèmes. Les membres d'un groupe se réunissent autour d'une même difficulté, et peuvent être utilisés pour traiter les situations anxieuses ou dépressives.

On peut dire à partir de cet aspect que les conséquences psychologiques sont souvent ignorées et non traitées. Les résultats pour la plupart des patientes c'est la souffrance intense et solitaire, qui augmente d'autant le stress et peut avoir une influence néfaste ou négative sur le résultat du traitement et qu'aussi la femme stérile doit vivre des moments difficiles et sévères au sein du couple ou de la famille et de son entourage.

Synthèse :

Devenir mère suppose pour une femme la conjonction heureuse de différents paramètres, mais, malheureusement des échecs peuvent empêcher chez elles ce bonheur. Devenir stérile, c'est très douloureux, menace tous les aspects de sa vie, cette

souffrance touche la femme d'abord e, le conjoint, et la famille en suite, c'est le motif fréquent de consultation en gynécologie et la psychothérapie.

Aujourd'hui, la science apporte des solutions au problème de la stérilité. Ces solutions sont encore partielles, comme l'assistance médicale à la procréation devienne un véritable espoir pour tant de couples dans la détresse.

CHAPITRE II : les stratégies de coping et le stress

Préambule :.....	46
-------------------------	-----------

I - Le stress

1- L'aperçu historique du stress.....	46
2- La définition du stress	49
3- Le stress et quelques concepts.....	51
4- Les déterminants du stress.....	53
5- Les modèles de stress.....	54
6- Les phases du stress.....	56
7- Les symptômes du stress.....	59
8- Les différents syndromes du stress.....	62
9- Les cause du stress.....	63
10- Les facteurs du stress.....	65
11- Les Agents Stressants.....	66
12- Les mécanismes biologiques du stress	67
13- Les approches du stress.....	68
14- Du stress physiologique au stress psychologique.....	71
15- Les effets du stress	71
16- La relation entre le stress et le coping.....	75
17- Le stress et la stérilité.....	75
18- La prise en charge du stress.....	76

II- Les stratégies de coping

1-L'histoire de coping.....	78
2- La définition des stratégies de coping.....	80
3- Les déterminants de coping	84
4- Les différents types des stratégies de coping	87
5- L'efficacité des stratégies de coping.....	90
6- L'évaluation de coping	92
7- Les différents modèles de coping	94
8- Les sources de coping	96
9- La stabilité des stratégies de coping.....	97
10- Les mesures de coping.....	98
11- La relation entre le stress et le coping	100
12- Les stratégies du coping face au stress.....	101
13- Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé.....	102
14 - La relation entre la santé et le coping.....	103
15- Les stratégies coping utilisées face à la stérilité féminine primaire.....	103
Synthés.....	105

Préambule

Quotidiennement, on est confronté à de multiples problèmes socio-économiques, familiaux, et autres facteurs stressants, qui engendrent des effets négatifs sur la santé physique et psychique. Pour en faire face, dépasser le conflit, et de s'adapter à cette nouvelle situation ou de se défendre contre toute emprise ou tout assujettissement, on doit développer des stratégies de coping comme défense.

Aujourd'hui on ne peut pas parler de coping sans faire référence au stress. Le coping est considéré comme le médiateur entre le stressor et la réponse émotionnelle de stress. En tant que, le stress c'est des situations qui imposent à l'organisme des efforts d'adaptation dépassant ses capacités, ces situations peuvent être de nature physique et psychologique, ou on dit c'est une réponse non spécifique de corps à une menace externe ou interne qui s'adresse à lui.

I- Le stress :

Dans cette deuxième partie on doit présenter le stress, à travers les éléments les plus importants qui indiquent que le concept offre une contrainte globale à long terme, par sa définition, ces symptômes, puis les modèles, et les phases de ce phénomène, après sa relation avec la stérilité féminine primaire.

1-L'aperçu historique du stress :

Le stress est une réaction normale, et souhaitable, de l'organisme. Elle trouve ses origines au début de l'humanité lorsque l'homme devait lutter pour sa survie.

Depuis l'antiquité les écrits des principaux philosophes à travers leurs réflexions sur les rapports de l'âme et du corps. Le philosophe Héraclite (550-480 avant J.C) soutient que la matière est constituée d'éléments et de qualités qui s'opposent et s'allient de façon dynamique les uns par rapport aux autres, permettant des échanges. Cet équilibre instable est considéré comme nécessaire à la survie des

organismes. Chez Hippocrate (464-377 avant J.C) la santé et la maladie de l'organisme humain sont le résultat d'une harmonie ou d'une dysharmonie interne, associées aux quatre humeurs qu'il contient : sang, flegme, bile noire et bile jaune. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, pp.10-11).

Chez d'autres philosophes via leurs écrits sur les émotions, ainsi pour Platon (427-347 avant J.C.), puis Aristote (384-322 avant J.C), puis Saint Thomas d'Aquin (1221-1274) ont conçu le corps et l'âme comme intimement liés. Après, Descartes (1596-1650), a été le premier à décrire ce lien sous le terme de «passion»: « toute passion ressentie par l'âme ayant sa contre partie corporelle». (J.P. Parrochetti, 2012, p. 51).

Des le XIX^e siècle, les médecins vont faire la liaison entre émotion et la maladie clinique. Ainsi Corvisart (1812) décrit « les maladies du coeur ».

Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e pour que le retentissement de l'esprit sur le corps et de l'interdépendance psychisme environnement puissent accéder à une reconnaissance scientifique.

Pour Darwin (1872) décrit le mécanisme de la peur ayant chez l'homme et l'animal, la fonction de mobiliser les énergies de l'organisme, réagir face au danger et assurer la survie.

Pour James(1884) et Lange(1887), Ils soutiennent la même vision psychologique de la conscience, en postulant un parallélisme très original, les émotions primitives (peur, colère, joie...etc.), seraient ressenties à la suite de modifications corporelles « la conscience que nous avons des sentiments qui s'opèrent en nous, engendrent des sentiments que nous appelons émotions ». (Lange1893). (P. Graziani et J. Dwendsen, 2005, opcit, p.11).

Après, en1868, le médecin physiologiste français Claude Bernard distingue le milieu intérieur (intra-organique) et le milieu (extra-organique) et précis que l'organisme possède la capacité à maintenir l'équilibre quel que soit l'environnement extérieur.

Canon (1928), il inverse le modèle de James Lange pour lui l'émotion est d'origine cognitive qui veut dire « le système nerveux autonome ». L'émotion et les modifications physiologiques qui l'accompagnent sont considérées comme siège d'une mobilisation importante des ressources de l'organisme pour produire un effort conséquent face à un danger interne ou externe. Si les différentes perspectives ont évoluées au cours des siècles, ces concepts et débats ont contribué de façon importante aux définitions actuelles du stress. (P. Graziani

et J. Swendsen, 2005, opcit, pp. 11-12).

En 1932, un neurophysiologiste américain, Walter Bradford Cannon, a nommé cette recherche d'équilibre de l'homéostasie. C'est lui, le premier à introduire le terme dans le domaine de la biologie.

Hans Selye (1907-1982), médecin canadien d'origine austro-hongroise, est le premier à parler d'état de stress sur un plan médical pour décrire les changements physiques provoqués par une situation stressante. En 1956 parait son livre « le stress de la vie ». C'est en 1936 que Selye, venu de l'université de Prague et travaillant à Montréal, décrit chez le Rat un syndrome non spécifique apparaissant au cours de la phase initiale de ce qui s'appellera plus tard le stress. Selye cite la contrainte, l'injection d'huile de croton ou de formol ou encore d'extraits glandulaires mal purifiés, diverses infections, les hémorragies, les brûlures, le froid, l'anoxie, les fractures et les radiations. À côté des réactions tissulaires spécifiques aux divers agents agressifs apparaît toujours une série de phénomènes non spécifiques. L'originalité de Selye a été de montrer, à côté du système neurovégétatif, le rôle des facteurs endocriniens, hypo-thalamo-hypophyso-surréaliens, dans les réactions de stress. (Larousse, 1991, opcit, pp. 847-848).

En 1946, Selye parlera de syndrome général d'adaptation évoluant en trois phases : réaction d'alarme (mort par choc) ; phase de résistance (pathologie ou mort par excès de résistance) ; phase d'épuisement (mort par épuisement).

L'école chirurgicale française, avec R. Leriche, soulignait également l'importance de la réactivité du système adrénosympathique dans le choc opératoire. Leriche avait recours au blocage localisé du système sympathique par infiltration ganglionnaire de procaine. C'est en recherchant des composés actifs par voie générale pour contrôler une réaction de stress chirurgical, le choc opératoire, que H. Laborit, utilisa la chlorpromazine, en association avec d'autres inhibiteurs du système nerveux. La chlorpromazine sera le premier des médicaments neuroleptiques. Pour Henri Laborit et Hans Selye, « confronté à une épreuve, l'homme ne dispose que de trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir ».

H. Laborit a réalisé des expériences pour répondre à la question : « que se passe-t-il quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle ».

Dans les années 1970, à partir d'expériences réalisées sur des rats, H. Laborit a pu démontrer que l'être humain, dès qu'il se trouve enfermé, coince dans une situation sans issue et qu'il ne peut réagir ni par la fuite ni par l'attaque, se trouve dans une situation qui provoque des symptômes plus ou moins importants selon son état de santé physique et psychique antérieur et la durée de la situation. Pour H. Laborit, il s'agit d'un programme biologique de survie qu'il a appelé le syndrome d'inhibition. (Zablocki B, 2009, p 19-20).

Aujourd'hui, le stress est un phénomène biologique, ou psychologique, ou bien social, qui met en jeu notre organisme dans sa globalité.

2- La définition du stress :

Pour améliorer notre travail de recherche on va donner quelques définitions récentes au concept de stress.

Selon le dictionnaire Larousse, le terme de stress a été introduit pour la première fois par Selye, (1907,1982) médecin endocrinologue autrichien, pour lui le stress est

« toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme ». (Larousse. 1991, opcit, p.754).

En psychologie, le terme de stress renvoie donc aux « multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes ». (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p.10).

Le stress vient du latin « stringer, qui veut dire : tendu, raid, c'est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques et comportementales. (G.N.Fischer 2002, p. opcit, 115).

Selon Hans Selye « Le stress désigne 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 homéostatiques ». (N. Sillamy, 2004, p.256).

Aldwin(1994) décrit le stress comme une qualité d'expérience, produit par une transaction personne-environnement, et qui, par le biais d'une activation d'éveil excessive ou insuffisante, se traduit en une détresse soit psychologique, soit physiologique, soit les deux. (H. Chabrol, S. Callaghan, 2004, opcit, p.108).

Pour Lazarus et Folkman le stress est défini comme étant « une transaction particulière entre un individu et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant menacer son bien-être ». (Lazarus et Folkman, 1984, opcit, p.19).

Kolbell (1995) définit le terme stress comme « un état qui survient lorsqu'un individu est confronté à une demande qui dépasse ses capacités, réelles ou perçues, d'y répondre avec succès, ce qui entraîne une perturbation de son équilibre physiologique et psychologique ».

Le stress n'est ni un stimulus ni une réponse, mais un processus dynamique, singulier (une transaction) élaboré activement par un individu confronté à une situation menaçante. (CH. Razurel, 2011, p.48).

Le stress est donc une réaction physiologique, pas nécessairement délétère à court terme, permettant de s'adapter à l'évènement contraignant rencontré. Il est une part inévitable de notre vie sociale et professionnelle. En cas de stress chronique, répété et important les conséquences à long terme peuvent toute fois être négatives. (P. Maïa, G. Thomas, 2011).

Alors, il ya deux formes de stress, positif est celui qui nous motive et nous donne de l'enthousiasme lorsque nous allons vivre une situation dont nous n'avons pas l'habitude. Et le stress négatif est la suite du stress positif, il nous fragilise psychologiquement et physiquement et fragilise notre santé.

Le stress positif survient lorsque le niveau de tension et la réponse physiologique sont adaptés à la contrainte. Le stress négatif, nuisible ou gênant est observé lorsque la réponse n'est pas adaptée, disproportionnée, avec le plus souvent une sur-réactivité.

A partir de ce qui précédant on comprend que le stress dans sa globalité est une réaction soit négatif, soit positif, de l'organisme, d'un être vivant, face à un danger interne ou externe qui menace son équilibre physique ou psychologique en mettant en danger son bien être ce qui le rend dans un état stressant.

3-Le stress et quelques concepts :

Lorsque la contrainte de stress survient chez l'individu, soit direct ou indirect, qu'interfère avec d'autres problèmes comme (angoisse, anxiété, dépression), qui s'accompagne par des modifications physique et/ ou psychologique.

- L'angoisse :

L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparables à celles que l'on observe dans les chocs émotionnels ; palpitation, sueur, tremblement, vision brouillée, etc. (N. Sillamy, 2004, opcit, p.22).

L'angoisse est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser, l'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (J. Laplanche et J-B. Pontalis, 1996, p.28).

- L'anxiété :

Un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent mal différencié (anxiété-état). (H. Bloch, R. Chemama et all, 2011, opcit, p.70).

Autrement dit, l'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques par modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. (M. Bruchon-Schweitzer, 2007, p.186).

- La dépression :

La dépression est un état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution de tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (N. Sillamy, 2004, opcit, p.79).

La dépression est une notion polysémique. Elle désigne un ensemble hétérogène de troubles associé à de nombreux facteurs psychologiques et biochimique.

On parle d'humeur dépressive pour désigner « un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour y faire face. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, opcit, p.190).

Nous comprenons de ce passage que le stress impliqué dans plusieurs points avec l'angoisse, la dépression et l'anxiété.

4- Les déterminants du stress :

Le stress est déterminé par deux grands types de facteur, individuels et situationnels :

- En ce qui concerne les facteurs personnels; ils peuvent être d'ordre cognitifs, motivationnels ou conatifs. Certaines de ces caractéristiques personnelles impliquent la croyance dans le fait que l'on peut maîtriser la situation (auto efficacité etc.). D'autres une exagération du caractère menaçant des événements (anxiété, dépression, pessimisme, etc.) et d'autre une sous- estimation des risques et une illusion d'invulnérabilité et de maîtrise (optimisme, etc.).
- les caractéristiques situationnelles pouvant induire le stress, en premier lieu, leur vulnérabilité (caractère brutal, soudain) qui ne permet pas à l'individu de mettre en place des transactions anticipatrices. Ces situations sont extrêmes angoissantes par la menace vitale qu'elles impliquent et par la quasi impossibilité d'y faire face.

C'est aussi l'ambiguïté d'une situation qui peut s'avérer stressante, comme l'ambiguïté de rôle qu'est l'un des déterminants du stress professionnel. Enfin, l'un des aspects stressants d'une situation difficile est sans doute son incontrôlabilité, réelle ou perçue. Croire qu'un événement est incontrôlable est

beaucoup plus stressant que de le percevoir comme contrôlable, même si l'on fait rien pour le modifier.

5- Les modèles de stress :

D'après les recherches qui ont été faites ailleurs sur le concept de stress, on trouve plusieurs modèles de ce dernier comme :

- Le modèle de Hans Selye :

H. Selye définit le stress comme : « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Non spécifique veut dire que la réponse biologique est toujours la même quel que soit l'évènement déclencheur. Par exemple, l'annonce d'une promotion induit le même effet biologique que l'annonce d'une maladie grave. Cette réponse déclenche le syndrome général d'adaptation ou SGA décrit par H. Selye comme une association réactionnelle de signe comportant trois phases consécutives : la phase d'alarme, la phase de réaction et la phase d'épuisement. Le SGA représente toutes modifications produites dans l'organisme par le stress.

- Le modèle de Mclean :

Pour Mclean (1974), le processus de stress s'enclenche si trois facteurs : contexte, vulnérabilité et situation sont présents. Le stress induirait alors des symptômes physiques ou psychologiques. Selon lui, s'il manque un des facteurs, le processus de stress ne se déclencherait pas.

- Le contexte stressant peut être environnemental (bruit, variation de température, embouteillage...), relationnel (difficultés ou conflits dans la vie privée ou professionnelle, lié à des évènements (décès, mariage...) ou socioéconomique (chômage, perte ou diminution de revenus, réduction du pouvoir d'achat...).

- La vulnérabilité individuelle signifie qu'une même situation est vécue comme stressante par personne et ne génère pas de stress pour une autre.

- La situation implique la présence de facteurs de stress.

(Zablocki B, 2009, opcit, p. 25/29).

- Le modèle de Lazarus et Folkman :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu), et met en place des stratégies de coping.

Ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues (Coyne et Lazarus, 1983 ; Lazarus, Avrill et Opton, 1970. Lazarus et DeLongis, 1983 ; Lazarus et Folkman, 1984 ; Lazarus, Kanner et Folkman, 1980 ; Lazarus et Launier, 1978). Rien n'est considéré, à priori, comme un stressor. Chaque stimulus peut être vu comme intéressant, désirable, non menaçant, non nuisible et, s'il est ainsi évalué, il ne sera pas considéré comme stressor.

Pour ce modèle les stressors physiques ou psychologiques produisent des réponses de stress seulement après avoir été évalués comme menaçants et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduit à l'un ou l'autre de ces éléments.

La clef du modèle transactionnel est l'accent mis sur la dimension cognitive, le travail d'évaluation du sujet à l'apparition du stressor.

Selon l'approche transactionnelle, une situation devient stressante quand « la demande » faite par l'interaction individu/environnement est évaluée par le sujet comme excédant ses propres ressources et mettant en danger son bien être. (Lazarus et Folkman, 1984, opcit).

Considérer le stress comme un « processus » à deux significations importantes en rapport avec la théorie cognitive du stress :

1. le sujet et l'environnement sont considérés en relation dynamique, donc constamment en changement ;
2. la relation est aussi bidirectionnelle : le sujet et l'environnement peuvent agir l'un sur l'autre (Graziani P, et coll, 2005, pp.47-48).

D'après cette partie on constate que chacun de ces modèles explique, étudié et analyse comment se fait le stress sur la côte psychologique et physique, pour améliorer et développer ce concept par des chercheur.

6- Les phases du stress :

Dans son ensemble, le syndrome de stress, ou syndrome général d'adaptation (S.G.A.) évolue selon trois stades successifs : 1) La « réaction d'alarme » pendant laquelle les forces de défense sont mobilisées ; Le « stade de résistance » qui reflète la complète adaptation à l'agent stressant Le « stade d'épuisement » qui suit inexorablement pourvu que l'agent stressant soit assez puissant et agisse assez longtemps, le pouvoir d'adaptation d'un être vivant étant toujours limité ».

- La phase d'alarme :

L'organisme mobilise toutes ses ressources pour faire face à l'agression. Dans un premier temps (phase de choc) il ya la surprise de l'agression soudaine et la présence de symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre choc) il ya la mise en phase de moyens de défense active, le cortex surrénal augmente le volume et présente une activité élevée. Il ya involutions aigue et inversion de la plupart des signes augmentation de la tension artérielle, boule à la gorge ou à l'estomac, anxiété, angoisse de la phase de choc. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005,opcit, p .20).

Cette phase est une manifestation d'un ensemble de symptômes différents selon le tempérament de chacun, l'effet de surprise, et l'éducation reçue qui aura favorisé ou non l'habitude de gérer avec plus ou moins de maîtrise un évènement ; face à un danger ou une menace, l'organisme répond aussitôt par une mise en alerte. Cet état d'alerte prépare la personne à réagir à l'image d'une nation préparant ses troupes pour répondre à l'agression d'une armée ennemie. Lors de cette phase, l'organisme

mobilise les énergies physiques et psychiques disponibles pour se défendre contre une menace physique ou psychique et la manifestation de symptômes différents selon le tempérament de chacun. (L. Charlotte, 2013, p.16).

- La phase de résistance

Elle commence environ 48 heures après l'agression, les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution hyper chlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissus), cette phase de résistance prolonge et accentue la phase de contre choc. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, opcit, p .20)

Le corps mobilise toute son énergie, l'organisme est bien prêt, bien organisé pour une défense efficace. L'équilibre peut être maintenu grâce à la mise en route des mécanismes d'autorégulation. Tant que persiste l'agression, l'organisme est stimulé et résiste grâce à diverses modifications, sanguines, hormonales et à une production d'adrénaline. Mais si cette phase se prolonge, il en va de même pour l'organisme qui ne peut pas répondre en même temps, d'une façon efficace, à plusieurs situations stressantes. Lorsque ces dernières s'accumulent, le corps se fatigue très vite, n'ayant pas le temps de recharger ses accus.

Grâce à l'activation des réactions psycho-physiologiques contre le stresser, l'organisme entre en résistance active. Même si la situation pressante perdure, les symptômes apparus lors de la première phase disparaissent et les processus physiologiques activés par la réaction d'alarme se normalisent. Dans cette deuxième phase, lorsque la résistance au stresser d'origine est très grande, la résistance aux autres stressers est réduite. Un faible stresser peut ainsi engendrer une forte réaction si les ressources corporelles nécessaires à la résistance sont mobilisées contre un autre stresser. Si cette phase devient trop longue, le corps s'épuise et cela peut se traduire par des symptômes tels que des céphalées, insomnies, tensions musculaires. (L. Charlotte, 2013, opcit, p.16).

- La phase d'épuisement :

L'organisme peut être dans la dernière phase en fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression, elle peut apparaître quelques semaines, voire plusieurs mois, après le début de l'agression à laquelle l'organisme déborde craque et ne réussit plus à mobiliser ses ressources et s'épuise ainsi l'adaptation peut disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. Cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc.

(P. Graziani et J. Swendsen, 2005, Opcit pp.20/21).

Si l'organisme a repoussé le stresser nuisible trop longtemps, il arrive un moment où il ne sera plus possible de maintenir la résistance. Ce stade d'épuisement peut conduire à l'effondrement total de l'organisme. L'individu a utilisé toutes ses ressources et s'effondre car il n'a plus de forces psychologiques, physiques et biologiques pour faire face au stress. (L. Charlotte, 2013, ibid, p.16).

L'individu, de plus fragile, laisse la porte ouverte à de nombreuses maladies psychosomatiques ; ulcères gastriques, tachycardie, spasmophilie, pour ne citer que les plus connues sans compter les troubles psychologiques plus ou moins graves. Puis vient le moment où tout s'effondre, l'individu craque, n'ayant plus de forces ni physiques ni psychologiques pour en faire face. C'est la phase où toutes les réserves sont consommées. (Choque S.J, 2007, p12).

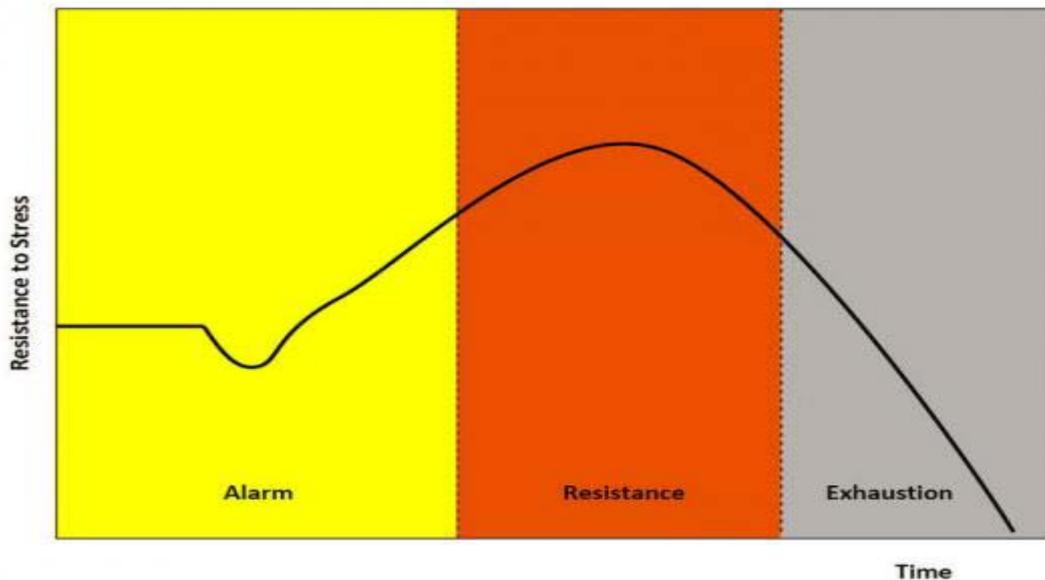
Le sujet cesse toute tentative de résistance. Il y a un affaiblissement des dépenses du sujet qui peut aller jusqu'à la mort clinique. (M. Lourel, 2006, ibid, P.6).

Est-ce clair pour nous comment le stress est reproduit dans l'organisme étape par étape, et que le stress peut être passager et survenir de façon isolée. Et peut être se prolonger de façon chronique et handicapé.

Figure N° 2: Les phases du stress

<http://bon-mauvais-stress-tp.e-monsite.com/pages/lexique/les-phases-du-stress>

(<http://bon-mauvais-stress-tp.e-monsite.com/pages/lexique/les-phases-du-stress>).



7- Les symptômes du stress :

Le stress provoque des symptômes très variables, nombreux et d'intensité plus ou moins violente. Ils se différencient d'une personne à l'autre, et chaque personne ayant très souvent plus particulièrement son ou ses symptômes propres.

- Les Troubles psychosomatiques :

On trouve des affections dermatologiques chroniques (psoriasis, eczéma, pelades....etc.), de certaines affections digestives, le cas de l'ulcère d'estomac qui résulte d'une réduction de la production de mucus gastrique servant à protéger les parois de l'estomac contre l'action du suc gastrique sécrété en excès, par des bactéries spécifiques et endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie). (M. Boudarene, 2005, p.3).

- Les troubles physiques :

Le symptôme le plus fréquent et le plus sensible est la fatigue, qui n'est pas toujours avouée, ou même camouflée par une hyperactivité compensatrice et qui referme le cercle vicieux. Douleurs diverses et variées, touchant n'importe quel niveau de l'organisme, douleurs digestives, intercostales, céphalées, rhumes, état grippaux.

La plupart de ces changements physiologiques proviennent de l'activation de deux systèmes neuro-endocriniens, qui sont contrôlés et activés par l'hypothalamus : le système nerveux autonome (sympathique) et l'hypophyse.

Dans une situation de stress, des impulsions nerveuses sont envoyées de l'hypothalamus vers le système sympathique, qui est à l'origine des modifications, telles que l'accélération du rythme cardiaque ou la dilatation des pupilles. C'est également le système sympathique qui est responsable de la stimulation des glandes surrénales, responsables de la sécrétion des hormones adrénaline et noradrénaline.

Celles-ci donnent à leur tour à une série d'organes l'ordre d'accomplir leur fonction. L'hypophyse réagit aux signaux envoyés par l'hypothalamus en délivrant deux hormones essentielles pour la réaction de stress. L'hormone thyroïdienne (TRH) active la thyroïde, qui à son tour met plus d'énergie à disposition du corps.

L'hormone adrénocorticotrope (ACTH) stimule les parties externes des glandes surrénales, ce qui provoque la sécrétion de plusieurs hormones (stéroïde). Celles-ci sont importantes pour la distribution de sucre dans le sang par le foie. L'ACTH (L'hormone adrénocorticotrope), ordonne aussi à différents organes de produire environ 30 autres hormones, qui jouent toutes un rôle pour l'adaptation du corps lors d'une réaction de stress.

Cette situation physiologique de stress survient également à la suite de stressseurs psychiques. Mais elle n'est pas adaptée à ces stressseurs, car aucune activité corporelle, exigeant plus de force et d'énergie, n'est nécessaire. Une telle excitation survenant à répétition ou de façon chronique en raison du stress, et qui ne peut être réduite par une

activité corporelle appropriée, peut même conduire avec le temps à des perturbations des fonctions corporelles. Celles-ci peuvent s'exprimer de différentes manières, comme par exemple sous forme de problèmes pectoraux, abdominaux ou de digestion, de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles cardiaques ou de maux de dos ou de tête.

- Les troubles psychiques :

On remarque des troubles du comportement comme l'agressivité, nervosité, troubles des conduites alimentaires, consommation du tabac, abus d'alcool, et toxicomanie beaucoup de personnes stressées ont des difficultés d'endormissement, d'autres se réveillent en plein milieu de la nuit. Leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés et des entraves rencontrées pendant la journée.

La prise de somnifères dans certains cas ne résout pas le problème, et ne fait qu'aggraver la situation en rendant la personne complètement dépendante. Des troubles sexuels peuvent être enregistrés chez certaines personnes, se manifestant par une baisse de la libido, des capacités et performances sexuelles (impuissance sexuelle). (D. Hoarcau, 2001, p.771).

Le comportement d'une personne stressée dépend de l'intensité avec laquelle elle ressent ce stress et de la durée de celui-ci. C'est ainsi qu'un léger stress actif intensifie certains comportements biologiques significatifs, comme manger, ou augmente la tonicité de l'organisme. A l'inverse, un stress lourd entrave et affecte le comportement et ne peut conduire qu'à un immobilisme complet.

La réaction de stress peut comprendre une quantité de réponses émotionnelles diverses : Si le stressor est perçu comme un défi stimulant et gérable, la réaction peut être une sorte d'excitation joyeuse. Toutefois, les réactions émotionnelles négatives, comme la peur, la tension, le découragement, l'irritabilité, la colère, l'agressivité, l'anxiété, le manque de courage, l'apathie, la dépression, ou même les tendances

suicidaires, sont beaucoup plus fréquentes. La plupart du temps, le stress est ressenti de manière aiguë comme désagréable et engendre des émotions négatives. Cela engendre souvent des efforts visant à réduire la gêne de manière directe ou indirecte.

Lorsqu'un stresseur est jugé menaçant pour le bien-être ou l'estime de soi, diverses fonctions intellectuelles peuvent en être affectées (attention, mémoire, résolution de problèmes, jugement, prise de décision). Plus le stress est important, plus la diminution de l'efficacité cognitive et les perturbations de la pensée sont fortes. (Zimbardo, 1992, Atkinson, 1990, opcit).

On déduit que le stress est un facteur déclenchant de diverses pathologies apparaisse comme des symptômes, qui peuvent survenir en réponse à n'importe quel type d'agression, que ce soit une infection, une pathologie organique, un symptôme isolé, ou un problème d'ordre psychiatrique

8- Les différents syndromes du stress :

Le syndrome du stress est l'ensemble des signes et des symptômes qui engendre un stress aigu, post-traumatique, ou chronique.

- Le syndrome du stress aigu :

Le stress aigu désigne une réaction soudaine qui est la conséquence d'un stress identifiable. Un stress aigu, par exemple, peut apparaître suite à un événement important comme un deuil ou une promotion, cependant la réaction varie d'une manière individuelle, le stress aigu se caractérise par une augmentation de la production d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol, appelées hormones du stress. Si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome du stress post-traumatique.

- Le syndrome du stress post-traumatique

L'OMS(1993) définit le syndrome du stress post-traumatique comme « une réponse retardée en différée à un évènement traumatisant qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métier comme la police, les pompiers et les secours médicaux peuvent vivre des évènements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress post traumatique». (B. Zablocki, 2009, opcit, p.64).

L'American psychiatrie association (APA) en 1994 définit les manifestations de stress post-traumatique comme suit :

- Impression de revivre le traumatisme : pensée, rêves ou « flash-back » récurrents accompagnés d'un sentiment intense de peur et de désarroi.
- Efforts pour éviter de penser à l'évènement traumatisant ou aller dans certains lieux pouvant rappeler une attention aux autres ou à ressentir des émotions ;
- hyperactivité, insomnie, difficulté de concentration, état perpétuel de « qui vivre » plus grande nervosité et réactions de sursaut exagérées.

- Le syndrome du stress chronique :

Zablocki(2000) définit le stress chronique comme « une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps, ce type de réaction débute graduellement progresse lentement ». (B. Zablocki, opcit, p.64).

On constate que le stress est caractérisé par la durée, l'intensité, et la pression, il vient à la suite d'un événement stressant ou après.

9- Les cause du stress :

Les causes du stress sont extrêmement nombreuses et variables d'un sujet à un autre et sont spécifiques, parmi : elles on peut rappeler.

- Les causes biologiques :

les facteurs biologique on cite le manque d'exercice physique, pas assez de sport, l'alimentation peu équilibré : manque de vitamine, trop de café, La réaction allergique à certains aliments, Les changements biologiques tels que la puberté, la ménopause, la vieillesse ou la grossesse, Le déséquilibre chimique dans le corps. (K-Y. Deogratias, 2010).

- Les causes socio-culturelles

Le stress peut être causé par toute une série de pressions sociales et culturelles comme :le changement de situation sociale ou changement dans la vie quotidienne (perte d'un chère, changement d'emploi, mariage, vacances), la pression pour se conformer aux règles au sein d'un groupe ou dans le travail, en particulier lorsque le comportement exigé n'est pas celui que la personne adopte habituellement , le manque de soutien des collègues ou proches, pas de moment de détente, manque d'écoute de la part des amis, la pression au travail avec des objectifs difficiles à atteindre, chômage, peu d'activités sociales.

- Les causes psycho-dynamiques :

Des problèmes hérités à l'enfance qui n'avaient pas été résolus, avoir à faire face à des situations qui rappellent des événements stressants de l'enfance, le manque de confiance en soi, être sur sa défense sans une réelle raison apparente lorsque l'estime de soi est menacée.

- Les causes rationnelles :

La façon dont nous évaluons les conséquences de certaines actions ou certains événements. Cela peut avoir une influence positive ou négative du stress que nous ressentons, le fait de se fixer soi-même des objectifs trop élevés ou inatteignables, Mal interpréter les actions de son entourage, Ne pas être capable de surmonter certaines situations, comme par exemple ne pas avoir une approche rationnelle pour résoudre ses problèmes.

- Les causes du stress au quotidien

Des demandes à satisfaire venant simultanément des plusieurs personnes et de toute part, Des frustrations personnelles, Des changements dans le régime alimentaire, le rythme du sommeil, les relations avec les autres. (K-Y. Deogratias, 2010, opcit).

10- Les facteurs du stress :

Après avoir parlé sur les causes du stress on trouve quotidiennement des facteurs (socio- économique, familiaux), qui déclenchent chez l'individu la réaction de stress, parmi ces facteurs on note :

- Le milieu professionnel :

L'environnement du travail est certainement responsable de malaise et l'agression que constituent certaines activités professionnelles, comme le travail en milieu agressifs sont considérés comme des professions à risque.

- La vie familiale :

Toute les familles traversent des périodes difficiles, dont certaines sont particulièrement stressantes ; décès, maladies de l'un des parents. Les relations familiales peuvent être extrêmement troublantes, dans le cas ou ses membres ne s'entendent pas, particulièrement s'il y a des conflits entre eux. (M. Boudarene, 2005, opcit, p.12 /13).

Il s'avère que le milieu de travail et la famille considéré comme des facteurs majeurs qui déclenchent le stress.

11- Les Agents Stressants :

L'agent peut être positif, négatif, important ou peu important, déjà vécu ou jamais. Il peut être physique, psychique, social, cognitif ou physiologique. L'effet ressenti et son importance dépendent de la capacité de l'individu à le vivre.

Selon Cungi, dans savoir gérer son stress en toutes circonstances, il existe plusieurs types d'agents stressants. Il y a, en effet, ce qu'il appelle les stressseurs aigus et les stressseurs chroniques.

- Les premiers peuvent être d'une intensité variable et surviennent de manière épisodique (accidents, agressions, mais également des évènements positifs comme des mariages).
- Le deuxième, qui est également nommé stressseur répétés, ils surviennent, comme leur nom l'indique, de manière répétée et chronique (surcharge professionnelle par exemple). (L. Olive, 2011, opcit, p.09).

Un agent stressant est un élément qui bouleverse l'équilibre de l'organisme, et qui favorise ainsi la production de stress. Ces multiples agents peuvent provoquer du « bon stress » ou du « mauvais stress ».

En effet, le stress n'est pas qu'un élément négatif avec des conséquences dangereuses pour l'organisme. Dans Sans stress la vie est impossible, Baumann et Turpin vont même jusqu'à dire que le stress est l'une des conditions de la créativité et de l'accomplissement de l'être humain. L'important est alors de parvenir à un effet de stress sans détresse.

Effectivement, pour de nombreux auteurs, le « bon » stress permet une amélioration de la performance. Afin de ne pas confondre ces deux types de stress, l'IFAS (l'Institut Français de l'Anxiété et du Stress) qui dirige un observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression a proposé le terme de « sur stress » lorsque le niveau de celui-ci pourrait entraîner un risque sur la santé de l'individu. (L. Olive, 2011, opcit, p.10).

Nous nous concentrons sur ce que H. Selye dit « Ce n'est pas l'agent stresseur qui nous tue mais la façon dont on y répond ».

12- Les mécanismes biologiques du stress :

Lorsqu'un épisode de stress est ressenti, l'organisme libère automatiquement deux hormones dites « de stress », l'adrénaline et la noradrénaline qui permettent, la plupart du temps, de franchir l'obstacle.

Cela se fait par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. Ces dernières ont une action immédiate : elles font, en effet, augmenter la pression artérielle, ce qui permet d'intensifier les rythmes cardiaque et respiratoire, tout en élevant la glycémie (taux de sucre dans le sang). Les capacités de l'organisme se voient alors amplifiées : les pupilles sont dilatées afin d'améliorer la vision, la mémoire et la réflexion plus actives. D'autres fonctions, qui ne jouent pas un rôle majeur dans cette situation, sont, au contraire, mises au repos (la digestion par exemple). Ces variations automatiques de l'organisme sont des vestiges d'un réflexe archaïque qui avait alors pour but de permettre à l'individu de fuir devant le danger. (K-Y. Deogratias, 2010, opcit).

Si l'action de ces deux hormones ne suffit pas à un retour à l'état normal, ce sont les hormones de la glande corticosurrénale qui prennent le relais. Ces dernières aident à l'endurance et la résistance de l'organisme. Il s'agit, tout d'abord, d'hormones métaboliques (comme le cortisol ou la cortisone) qui distribuent l'énergie vers les organes qui en ont le plus besoin. On constate alors, une fois de plus, une augmentation du taux de sucre dans le sang. Il s'agit, ensuite, de minéral corticoïde (comme la corticostérone ou l'aldostérone qui aident le corps à combattre les agressions extérieures). Les défenses immunitaires deviennent alors plus actives. (L. Olive. 2011, opcit, p.14).

13- Les approches du stress :

Les théories du stress constituent des approches incontournables dans la démarche de prévention des risques psycho-sociaux. On doit présenter deux approches :

- L'approche cognitive du stress

Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces derniers.

Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Parmi les plus en vue, celui de l'approche cognitive ou modèle de Beck. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, opcit, p. 32).

Beck(1979), à l'instar d'autres cognitivistes a contribué à faire évaluer de façon notable les thérapies cognitivo-comportementales, traditionnellement régies par les principes béhavioristes et d'analyse comportementales.

En incluant une dimension cognitive, ce nouveau courant nommé cognitivo-comportementaliste, accord une place essentielle aux pensées irrationnelles, aux schémas cognitifs pathologiques et aux erreurs logiques de la pensée entant que possible du changement en thérapie.

Beck(1984), reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement.

Beck a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se fonde sur des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gèrent toutes des

étapes du traitement de l'information. L'activité des schémas est la suivante : filtrage et sélection des informations stockées en mémoire à long terme (MLT), récupération des informations en MLT, gestion de l'action.

(P. Graziani et J. Swendsen, 2005, *opcit.*, pp. 38-39).

Dans ce modèle cognitif de Beck, il existe de nombreux schémas de base assez stables qui incluent un traitement spécifiques des stimuli, des processus cognitifs spécifiques, et une structuration particulière des informations.

Ce modèle postule qu'une pathologie serait constituée d'une multitude des schémas non adaptés à la vie courante. Lorsqu'un événement extérieur intervient, des schémas cognitifs spécifiques sont actifs pour classer, interpréter, évaluer et donner une signification à l'événement.

Il oriente le sujet vers certains stimuli ou événements plutôt que d'autres, en sensibilisant sélectivement « le set cognitif » facilite certaines activités ou stratégies de coping plutôt que d'autres. (P. Graziani et J. Swendsen, 2006, p.40).

Dans ce modèle, la pathologie (dont le stress) est donc appréhendée comme distorsion, une maladie du traitement de l'information dans laquelle l'individu se trouve soumis à des schémas négatifs de pensée, figés et inappropriés, générant, affects et comportements synchrones.

Beck (1984) met l'hypothèse que chaque sujet possède des régions cérébrales particulièrement sensibles au stress. Pour peu qu'une situation active l'une de ces aires, l'individu réagira sur un mode à la fois cognitif et comportemental. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.43).

- L'approche transactionnelle du stress :

Les approches transactionnelles veulent dépasser la simple notion de cause effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de transaction stressante dans une optique interactionnelles.

Parmi les approches les plus influentes dans ce domaine, celle de Lazarus et Folkman ; cette approche a pour objectif la compréhension et l'explication des conduites d'ajustement individuelles à des situations stressantes en se centrant sur le processus psychologiques mis en œuvre par l'individu. Le stress est ici envisagé « (...) comme éprouvant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être ». (Lazarus et al, 1984, opcit, p.19).

Elle considère que le stress ne dépend pas de la situation ou des individus seuls, mais bien des conséquences des interactions entre le sujet et son environnement, l'un et l'autre s'influençant réciproquement. Elle met particulièrement en évidence l'existence de deux processus médiateurs qui influent sur cette transaction individu-environnement : l'évaluation cognitive et le coping.

Pour Lazarus, le stress doit être envisagé comme un processus transactionnel caractérisant les interactions individu-environnement, le coping et la simultanéité des changements survenant dans le processus d'évaluation. Ainsi, cette approche se focalise sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) et met en place des stratégies de coping. (J. P. Parrocchetti, 2011, ibid, p.51).

La présente conception du stress s'inscrit dans l'approche transactionnelle du stress proposé par Lazarus en 1966. Cette approche introduit une lecture dynamique du stress en montrant que le stress ne peut être envisagé par un simple lien de cause à effet du type « stressor, stress » (Lazarus et Folkman, 1984, opcit).

A travers cette évaluation, le sujet détermine donc si la situation représente une menace, un danger, un défi ou pas.

Une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'évaluation de l'individu converge sur les ressources pour en faire face, cette estimation est appelée « évaluation secondaire ». Elle sert au sujet à déterminer ce qu'il faut faire pour prévenir des situations négatives ou bien pour tirer bénéfice de la situation. Différentes possibilités

de coping sont évaluées : changer la situation, l'accepter, chercher à s'informer davantage, prendre du recul pour éviter d'agir impulsivement.

Ces deux évaluations se déroulent très rapidement générant des émotions qui à leur tour, accompagnent et influencent l'évaluation cognitive. De manière globale le sujet estimant disposer suffisamment de ressources pour contrôler la situation privilégiera des stratégies visant à affronter volontairement les obstacles (coping contrôlé sur le problème), alors que le sujet croyant ne pas pouvoir le maîtriser tentera de modifier les conséquences du stress sur sa propre personne (psychologiques, cognitives, émotionnelles). (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, opcit, pp.35/56).

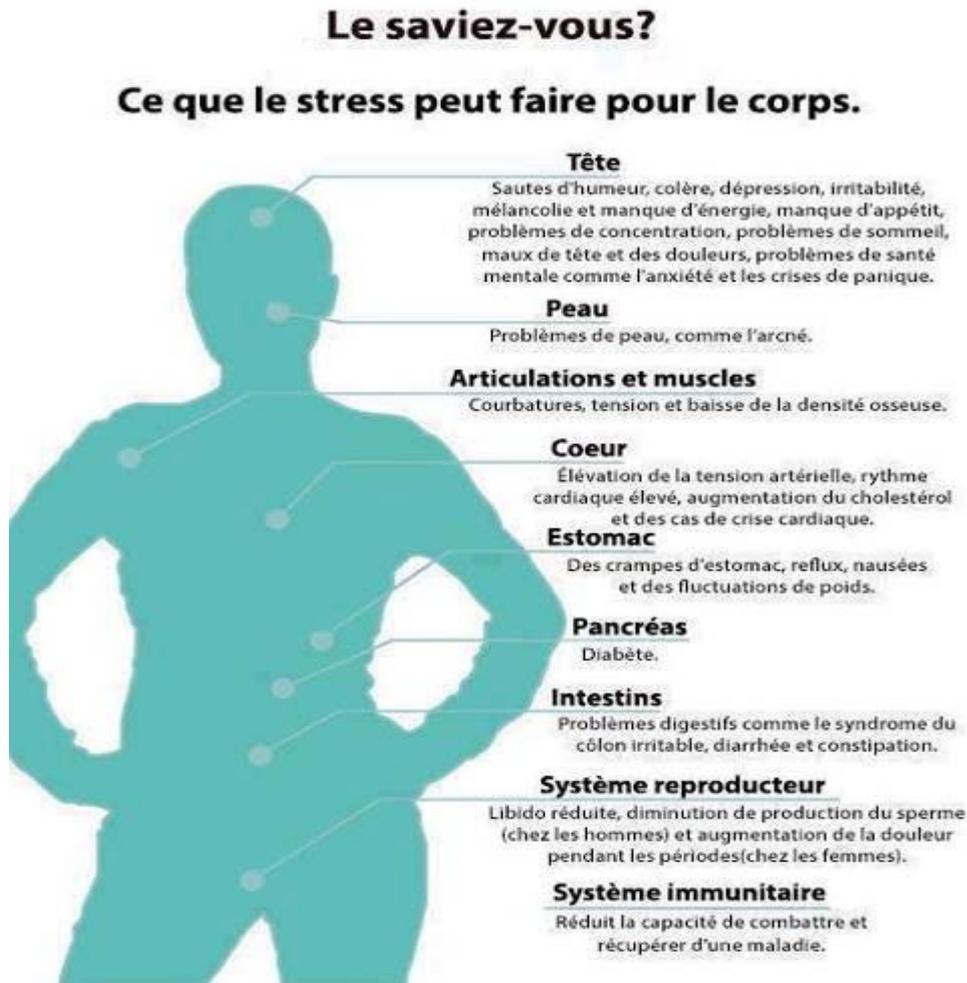
14- Du stress physiologique au stress psychologique :

Le stress était appréhendé seulement d'un point de vue physiologique (Agression physique qui entraînait une réponse physique). Cependant, pour certains, il s'agit désormais davantage d'agressions psychologiques qui entraînent des réponses psychologiques ou psychosomatiques. Pour Lassarre, le stress est donc « une agression psychique et / ou sociale, produisant une réaction non spécifique de l'organisme et, éventuellement, des manifestations psychopathologiques et / ou physiopathologiques ». Cette définition nous donne un aspect plus complet de la notion de stress. Nous voyons que les aspects physiologiques et psychologiques sont imbriqués et qu'ils sont difficiles à distinguer. Effectivement, plus le stress nous épuise physiquement, plus nous le sommes psychologiquement et inversement. (D. Lassarre, 2011, p.22).

15- Les effets du stress :

Les chercheurs ont découvert qu'il existait un rapport entre le stress et plusieurs problèmes de santé importants.

Figure N° 03 : les effets du stress sur le corps humain



- Les effets émotionnels et psychologiques du stress

Le stress, s'il est ressenti de manière chronique, peut entraîner, chez le sujet qui le subit, de l'anxiété (il pourra alors ressentir de la panique même si le stressor n'est pas présent). Cela peut aller jusqu'à des comportements dépressifs risquant de conduire l'individu au suicide. De manière plus générale, ce dernier génère également une baisse de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la motivation, de la créativité, de la mémoire, de la concentration et une augmentation du nombre d'erreurs. Apparaissent également une sensibilité et nervosité accrues, des crises de larmes ou de nerfs et de la tristesse.

A long terme, on constate aussi une modification de certains traits de personnalité ou l'aggravation de problèmes déjà existants à ce niveau. Les principes moraux que possédait l'individu subissent, pour leur part, un certain affaiblissement.

- Les effets comportementaux :

A propos du comportement général, l'apparition du stress peut provoquer, chez l'individu le subissant, des troubles de la parole, une baisse de l'enthousiasme, une hausse de l'absentéisme au travail, une modification des comportements alimentaires, l'apparition de comportements agressifs et violents voire parfois de comportements étranges, une hausse de la consommation de « drogues » (café, alcool, cigarette), une diminution de l'énergie, des perturbations du sommeil ainsi qu'un report des responsabilités sur autrui. A court terme, cela se remarque également par l'apparition de gestes plus vifs.

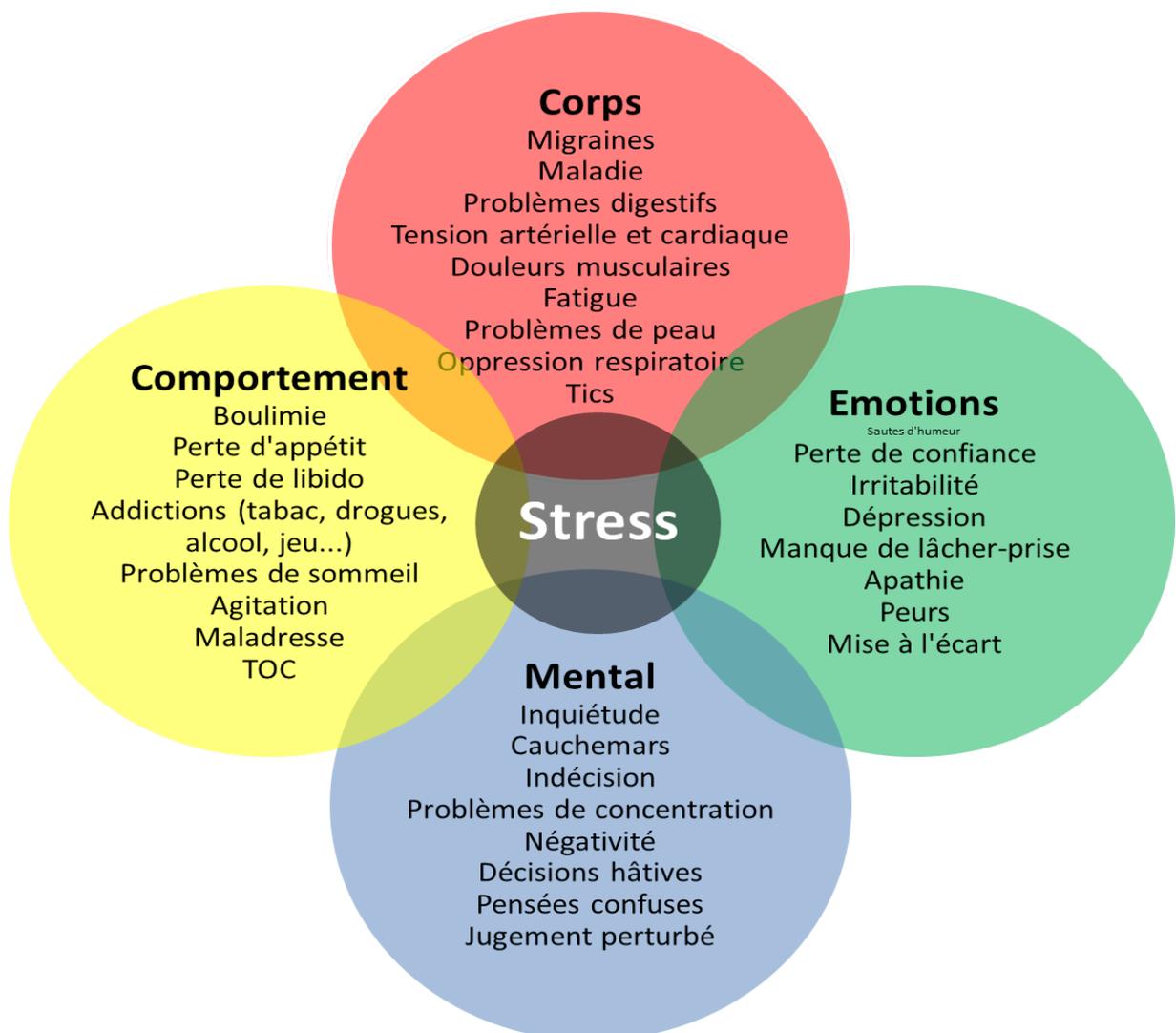
- Les effets cognitifs du stress :

Au niveau cognitif, le stress provoque une baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire, de la distractibilité (perdre le fil de ce que l'on dit / pense), une détérioration des capacités d'organisation ou de planification. Il génère également une augmentation du taux d'erreurs dans l'exécution des tâches cognitives. (L. Olive, 2011, opcit, pp.14-15).

Donc Un stress élevé peut conduire à des conduites addictives, des perturbations du sommeil (le plus souvent insomnie), des pathologies cardio-vasculaires, des dépressions, une sensation de mal-être, des conflits conjugaux, voire des conduites suicidaires. Principaux signes déclarés par les anesthésistes sont l'irritabilité, troubles du sommeil, les nausées, les troubles de l'attention et la mémoire, la fatigue chronique, l'anxiété, et les cauchemars. Maintenant que nous avons appréhendé de manière globale le concept de stress, nous pouvons traiter le cas plus particulier du stress professionnel, parce que notre recherche porte sur le stress professionnel chez les anesthésistes.

Le stress a des effets sur l'apparition de n'importe quelle maladie physique tel que le rhume, les maux de tête et peut-être même le cancer,... etc. ou trouble psychologique comme l'anxiété, faible estime de soi, les troubles de langage, l'agressivité, baisse de l'attention et de mémoire,...etc.

Figure N° 4 : les conséquences du stress sur la personne. (<https://www.google.dz/search>, les effets du stress sur le corps).



16- La relation entre le stress et le coping :

Le coping agit comme facteur médiateur entre la source (le stressor) et la réponse émotionnelle de stress. Pour Lazarus, le stressor constitue une situation de vie inconfortable que la personne désire changer, tandis que le coping représente un effort de la personne afin de gérer la situation et les émotions induites par cette situation, dans le but de diminuer les effets néfastes sur les plans physiques et psychologiques, et favoriser le bien-être ainsi que la vie de la personne. (G-N. Fischer, 2002, *ibid*, *opcit*, pp. 262-263).

17- Le stress et la stérilité:

En réalité, on constate que le stress peut entraîner certaines réactions chez une femme et d'autres types de réactions chez une autre femme et, en fin de compte, la question du comment ou du pourquoi du rôle du stress dans la fertilité peut s'avérer très différente d'un individu à l'autre.

Sur l'aspect biologique, étant donné que l'hypothalamus régule aussi bien les réponses au stress que les hormones sexuelles, on comprend facilement que le stress puisse être une cause d'infertilité chez certaines femmes.

Un stress excessif peut même bloquer le cycle menstruel, phénomène que l'on observe souvent chez les coureuses de marathon féminin qui développent ce que l'on appelle « l'aménorrhée de la coureuse ».

Dans les cas les moins sévères, il peut entraîner une anovulation ou une irrégularité des cycles menstruels. Lorsque la glande pituitaire s'active à la suite d'un stress, elle produit alors un plus grand nombre de prolactine et des taux élevés de prolactine peuvent perturber l'ovulation.

Étant donné que l'appareil reproducteur féminin contient des récepteurs de catécholamine en réponse au stress, ceux-ci peuvent perturber la fertilité en intervenant

lors du transport de l'ovule et des spermatozoïdes dans la trompe de Fallope ou en modifiant le flux sanguin dans l'utérus.

Toutefois, on ne connaît pas encore très bien les mécanismes complexes qui peuvent jouer un rôle dans la relation entre le stress et son influence sur le système reproducteur.

18- La prise en charge du stress :

La prise en charge des troubles dus au stress associés souvent à un traitement médicamenteux et à un traitement psychologique :

- Le traitement médicamenteux :

Plusieurs classes de médicaments sont utilisées lorsque l'on craint de voir apparaître une pathologie liée au stress :

- Corticoïdes et A.C.T.H : interviennent dans le mécanisme hormonal du stress physiologique ; lorsque l'on redoute une sursimulation menaçant l'homéostasie, on a recours à ces composés. Une difficulté provient du fait que ces substances affaiblissent les défenses naturelles de l'organisme, leur maniement donne souvent lieu à discussion. Les glucocorticoïdes exercent deux effets :

-un effet périphérique : cet effet peut être favorable en mettant davantage de glucose à la disposition des tissus, en améliorant la perfusion tissulaire en antagonisant des médiateurs de la réaction inflammatoire, en stimulant les synthèses protéiques, particulièrement au niveau du foie, en freinant la libération d'A.C.T.H et en régulant la fonction des leucocytes impliqués dans les réactions immunologiques, certains corticostéroïdes favorisent la résistance à la douleur.

- un effet central : au niveau du système nerveux central, les glucocorticoïdes freinent la libération des opiacés endogènes, opiacés qui participent également la production de CRF, d'A.C.T.H et d'A.D.H or ces peptides qui ayant des effets sur le comportement, les glucocorticoïdes ne semblent pas actifs sur les noradrélines et d'adrénaline dont les taux augmentent en situation de stress.

- Les Benzodiazépines : la consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de stress dans la vie moderne. Ce raisonnement est discutable, pour nombre d'auteurs, médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, dont les benzodiazépines diminuent le niveau, ils n'antagonisent pas l'ensemble des signes neurovégétatifs, l'augmentation du taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S induit par le stress. (H. Bloch, R. Chemama, et all, 1991, opcit, p.755).

- les Bêtabloquants : pour de nombreux auteurs, ils auraient d'authentiques propriétés antistress. Chez l'animal, ils diminuent le nombre d'effets physiologiques du stress expérimental. Les Bêtabloquants antagonisent au niveau des bêtarécepteurs noradrénergiques l'action de catécholamines libérées lors du stress cet effet se traduit notamment sur le plan cardio-vasculaire en plus de leur effet périphérique ces composés, lorsqu'ils sont liposolubles et franchissent la barrière hémato-encéphalique ont un effet de type anxiolytique au niveau du système nerveux central, on les emploie volontiers préventivement.

- D'autres composés : ont été proposés, il existe des anxiolytiques non benzodiazépiniques, certaines substances n'ont pas fait la preuve de leurs efficacités, en particulier l'alcool, la vitamine C, les antiprolactiques et les antagonistes des opiacés. (H. Bloch, R. Chemama, et all, 1991, opcit, p.755).

- Le traitement psychologique :

Le traitement psychologique vise à aider la personne à atteindre la source du stress ou à apprendre à l'affronter plus efficacement plusieurs psychothérapies peuvent être mises en œuvre, comme par exemple les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Ces prises en charge des patients s'inspirent des théories de l'apprentissage et de diverses théories cognitives relatives à l'étiologie de certains troubles de la personnalité, anxiété, ...etc. Elles sont appliquées à diverses catégories

de patients (asthmatique, cardiopathes, cancéreux...etc. Elles sont centrées sur trois objectifs :

-Identifier, puis modifier les pensées erronées et les remplacer par des pensées plus réalistes et les associer à des images agréables.

-Réduire à la fois certaines cognitions erronées et les comportements nocifs qui y sont associés on utilise plusieurs techniques : restriction cognitive, imagerie mentale, biofeedback, relaxation plus des conseils pour réduire son stress (évite le stress inutiles, faite évaluer la situation, apprenez a vous adapter).

-Renforcer les stratégies d'ajustement efficaces, réduire les comportements nocifs.

Mc Queeney DA, a mené un travail chez 29 femmes qui cherchaient à concevoir depuis en moyenne au moins 4 ans, et a conclu à une meilleure gestion de la détresse due à l'infertilité et à ses traitements, grâce à 6 séances de groupe, que le travail proposé soit de type émotionnel ou centré sur la résolution de problèmes.

II- Les stratégies de coping :

Dans cette première partie du deuxième chapitre des stratégies de coping et le stress, nous examinerons les soi-disant stratégies de coping, nous commençons par mentionner les éléments essentiels, comme l'historique, la définition, les modèles, l'efficacité de ces stratégies, et la relation entre la santé et le coping et Les stratégies du coping face au stress etc.

1-L' histoire de coping :

Le coping apparut pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « Psychological Stress and Coping Process » en 1966. Ce concept coping est extrêmement populaire depuis les années soixante- quinze (75) dans les pays anglo-saxons et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'adaptation.

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle du mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle, et commune à la biologie, à l'ethnologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.353).

A partir des années 60, au cours des recherches consacrées aux mécanismes de défenses, les auteurs utilisaient le terme de « coping » pour désigner les mécanismes de défenses les plus « adaptés » telle que la sublimation et l'humour. Plus précisément, il était apparenté aux défenses du moi, c'est-à-dire aux processus cognitif inconscient dont la finalité est de faire face ou réduire toutes les exigences qui peuvent provoquer et accroître l'angoisse de l'individu. (A. Dinca, 2008, p.28).

Alors, le coping s'inscrit dans le paradigme de la théorie cognitive du stress (Lazarus et al, 1984), en relation avec les premières recherches sur les mécanismes d'adaptation.

D'autres auteurs, comme Haan et Vaillant, ont montré qu'il y avait des différences entre le coping et les défenses. En conséquence, ils ont élaboré plusieurs modèles hiérarchiques des mécanismes de défense dans lesquels le coping serait un processus plus mature et plus adaptatif que les défenses. Ainsi, l'étude du coping devient un domaine de recherche indépendant de celui portant sur les mécanismes de défense. (A. Dinca, 2008, *ibid*, p.28).

Ce terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et les affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiel.(B. Schweitzer, 2001, p.69).

En tant que concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français « to cope = faire face à », il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » ou stratégie d'adaptation. (H. Chabrol et S. Callahan, 2004, p.7).

Selon Lazarus et Folkman le concept de coping peut être relié à deux domaines de recherche éloignés, tant d'un point de vue théorique que méthodologique :

l'expérimentation sur le comportement animalier d'un côté et le courant psychanalytique de la psychologie du moi de l'autre. ([http:// www.cairn.info](http://www.cairn.info) le 09/03/2016 a 16h14.).

On comprend après cette historique que le coping est un concept récent à la nuit des temps comme une défense qui signifie faire face à une situation, mais après les recherches et les études ils ont démontrés que le coping est un processus plus mature et plus adaptatif que les défenses. Ainsi, l'étude du coping devient un domaine de recherche indépendant.

2- La définition des stratégies de coping :

Plusieurs chercheurs se sont intéressés au concept de coping, et aux stratégies de coping, et chacun de ces chercheur donne sa propre définition, parmi ces définitions on cité :

- La stratégie :

Selon H. Bloch, R. Chemam et al, le terme stratégie est défini comme une coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations, les actions ». (H. Bloch, R. Chemam et al, 1991, p. 752).

Le concept de stratégie est fondamental en psychologie cognitive car il permet d'interpréter les régularités comportementales observées comme des manifestations de l'activité organisatrice et de l'autonomie d'un système et non comme le reflet des régularités de l'environnement.

- Le coping :

Selon H. Chabrol et S. Callahan : le coping est avant tout un moyen, pour faire face à un problème précis et le résoudre si possible. Il peut aussi être classé selon la cible des stratégies.

Lazarus et Folkman (1984) proposent la définition suivante : « Le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variable et instable, 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, évaluer comme dépassant ses propres ressources. ».
(H. Chabrol et S. Callahan, 2004, opcit, p.112).

Pour Lazarus et Folkman aussi le coping c'est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ».

D'après Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. (Lazarus et Folkman, 1984, p .141).

Selon le dictionnaire Larousse, le terme coping désigne « la manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. Le coping peut consister en une réponse directe : élimination de la source de danger, mais également en une réponse palliative : simple réduction de la perception du danger (déli, recoure a des médicaments anxiolytique...) ». (Larousse, 1991, opcit, p.757).

- Les stratégies du coping :

Ce concept, élaboré pour la première fois tel qu'il est aujourd'hui par Lazarus et Launier, signifie en anglais « affronter, faire face, venir à bout » et vient du grec « kolaphos », qui renvoyait à l'idée de frapper de façon vive et répétitive avec la main. Cela démontre le caractère conscient et actif du processus.

Selon Lazarus et Launier en (1978), il désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser,

tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique . (I. Paulhan, 1992, p.545).

Pour Lazarus et Folkman aussi (1984) : le coping est actuellement défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes ou externes. (B. Schweitzer, 2001, opcit, p.70).

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (spécifique et constamment changeant) et non une caractéristique générale et stable, elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à une situation) avec leur effets (fonctionnels ou non). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (Lazarus & Folkman, 1984, opcit, p.141).

On souligne que le coping est un processus spécifique et constamment changeant. Et que les stratégies de coping sont un ensemble d'opérations que l'individu utilise pour modifier, et contrôler ce qui provoque le stress

I-2-4-Le coping et quelques concepts connexes :

On doit rajouter quelques concepts qui ont la même signification de coping comme :

-La défense :

Selon le dictionnaire de français Le Robert, la défense est : I) - 1fig, l'action de défense (un lieu) contre des ennemis. 2fig, action de défendre, de soutenir (qqn, qqch). 3fig, fait de se défendre de résister. 4fig, action de défendre qqn ou de se défendre contre une accusation. II) – fait de défendre (II), d'interdire. (Dictionnaire de français Le Robert, EDIF2000, p. 111).

Défense (mécanisme de) (défense mechanism) : Les mécanismes de défense servent d'intermédiaires dans la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externe. Certains de ses mécanismes (par exemple : projection, clivage et passage à l'acte) sont presque toujours inadaptés. D'autre (p. ex. annulation et déni) sont adaptés ou non selon leur intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent. (DSM-5, 2015, p. 964).

Alors, c'est un concept psychanalytique qui désigne « l'ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu-biopsychologique ». Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations. (J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1967, p.108).

Ainsi la défenses est défini comme un processus inconscient, les stratégies de coping se réfèrent à des tentatives intentionnelles cognitivo-comportementales de l'individu, tandis que les mécanismes de défense fonctionnent sans participation consciente de la part de l'individu, les défenses peuvent être ordonnées selon une hiérarchie basée sur la maturité psychologique ou la complexité, ou en association avec l'âge chronologique tandis que le coping ne relève pas d'une approche hiérarchique, les défenses sont plus dispositionnelles que les stratégies de coping, plus situationnelles, aussi les défenses sont plus associées à la pathologie que les stratégies de Coping. (E. Grebot, B. Paty, N. Girard dephanix, 2006, p. 316).

- **L'adaptation:**

Ensembles de modification qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie, en même temps des mécanismes et processus qui sous-tendent ce phénomène. (Larousse, 1991, opcit, p.15).

C'est un concept extrême et large, qui inclut toute la psychologie, voir même la biologie. « L'adaptation inclut tout les modes de réaction des organismes vivants

interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage...etc ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, opcit, p.355).

Autrement dit l'adaptation est l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie, en même temps, des mécanismes et processus qui sous tendent ce phénomène. (G.N. Fischer, 2002, p.15).

Tout au long de sa vie, le sujet va devoir gérer des contraintes et élaborer des stratégies lui permettant de s'adapter au mieux à son environnement physique et social. Il doit s'adapter pour vivre. Cette adaptation s'effectue à plusieurs niveaux : biologique, social et psychologique. (S. Esarbés, F. Sordes-Ader. 1995).

- L'ajustement :

L'ajustement c'est une : « modification fine de l'organisme destinées à rendre mieux adapte a son environnement ».

(H. Bloch, R. Chemam et al, 1991, opcit, p.25).

Le terme « ajustement » a une connotation de négociation ou de soumission plutôt que d'affrontement, apparait trop restrictif.

3 - Les déterminants du coping :

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman ; 1984) le coping est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) pour d'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature de problème, contrôlabilité, etc.). (M.Bruchon-Schweitzer, 2001,opcit, p.72).

- Les déterminants dispositionnels du coping :

Selon divers auteurs, dont Costa et al. (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, les évalue.

(B-Sch. Marlou, 2001, opcit, p.72).

Billings et Moos (1981) avaient déjà montré le caractère stable de stratégies utilisées dans des situations similaires, confirmé par d'autres travaux ultérieurs, (De Ridder, 1997) accréditant la thèse dispositionnelle du coping.

(J-P. Parrocchetti, 2005, p. 94).

- Les déterminants cognitifs:

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

- Les déterminants conatifs :

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

(M. Bruchon- Schweitzer, 2001, opcit, p. 72-73).

- Les déterminants situationnels :

La nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. (B-Sch. Marlou, 2001, opcit, p.72).

- Les déterminants transactionnels :

Dans le cadre de l'approche transactionnelle, facteurs dispositionnels et situationnels influenceront sur les deux niveaux de l'évaluation, primaire et secondaire, ainsi que sur le coping. L'évaluation agit au niveau du stresser (nature, imminence, durée, ambiguïté, fréquence, intensité, contrôlabilité) et du soutien social (disponibilité, nature, qualité, etc.). De manière globale, il semble que la contrôlabilité de l'événement détermine en grande partie le type de stratégie privilégié : coping

centré sur les émotions quand les événements sont perçus comme incontrôlables et coping centré sur le problème pour ceux perçus comme contrôlables. (J-P. Parrocchetti, 2005, opcit, p.98).

Dans deux études différentes, Mc Crae (1984) a montré en effet que « c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter divers stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour, etc. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, opcit, pp.72-73).

Ainsi, des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, opcit, p. 363).

On déduit qu'il existe trois déterminants de coping, les déterminants dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), situationnelles (nature de problème, contrôlabilité, etc) et transactionnels (l'évaluation primaire).

4- Les différents types des stratégies de coping :

Pour affronter face à une situation l'individu doit utiliser la façon la plus spécifique et efficace pour dépasser le problème, il y a trois types des stratégies pour s'adapter.

-Le coping centré sur le problème :

Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plan d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

Certains auteurs le dénomment coping « vigilant » (Suls et Fletcher, 1985), d'autres l'appellent stratégie d'approches ou encore coping « actif ».

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme par exemple, négocier un délai pour payer ses factures, recherche un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines pour améliorer, construire un planning. (M. Bruchon-Schweitzer, *ibid*, 2002, p.357).

Ce type de coping est orienté vers le contrôle de la situation stressante. Il s'agit alors de mettre en place des actions afin de résoudre le problème. Les comportements que développe l'individu vont modifier sa relation avec l'environnement.

le coping vigilant focalise l'attention de la personne sur le problème afin de mieux le contrôler. Il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire la personne à adopter une attitude négative, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilanc. (Henri Chabrol., 2004, *opcit*, p. 112).

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stresser. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études. Les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives. Certaines d'entre elle, comme la répression des émotions ou l'impuissance-désespoir se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques). (Olf, 1991, payne et firth-cozens, 1987).

- Le coping centré sur l'émotion :

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de

diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie.

(Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, *opcit*, pp. 357-359,379/387).

Ces stratégies visent à gérer les réponses émotionnelles que peut générer la situation et donc à réduire les réactions de stress. Elles ont une action palliative puisqu'elles modèrent la détresse en rapport avec la situation stressante pour en réduire les effets psychologiques. (L. Olive, 2011, *opcit*, p.52).

Donc ce type comprend, des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers la dite situation on parle souvent du « recadrage » en thérapie comportementale et cognitive, mais ce n'est pas le seul type de changement émotionnel possible. La décharge émotionnelle serait un exemple du coping centré sur l'émotion, le plus souvent mal comprise ou bien dévaluée. On pourrait aussi imaginer un individu qui manifeste une attitude émotionnelle appropriée selon la situation ; comme par exemple un individu qui est, normalement, vivace (résistant) et optimiste, et se trouve déprimée devant le décès d'un proche. (Henri Chabrol. 2004, *opcit*, p. 111).

On peut bien entendu utiliser à la fois, un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement (ou n'utiliser ni l'un, ni l'autre). Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envie d'insulter ou de frapper son adversaire mais se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident.

Les stratégies de coping centrées sur le problème avaient des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et évitantes avaient des effets plutôt dysfonctionnels. Mais ces effets ne sont pas systématiques et on a signalé au passage quelque exception. Un coping centré sur le problème a parfois un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure. Quant au coping évitant, il peut s'avérer parfois protecteur,

parfois dysfonctionnel, selon le type de situation affrontée ». (M. Bruchon-Scheitzer, 2002, opcit, pp. 359/383).

- La recherche de soutien social :

La recherche de soutien social apparait comme une troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet qu'il établit afin d'obtenir la sympathie et l'aide d'autrui, il ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social. Ici il s'agit de tentatives affectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping qui précède l'activité du sujet et non une ressource simplement existante ou perçue. (H. CHabrol, S. Callahan, 2004, ibid, p. 111).

Le soutien social se manifeste par le recours à du soutien de la part des collègues de travail ou de leurs proches ou encore des deux. Présenté par plusieurs auteurs comme une stratégie d'ajustement, le soutien social revêt deux formes, suivant qu'il est issu du milieu professionnel ou de l'entourage.

Alors l'individu peut utiliser l'une des stratégies de coping pour faire face, soit des stratégies centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche de soutien social.

Il s'avère à travers ces trois types des stratégies de coping que la personne peut utiliser une ou deux stratégies à la fois.

5- L'efficacité des stratégies de coping :

Les stratégies de coping sont efficaces si elles permettent à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et sa détresse. (Lazarus & Folkman, 1984, opcit, p.188).

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion. (B-Sch. Marilou, 2002, opcit, p.77).

Selon Lazarus et Folkman (1984) les stratégies de coping ont pour objet de diminuer l'intensité de stress pour le rendre plus tolérable.

Certain auteurs tel que Carver et Scheier (1994) ont considéré qu'une variété de stratégies de coping pourrait se distinguer par un rôle fonctionnels (par exemple, la planification, le contrôle), ou dysfonctionnel (par exemple, le désengagement mental ou comportemental, le déni).

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

D'après Matthews, Zeidner et Roberts (2002), l'efficacité de stratégies de coping est relative. Pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères, dont ceux concernant les résolution sur l'efficacité des stratégies de faire face, ces critères concernant la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique ou psychique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile, etc. (A. Dinca, 2008, opcit, pp.68-69).

On comprend que l'efficacité des stratégies dépend des caractéristiques de la situation (la durée, la contrôlabilité du stressseurs).

6 - L'évaluation du 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. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante et ses ressources pour y faire face. On doit citer deux évaluations ; primaire et secondaire.

- L'évaluation primaire :

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 dépendent 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 et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisait les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents.

McCrae (1984) a montré en effet que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, *opcit*, p.73).

On parle d'évaluation primaire ou de stress perçu pour désigner la façon dont l'individu identifie une situation (nature, signification, etc.) et évalue ses différentes caractéristiques (gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée, etc.). Face à la survenue d'un

événement soudain, une douleur par exemple, un individu va se demander quelle est sa cause, sa gravité, sa durée et ses conséquences sur sa vie quotidienne.

Une même situation peut être perçue par certaines personnes comme une menace, et par d'autres comme un défi, une perte ou un bénéfice. Perdre son emploi, par exemple, pourra être considéré par certains comme un événement menaçant leur sécurité ou leur statut social, par d'autres comme une perte financière ou matérielle, par d'autres encore comme une occasion de faire enfin ce qui leur plaît. Le stress perçu ne doit pas être confondu avec les caractéristiques stressantes réelles de l'environnement (événements de vie, tracas quotidiens, etc.) que l'on dénomme des stressseurs. Il ne se réduit ni à un aspect de la situation affrontée, ni à une caractéristique de la personne concernée : c'est une transaction particulière entre individu et environnement. De cette phase découleront des efforts d'ajustement, qui auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire.

- L 'évaluation secondaire :

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 (recherche des informations, faire un plan d'action).

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

Le soutien social perçu est le fait de croire qu'autrui peut nous aider en cas de besoin. Il peut prendre plusieurs formes. Il ne se confond pas avec les ressources sociales

effectives dont dispose l'individu et que l'on dénomme réseau social. Un individu peut être objectivement très entouré et ressentir pourtant le soutien qu'il reçoit comme insuffisant ou inadéquat.

Pour Lazarus et Launier (1978), le coping désigne l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation afin de réduire son impact. Confronté à un stresser, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, par exemple, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies tendant à modifier la situation (centrées sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centrées sur l'émotion). Ces auteurs considèrent que les stratégies de coping sont en grande partie déterminées par les caractéristiques du contexte. Elles sont flexibles, diversifiées et peuvent se modifier dans le temps. Pour le lecteur souhaitant une description très complète de l'approche transactionnelle.

(M Bruchon-Schweitzer, 2002, opcit, p. 288-289).

7- Les différents modèles du coping :

Pour distinguer le coping d'un autre il faut d'abord connaître les différentes modèles de ce dernier et ces caractéristiques qui sont comme suit :

- Le modèle animal :

Le coping a été conçu comme un réponse et comportementale acquise face à une menace vitale par exemple, la fuite ou l'évitement induit par la peur ou bien la confrontation ou l'attaque induit par la colère. Ainsi des rats placés dans une cage à deux compartiments (un compartiment où ils reçoivent le choc et un autre où ils ne reçoivent rien) apprennent rapidement à fuir, voire à éviter le choc en se déplaçant

dans l'autre compartiment des que retentit le signal sonore avertissant l'arrivée du choc. Le critère essentiel du coping réussi chez l'animal est la survie (Dantzer 1989). (I.Paulhan, 1992, opcit, p.546).

- Le modèle de la psychologie du Moi :

Le coping est se rapproché aux« défense de moi » c'est-à-dire un ensemble d'opérations cognitives inconscientes dans la finalité est de diminuer ou supprimer tout ce qui peut susciter le développement de l'angoisse, plusieurs processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induit par un événement ont été identifiés, comme le déni (le sujet perçoit et constate la réalité tout en niant certain de ces éléments dévalorisant ou insupportables tels que la gravité de la maladie par exemple), l'isolation (le cours de la pensée se bloque autour d'une idée ou d'une représentation empêchant ainsi la compréhension de ce qui arrive) ou bien l'intellectualisation (le sujet cherche une explication cohérente, logique a ce qui lui arrive. (I. Paulhan , M Bourgeoise,1998, p.41).

- Le modèle transactionnel :

Le stress ne réside ni dans l'événement, ni dans l'individu, mais dans une transaction entre l'individu et l'environnement. Lorsqu'une situation est évaluée par l'individu comme débordante ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être, la réponse de stress est le résultat d'un équilibre entre les exigences internes ou externes et les ressources de l'individu pour faire face à ces demandes. (Folkman et Lazarus 1986).

Selon le modèle transactionnel du stress, les stressseurs passeraient à travers une série de « filtre »qui auraient pour fonction de modifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou du diminuer la réaction de stress .Trois filtre principaux ont été identifiés :

- 1- La perception du stress est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et la religion.
- 2- Les mécanismes de défense du moi (déli, répression) qui agissent inconsciemment.
- 3- Les efforts conscients : mise en place de plan d'action, recoure à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication). Ces différents filtres agiraient comme des médiateurs de la relation événement stressant-détresse émotionnelle (Folkman et Lazarus 1988). (I. Paulhan ; 1992, opcit, p.548).

On constate que chaque modèle de coping a une fonction principale, par rapport au modèle d'animal on trouve la survie, et pour le deuxième modèle c'est la défense de moi, et par rapport à la troisième modèle c'est la transaction (faire l'équilibre entre les exigences internes ou externes et les ressources de l'individu).

8- Les sources de coping :

L'utilisation des stratégies de coping se différencie d'une personne à l'autre à travers la différence de sexe, l'impact de la religion, et même l'effet de pratique de sport.

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

- 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 un niveau moins élevé 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.

- Le sport :

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressseurs intervenant après une activité physique était diminué 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 les 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.

À partir de ces sources on constate que les trois jouent un rôle efficace sur le choix des stratégies de coping.

9- 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 déterminant la perception de la situation stressante qui affecte le bien-être mental de l'individu. Les capacités de coping sont présentes en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress.

Wearing et Hart (1966) trouve 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. Et pour Dolan White (1988) montre que les individus utilisent les stratégies de coping relativement répétitives face aux stressors du quotidien.

10-Les mesures du coping :

Il existe un nombre important d'outils élaborés pour mesurer les stratégies adoptées dans différentes situations qui servent à mesurer le coping et proposent des solutions communes à toutes les échelles.

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

- Ways of coping :

D'après Lazarus et Folkman, le ways of coping checklist (WCCL) qui est devenu plus tard le ways of coping questionnaire (WCQ) visent à évaluer deux types de stratégies de coping : celle centrées sur l'émotion et celle centrées sur le problème.

Le WCCL, élaboré pendant les années 1970 dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping ; était composé de 68 items de réponse type « oui/non », avec 40 items sur l'échelle de stratégies centrées sur le problème et 24 items concernant l'échelle de stratégies centrées sur l'émotion. Vitaliano (1993) a proposé une modification du WCCL qui est aujourd'hui utilisé. Ce test propose 5 échelles de stratégies dérivées par les analyses factorielles : centré sur le problème, recherche de soutien social, autoblâme, prendre ses désirs pour des réalités et évitement.

- Le coping Inventory for Stressful Situations:

Endler et Parker (1990), ont élaboré le coping Inventory for Stressful Situation (CISS). Ce test a été créé empiriquement et logiquement par une approche « multidimensionnelle » de l'évaluation de coping. Le questionnaire de 44 items, généré

à partir des analyses factorielles, mesure 3 styles de coping : centré sur la tâche (19 items), centré sur l'émotion (12 items), centré sur l'évitement (13 items).

Les échelles « centré sur le problème » et « centré sur l'émotion » semblent corrélées avec les échelles correspondantes sur le WCQ, ce qui suggère une validité théorique. L'échelle « centrée sur l'évitement » correspond à l'échelle « recherche de soutien » sur le WCQ.

- COPE :

Le COPE est un test dérivé d'une théorie du coping. Elaboré par Carver et al. (1989) ; il a été élaboré à partir d'arguments théoriques, en intégrant les propriétés plus ou moins fonctionnelles du coping.

Les auteurs ont commencé avec 11 domaines distincts, et les premières analyses factorielles en ont établi 14 : Coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, coping restreint, recherche de soutien pour information, recherche de soutien émotionnel, reformulation positive, acceptation, coping religieux, attention aux autres et expression des émotions, déni, désengagement comportemental, désengagement mental et désengagement par le biais des drogues/alcool.

Les alphas de ces sous échelles sont satisfaisants, sauf pour le désengagement mental qu'implique un processus multidimensionnel et qui ne se prête pas facilement à la notion d'une constance interne. Par ailleurs, il y a très peu d'inter corrélations des sous-échelles.

Les auteurs ont comparé le COPE à un certain nombre d'échelles de personnalité ; les traits examinés étaient les suivants : L'optimisme, le contrôle, l'estime de soi, l'internalisation, l'anxiété et la désirabilité sociale.

Le COPE fournit aussi un aperçu des réponses de coping de la personnalité, ce qui nous permet de comprendre la relation entre la personne et ses choix de coping.).

- Le Coping Stratégies Questionnaire :

Le(CSQ) est un outil qui propose un portrait très clinique des stratégies utilisées par le patient et il permet d'évaluer les changements à travers le temps au niveau des choix des stratégies.

L'outil original, élaboré par Rosentil et Keef a été largement critiqué parce que les qualités psychométriques n'étaient pas suffisantes pour certaines sous échelles et pour sa longueur (42 items) ainsi que la formulation des items qui posait problème aux patient.

L'analyse des 42 items originaux a donné lieu à une réduction radicale de nombre d'items. Les 23 items retenus sont cotés sur une échelle likert de 7 points.

La nouvelle version de (CSQ) propose un outil rapide et efficace, surtout pour l'utilisation de coping dans les situations douloureuses telles que la douleur chronique. (H.CHabrol, S. Callahan, 2004, opcit, pp. 126/130).

Nous avons utilisé dans notre recherche, l'échelle de coping toulousaine de Sylvie Espabès, Florence Sordes-Ader et Pierre Tap.

11- La relation entre le stress et le coping :

Le coping agit comme facteur médiateur entre la source(le stresser) et la réponse émotionnelle de stress. Pour Lazarus , le stresser constitue une situation de vie inconfortable que la personne désire changer, tandis que le coping représente un effort de la personne afin de gérer la situation et les émotions induites par cette situation, dans le but de diminuer les effets néfastes sur les plans physiques et psychologiques, et favoriser le bien-être ainsi que la vie de la personne.(G-N.Fischer, 2002, opcit, p. 262-263).

12- Les stratégies du coping face au stress :

Dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée, ainsi que les possibilités de contrôle. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leurs « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (P. Graziani et J. Swendsen, 2004, p.73).

Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation.

Le coping est un modulateur de la réaction est d'atténuation des conséquences de détresse psychologiques comme l'anxiété et la dépression.

Confronté à un stressor, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (Centré sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas un grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, opcit, pp.289/365).

D'autres impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien social).

Certains sujets détourneront l'attention de la source du stress (coping Évitant), cette stratégie est la plus utilisée. Elle se traduit par la pratique d'un sport, de la relaxation ou le refuge dans les loisirs, etc. l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activité plutôt négative, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prend des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle. Contrairement, au coping vigilant qui consiste à

focaliser l'attention sur le problème afin de mieux le contrôler, il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire le sujet à adopter une attitude négative, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilance (H. Chabrol, 2004, *opcit*, p.112).

13- Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé :

On sait tout d'abord que les réponses de coping sont associées à des variations dans l'activité de certains systèmes (neuroendocrinien, neuro-immunitaire) ; certains fonctionnements biopsychosociaux sont souvent évoqués pour rendre compte des mécanismes sous-jacents aux transactions individu-environnement.

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

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

Un coping centré sur le problème ou vigilant se traduit généralement par la recherche d'informations concernant la santé, l'attention portée aux symptômes, une bonne adhésion thérapeutique et par des comportements sains. Ceci n'est pas contradictoire avec le fait que cette stratégie peut parfois être dysfonctionnelle (sur le plan émotionnel notamment) lorsqu'un sujet est atteint d'une maladie grave, incontrôlable et durable (Cohen et Herbert, 1996). (Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, *opcit*, p.384).

14- La relation entre la santé et le coping :

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

La présomption que les stratégies de coping ont un effet claire et net sur les variables de santé (par exemple, la pression sanguine) ; le coping a un effet indirect sur la santé dans la mesure où il provoque un changement sur un comportement qui porte sur la santé (par exemple, manger de manière équilibrée, consulter régulièrement un médecin, etc.). Les stratégies de coping modèrent ou bien apaisent le stress provoqué par un problème de santé.

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

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

15- Les stratégies coping utilisées face à la stérilité féminine primaire :

La stérilité est un problème de la santé qui touche les femmes plus que les hommes, et qui entraîne des modifications physique et psychologique comme le stress, pour gérer cette situation les femmes atteintes de la stérilité primaire adoptent des strategie de coping pour faire face au problème.

La psychologie cognitive anglo-saxonne s'est attachée à l'étude des stratégies qu'une personne met en place pour maîtriser ou diminuer l'impact d'un événement qui menace son bien-être physique ou psychique. Elle a développé le concept de « stratégie d'ajustement » ou « coping ». Le choix des stratégies dépend d'une part de l'évaluation cognitive que la personne fait des événements et d'autre part, des ressources dont elle pense disposer dans ces circonstances. Ces stratégies sont à l'origine du comportement adopté face au problème : soit d'affrontement (actif), soit d'évitement (passif), ainsi que du contrôle émotionnel « utilisé ». Il est, par ailleurs, important de souligner que toute adaptation psychique est sous-tendue par un processus d'élaboration progressive, spécifique de l'histoire propre du sujet et de sa structure psychique. (Lazarus RS. 1982).

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

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

Enfin, l'évaluation des « stratégies d'ajustement » en regard des niveaux de souffrance psychique, a montré que chez les femmes les plus en détresse, les stratégies utilisées font essentiellement appel au monologue et au sommeil, renforçant ainsi leur isolement. (Lukse MP et al, Grief, 1999).

Synthés :

Le coping concerne la façon dont l'individu fait face à une situation stressante, qui engendre un stress, alors que le stress est une réaction soit positive soit négative face à ce dernier.

Le stress peut avoir de graves conséquences sur la santé aussi bien physique que mentale. On accorde aujourd'hui de plus en plus de place au facteur stress dans la lutte contre les problèmes de stérilité. En effet, on cherche de plus en plus à analyser les impacts physiologiques du stress et son rôle dans le processus reproductif.

Pour gérer cette situation, les femmes atteintes de la stérilité primaire choisissent et adaptent des stratégies pour faire face aux exigences de cette situation, soit élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (Centré sur le problème), ou élaborer des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion).

La partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	108
1- La pré-enquête	108
2- Le lieu de la recherche	110
3- La population d'étude et leurs caractéristiques.....	110
4- La méthode de la recherche	112
5- Les techniques de la recherche utilisées	113
6- Les limites de la recherche	124
Synthèse	124

Préambule :

Dans toutes les recherches scientifiques on prend en considération la partie méthodologique qui est une étape primordiale, et une guidance pour nous organiser notre travail de recherche, et le rend plus objectif. Selon Marceau Ch. et coll : « la méthodologie est la clé et l'axe principal autour duquel se construit une étude ». (Marceau Ch. et coll., 2006, p.28).

Cette partie comprend six éléments: la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche.

1- la pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, qui nous permet de recueillir des informations préalables à notre thème de recherche, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

Selon Madeleine. G, la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Madeleine G. 2001, p. 255).

Cette étape est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées, de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (Omar Aktouf, 1987, p .102).

Ainsi elle nous aide à découvrir notre lieu de recherche, en améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'information. Comme elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité de notre guide d'entretien et notre échelle : L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 : Perceived Stress Scale⁴, et L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sourdes-Aer et Pierre Tap(1993).

La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique, et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretien généralement peu directif.

Nous avons effectuée notre pré-enquête à l'établissement hospitalier privé « clinique Dr Rachid Benmerad, Rue Didouche Mourad, Aàmriw, à côté de la mosquée El Kawther, Bejaïa, Algérie », où se trouve notre population d'étude qui représente les femmes atteintes de la stérilité primaire, nous avons expliqué au gynécologue l'objectif de notre recherche et son domaine (psychologie clinique Master 2).

Au début, nous avons déposé une demande de stage adressée au Docteur Ouarabi Brahim (gynéco-obstétricien à la clinique Benmerad), qui nous a accepté, durant la pré-enquête de 6 jours, notre premier pas, c'est d'avoir des informations générales sur l'établissement, et de s'assurer de la disponibilité de notre groupe de recherche. Et cela à partir, d'un ensemble d'entretiens effectués avec la secrétaire personnelle de Dr Ouarabi, cette dernière nous a orientés, vers les sujets correspondants à notre recherche.

Nous avons fait des observations au milieu du service gynécologique pour voir les réactions des femmes face à leur maladie (la stérilité primaire), et nous avons posé quelque question par rapport à leurs contraintes, et sur lesquelles nous nous sommes basées dans la construction de notre guide d'entretien.

Le but de cette recherche est s'assurer la fiabilité de notre recherche par rapport à l'existence de notre échantillon d'étude, la pertinence des hypothèses, et les conditions d'étude.

Ensuite, on a informé ces femmes sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leur situation et aussi appliquer l'échelle de stress pour savoir que ces femmes présentent le stress, et l'échelles des stratégies de coping qui permettra de savoir la réaction de ces femmes face à leur problème de la stérilité primaire.

Cette pré-enquête, nous a permis de construire le guide d'entretien et de nous assurer la présence de notre groupe de recherche sur le terrain, et le premier contact avec ces femmes atteintes de la stérilité primaire a été bénéfique pour le reste de notre recherche.

2 - Le lieu de la recherche :

Le terrain de recherche est très important à l'étude scientifique, parce qu'il constitue une base de données et d'information sur le sujet étudié (les femmes atteintes de la stérilité primaire).

Notre lieu de recherche c'est au niveau de établissement hospitalier privé « clinique Dr Rachid Benmerad, Rue Didouche Mourad, Aàmriw, a côte de la mosquée El Kawther, Bejaïa, Algérie », qui comprend à l'entrée un service d'accueil et d'orientation, et une salle d'attente, pour les services on trouve : Chirurgie Générale Te Coelochirurgie, Gynéco-Obstétrique, Orthopédie Traumatologie, Chirurgie Pédiatrique, Arthroscopie, Urologie, Urgence Médico-Chirurgicale 7/7 & 24/24 , Imagerie Médicale, Laboratoire, Hémodialyse.

3- La population d'étude et leurs caractéristiques

Notre groupe de recherche est constitué de femmes atteintes de la stérilité primaire, elles suivent leur état dans la clinique privé Benmerad, on a choisi ces

femmes selon les critères cités ci-dessous, après avoir obtenu leur consentement en leur expliquant la nature et l'objectif de notre recherche et l'anonymat de cette dernière.

- Les critères d'homogénéités :

- Des femmes mariées sans enfants.

- Des femmes atteintes de la stérilité primaire depuis 2 à 7ans de mariage.

- les critères d'hétérogénéités :

- Le niveau socio-économique, et culturel n'est pas pris en considération.

- Le tableau récapitulatif des cas étudiés :

Cas	Age	Niveau d'étude	Situation professionnel	Dures-en couple
1 ^{ère}	28 ans	Master 2 (informatique)	Fonctionnaire	2 ans
2 ^{ème}	38 ans	6 années primaires	Femme au foyer	4 ans
3 ^{ème}	35 ans	9 années moyennes	Femme au foyer	4 ans
4 ^{ème}	33 ans	2 années secondaires	Femme au foyer (couturier)	6 ans
5 ^{ème}	36 ans	1 année secondaire	Femme au foyer (couturier)	7 ans
6 ^{ème}	32 ans	3 années secondaires	Technicienne supérieur	5 ans

Tableau N° 01 : Le tableau récapitulatif des cas étudiés

4 - La méthode de recherche :

Pour réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, c'est la méthode qualitative qui essaie de décrire des phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets.

C'est la méthode la plus convenable pour la description du concept des stratégies de coping, mais encore afin d'aborder la vie des femmes atteintes de la stérilité primaire.

Selon cette méthode, on va essayer de décrire nos populations d'étude, et tenter de vérifier les hypothèses émises par les résultats de deux échelles.

On a choisi dans notre travail d'utiliser l'étude de cas qui est « une technique méthodologique qualitative descriptive, est une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Les études de cas sont utiles pour l'exploration d'un phénomène qui n'est pas encore compris, ou des phénomènes psychologique complexes qui sont difficiles à reproduire par expérimentation. Elles permettent aussi à l'élaboration de l'hypothèse pertinente et majeure dans la compréhension des troubles psychologiques.

Une méthode descriptive, qui consiste en une observation approfondie d'un cas, nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles clinique), afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. (Chahraoui K et Benny h, 2003, pp.125 /127).

De plus, les études de cas s'avèrent fort utiles lorsque des considérations d'ordre pratique ou éthique ne permettent pas de faire appel à d'autres moyens pour recueillir des informations, ou lorsque des circonstances exceptionnelles rendent impossible l'étude de certaines questions d'ordre générale. (Carol Tarvis et al, 1999, P. 39).

A partir de ce qui précède, on peut dire que l'étude de cas est la méthode la plus adéquate pour l'élaboration de notre travail de recherche.

5 - Les techniques de la recherche :

Dans le cadre de cette recherche scientifique, notamment en science humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils, telle que l'entretien semi-directif car il permet de guider la personne interrogée, et l'échelles de stress perçu pour savoir que ces femmes présentent le stress, ainsi l'échelles des stratégies de coping dans le but de savoir quelle sont les stratégies de coping utilisées par des femmes atteintes de la stérilité primaire.

5-1- L'entretien :

Une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.(Chiland C. 1983,opcit, p .119).

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 son vécu, il prend en compte tous les aspects originaux, en amnésiques et actuels du problème posé par le sujet (chahraoui kh et benouny, 2003, opcit, p. 43).

L'entretien clinique « comporte peu de questions, c'est l'enquête qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder, le plus souvent, et le monologue tous ce qu'il dit intéresse l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que se soit une série d'interview, est nécessaire, l'enquêteur dans ce type d'interview, s'intéresse non seulement au contenu manifeste, que le dit le patient mais aussi la dont il dit .

-L'entretien clinique semi-directif :

Selon Benony H et Chahraoui Kh : L'entretien semi-directif se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance. Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement. Mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. (Benony H et Chahraoui Kh, 2003, opcit , P134).

Les entretiens semi-directifs sont menés sur la base d'un guide d'entretien constitué de différent « thème-question » préalablement élaborés en fonction des hypothèses. (Luc Albarelle, 2003, p.69).

Selon Medeine Grawitz l'entretien clinique est défini comme étant un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé. (François Deptteau, 2000, p. 314).

La situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes ; cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple. (Chiland C, opcit, p.11).

Ce type d'entretien semi-directif se définit comme : « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément mais aussi, dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations ». (Engers. M, 1997, p. 144).

On note que l'entretien semi-directif nous permet d'avoir des réponses pour bien comprendre la situation psychologique actuelle des femmes atteintes de la stérilité primaire et de connaître comment ces femmes réagissent-elles.

- le guide d'entretien:

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (Anne-Marie Lavarde, 2008, p. 194).

Le chercheur clinicien prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur maîtrise. (Fernandez L. et Catteeuw M, 2001, P77).

Nous avons effectués l'entretiens en suivant un guide formulé à l'avance qui contient quatre (4) axes, chaque axe contient un ensemble de questions qui visent à recueillir des informations concernant nos hypothèses et de compléter les deux échelles, l'échelle de stress perçu et l'échelle de stratégie de coping.

Axe1 : Les informations générales sur le cas

Axe2 : Les informations sur la stérilité

Axe3 : Les informations sur le stress

Axe4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping

5 - 2- L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988 ou

PSS4 : Perceived Stress Scale4 :

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes. Qui comporte également un certain nombre de requêtes directes

sur les niveaux actuels de stress ressenti. La première version a été conçue en 1988, par S. Cohen et G. Williamson.

L'échelle du stress perçu comprend plusieurs versions : des versions à 14 items, et des versions courtes à 10 items. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 5 réponses : Jamais, Rarement, Parfois, Assez souvent, et Très souvent. En notant de 0 à 4. Mais pour la version la plus récente qui correspond à la validation française du test, qui a été effectué par le laboratoire de psychologie de la santé, à l'université de bordeaux 2 en 2003, on constate quelques changements : l'item numéro 12 n'est pas inclus.

- La cotation :

Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé) l'échelle de fréquence en 5points (de Jamais à très souvent), on note comme suit :

- Jamais=00
- Rarement=01
- Parfois=02
- Assez souvent=03
- Très souvent=04

Une note très importante, c'est que les items 4, 5, 6, 7, 9, 10, et 13 sont notés au sens inverse.

Le score qui se situe au-dessous de 23 veut dire qu'il n'ya pas de stress. De 24 à 31 peu de stress. Un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress.

- 23 < absence de stress.
- 24 / 31 peu de stress.
- 32 > hyper stress.

5 - 3 - L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Aer et Pierre Tap(1993) :

5- 3-1 - La définition de l'échelle Toulousaine de coping :

Échelle Toulousaine de Coping de Carver, Scheier et Weintraub (1989) : il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante. Elle est composée de trois champs : action, information, émotion dont lesquelles il y'a six stratégies. Et chaque champ composé de six dimensions. L'échelle est constituée de 18 dimensions.

5- 3 -2- L'historique de l'échelle Toulousaine de coping :

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

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

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

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. À la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact

de l'évènement par la signification) et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion du stress).

D'autres auteurs (Billings et Moos, 1981 ; Seiffge-Krenke, 1984) proposent aussi un modèle à trois dimensions.

Par contre, Carver, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon cinq champs : le champ comportemental (résolution de problème et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégie de planification...), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défense (déli, additivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs font du coping un processus pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas prises en compte jusque-là. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes. Les auteurs ont proposé une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (behavior), informationnels (cognitif) et affectifs (émotion).

5- 3 -3- La construction :

- Le contenu :

Cette échelle permet une passation individuelle, mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'Émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion contrôle et refus), chaque champ est constitué de six dimensions, et chaque stratégie comprend trois dimensions. L'échelle est donc constituée de dix huit dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

5- 3 -4-La présentation des stratégies :

a) **La focalisation active et cognitive** : elle implique une concentration sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation affective (émotionnelle) implique en fait l’envahissement d’émotion spécifique (agressivité et culpabilité).

b) **Le support social** : il implique une demande d’aide en termes cognitif (Conseils, information) ou affectif (besoin d’écoute et de reconnaissance), il implique aussi une utilisation l’actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.

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

d) **La conversion** : elle implique le changement, la transformation des comportements. Des positions cognitives (acceptation) ou des valeurs (se tourner vers Dieu, se donne une philosophie de vie, plaisanté sur le sujet).

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

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

Tableau N° 2: la répartition des stratégies selon les champs

Champ Stratégies	I Action	II Information	III Émotion
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 Additivité

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

5-3-5- L'administration et notation :

5- 3-5-1- L'administration :

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit.

Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas de d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

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

5-3-5-2- La notation :

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

5-3-5-2- 1- La feuille de dépouillement 1 :**-Une note par dimension :**

C'est la somme des 3 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 aux 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 des 6 dimensions constituant le champ. (Case blanche non grisée). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (ex : pour le champ d'action : additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case totale). Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs.

-Une note générale de coping :

C'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

- Une note de coping positif et une note de coping négatif :

Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif, négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne (il en est de même pour le coping négatif).

5-3-5-2- 2- La feuille de dépouillement 2:

Une note totale par stratégie ; il suffit de rapporter par ligne (ex : Action A, B, C, D, E et F), les notes obtenues aux dimensions (feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne (ex : focalisation : additionner A, G et M). 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.

- Le déroulement et l'application des outils d'investigations :

Notre récapitulation de déroulement et l'application des outils est comme suit :

- le déroulement de la pratique :

On a fait notre travail de recherche au sein de l'établissement hospitalier privé, Clinique Dr Rachid Benmerad, où nous avons effectué notre population d'études.

Durant la pratique, nous avons travaillé avec facilité, juste la traduction des questions en arabe et en kabyle pour des bonnes réponses, on a commencé notre travail par l'entretien pour connaître le cas d'abord après on a appliqué les deux échelles et pour le temps n'est pas pris en compte.

- Le déroulement de l'entretien :

On a utilisé un guide d'entretien de 4 axes qui se compose d'un nombre de questions, pour recueillir des informations qui facilitent la compréhension des cas et de répondre à nos hypothèses.

Tandis que nous nous appliquons l'entretien semi-directifs individuellement avec nos cas, on a trouvé que certains cas trouvent la difficulté à répondre à certaines questions, qui sont difficiles comme dit notre cas **tasaadit (les questions fehmeghthent mais o3limegh ara amek adrepondigh, j'ai compris les questions mais je ne sais pas comment je vais répondre)**, pour cette raison on a traduit l'entretien en kabyle à la fois et en arabe parfois.

- la passation des deux échelles :

Nous avons utilisé les deux échelles (l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson et l'échelle toulousaine de coping), les deux à la fois en raison de peu de temps, et pour la traduction en arabe et en kabyle ; on a donné la consigne après la présentation de deux échelles.

- L'analyse des techniques de la recherche :**- l'analyse de l'entretien :**

Pendant l'analyse de guide d'entretien, on a analysé axe par axe et toujours prendre ses commentaires en considération et on la noté.

Dans les autres cas, l'entretien peut faire l'objet d'une prise de notes. Cependant quand celle-ci est réalisée au cours de l'entretien, elle ne permet pas au chercheur d'être complètement disponible sur le plan de l'écoute. De plus, les sujets ont dans ce cas tendance à s'arrêter ou à ralentir l'expression verbale en observant le chercheur écrire, le discours est donc moins spontané. La prise de notes est préférable dans les suites immédiates de l'entretien, même si cette méthode comporte aussi un grand nombre de biais liés aux oublis, lacunes et distorsions de la mémoire. C'est pourquoi l'entretien non enregistré ne peut faire l'objet d'une analyse systématique, ce qui ne l'empêche pas d'être à la source d'informations majeures sur le fonctionnement psychologique du sujet et de son mode d'interaction avec autrui. (Kh .Chahraoui, H. Benony, 2003, p.145).

- L'analyse des deux échelles :

A travers les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, et l'échelle toulousaine de coping, Les réponses sont inscrite sur la feuille de réponse après on doit analyser les données par rapport à la grille de chaque échelle

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la feuille de dépouillement, et en suivant l'enchaînement des phrases dans l'ordre du test.

6- Les limites de la recherche :

Notre travail de recherche déroulé sur les stratégies de coping et le stress chez les femmes atteintes de la stérilité féminine primaire pour déterminé les stratégies de coping de ces femmes, on a réalisé notre pratique durant 60 jours, deux fois par semaines, d'un groupe de femmes composé de 6 cas, d'un âge entre 28 ans et 38 ans, et d'une durée en couple de 5 ans jusqu'à 8 ans, constitue les

femmes atteintes de la stérilité primaire, où on a appliqué le guide d'entretien et les deux échelles durant ses consultations à la clinique Benmerad.

Synthèse :

Dans notre recherche sur le stress et les stratégies de coping chez les femmes atteintes de la stérilité primaire, la partie méthodologique nous permet de comprendre le déroulement de la démarche descriptive adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, où on a réalisé un stage pratique au niveau de la clinique privée Benmerad, dans l'analyse des données recueillies afin de répondre à l'objectif de notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous sommes basé sur les outils d'investigation qui sont l'entretien clinique, ainsi que l'échelle de stress perçu et celle de coping ce qui nous permet d'avoir des informations nécessaires pour répondre à nos questions.

**Présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses**

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	125
1- Présentation, analyse des résultats de l'entretien semi-directif et les deux échelles de stress perçu et de toulousaine de coping.....	125
2- discussion des hypothèses.....	173
Synthés	183

Préambule :

Ce chapitre sera consacré dans son ensemble pour la présentation et l'analyse des résultats obtenus du guide d'entretien clinique, semi-directif axe par axe qu'on a effectué avec nos six cas cliniques, nous procédons aussi à l'analyse des résultats de l'échelle toulousaine de coping et l'échelle de stress perçu de Chen et Williamson.

Cette analyse nous permettra d'accéder à des synthèses de chaque cas qui nous permettra de confirmer ou infirmer nos hypothèses par la suite.

1- Présentation et analyses de l'entretien :

Notre entretien est déroulé dans un petit coin du couloir de la salle d'attente de service gynécologie à la clinique privé Dr Rachid Benmerad, on s'y présenté au tan que des étudiants chercheurs dans la psychologie clinique pour la préparation de notre mémoire fin de cycle, puis on a expliquer pour elles notre thème de recherche en suite on leur a expliquer les étapes à suivre.

Cas N° 1

- Le premier cas «Tanina»

Durant l'entretien Tanina a été coopérative, souriante, elle acceptée de répondre à nos questions avec plaisir pour une durée de 45 minutes.

Axe N° 1 : Les informations générales sur le cas :

Au début de l'entretien on a consacré le 1^{er} axe pour les informations personnelle sur Tanina, elle est âgée de 28 ans, d'un

niveau d'étude universitaire, fonctionnaire, et d'un niveau socio-économique moyen.

Axe N° 2 : Les informations sur la stérilité :

Dans le second axe on a essayé au maximum de récolter plus de données possibles sur la stérilité de Tanina.

Tanina est le 1^{er} cas qui a accepté de faire l'entretien avec nous, elle est mariée depuis 2 ans, on l'interrogeant sur la durée de sa maladie, elle a répondu qu'elle vient juste de la découvrir suite à ça, elle a subi une intervention chirurgicale pour enlever un kyste « **depuis 6 mois** », ensuite on a demandé est-ce qu'elle a une autre maladie et sa réponse était : « **je n'étais pas malade avant mon mariage** ».

On a continué notre entretien en lui posant la question sur la signification de la stérilité pour elle, Tanina dit que c'est un grand obstacle, « **ana nechouf fih mouchekil kebir fi heyati** », (**la stérilité est pour moi un grand problème dans ma vie**) en manifestant quelque réaction émotionnelle le stress et les larmes.

Puis on demandant à notre Dame est-ce que ta maladie a une relation avec le côté psychologique? Elle avoué que non : « **non jamais** » ce qui montre qu'elle a négligé le côté psychologique.

Nous avons remarqué à partir de notre question sur ce que représente l'enfant pour elle, elle dit : « **tfel 3andi howa kolachi howa ednya** », (**l'enfant c'est tout pour moi**), ce qui montre que Tanina accorde une grande importance pour ce sujet.

En ce qui concerne son sentiment vert les femmes enceintes « **yeghidini elhal ki nechouf mera hamla ... beseh netmena nkon**

kima houma enchallah », c'est-à-dire (ça lui fait mal de voir les femmes enceintes mais elle souhaite être comme elles), ce qui signifie qu'elle présente un manque vis à vis ces femmes.

Axe N°3 : Les informations sur le stress :

Passant au troisième axe qui est consacré pour les informations sur le stress, on a débuté par quelle est la réaction à l'annonce de médecin au diagnostic ? Elle a déclaré quelle a été choquée et figée, « **ki kali tebib bli rani mrida hekemni choc bekit** », (j'étais choquée).

On l'interrogée si elle arrive à gérer son stress, Tanina affirme qu'elle souffre, toujours stressée, elle a répondu « **non ce n'est pas facile toujours stresser** », cela veut dire que elle est perturbée.

La jeune dame avoue que la chose la plus stressante pour elle c'est la société, qui voit la femme stérile incomplète et ça a créé en elle la difficulté de s'adapter avec autrui et de préférer l'isolement, elle nous a dit « **win nroh yesakssouni dans les fetes à la famille meme win nekhedm wach mazal ma3endekch drari ?, et ...** », (mon entourage qui est la source de mon stress).

Et ce qui concerne le changement qu'elle a remarqué on elle, cette personne nous a certifiée qu'elle a une perte de poids remarquable après l'absence d'appétit et des troubles de l'humeur et nervosité « **manakalch manerkdech mlih et je m'énerve...** ».

En continu notre entretien, en demandant à Tanina est ce que ce changement a influencé sa vie quotidienne, elle souligne qu'elle a un changement de l'humeur et qu'elle s'énerve rapidement elle ajoute, à

part ça j'accomplis toutes mes tâches dans ma vie quotidienne et je pratique ma fonction comme avant.

Abordant la question de l'avenir Tanina prend un souffle et dit « **j'ai un grand espoir de devenir un jour une maman** » ce qui montre qu'elle aime beaucoup les enfants

Axe N°4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping :

Enfin dans ce dernier axe on a parlé sur les stratégies de coping que les femmes atteinte de stérilité féminine primaire dégagent pour faire face à leur maladie, en demandant à Tanina comment gère t'elle sa stérilité , sa réponse était : « **ki nehs rohi mekelka nesli ned3i l rebi w nroh nek3d m3a rajli nehderm3ah** » (je fais la prière et je partage mon temps vide avec mon marie), ce qui indique que notre sujet essaye de surmonter sa maladie à l'aide de ses proches.

Par rapport à notre question sur les conseils de son médecin notre sujet dit « oui je les suit tous j'ai jamais rater une consultation » ce qui met en évidence l'importance de traitement pour elle, d'ailleurs elle ajoute que durant le traitement « **je garde l'espoir puisque c'est dieu qui donne tout** », et c'est ça qui explique que elle est optimiste.

Concernant la question comment pensez-vous faire face à ta maladie ? Elle exprimait: « **chada fi rebi w nekmel traitement tan3i j'ai beaucoup d'espoir** » cette expression témoigne qu'elle est croyante en dieu et elle a espoir.

Discutant sur le stress et comment elle le gère Tanina a réagi rapidement, « **pour moi c'est devenu une partie de ma vie quotidienne, et son remède c'est les prières** ».

S'agissant de la consultation chez un psychologue ou bien un psychiatre notre sujet affirme qu'elle n'a jamais pensé d'aller voir un psychologue dans toute sa vie « **non jamais rohte w jamais khement nrouh** » (**non j'ai jamais partie**) ce qui montre qu'elle n'a pas donné d'importance à ce côté.

A la fin de l'entretien avec Tanina on a abordé la question fétiche qui dit : est-ce que vous partagez votre problème avec d'autres personnes ? Notre dame confirme que elle aime bien partager son problème avec des femmes comme elle surtout à la salle d'attente de la clinique, sa belle-mère et ça famille parentale aussi bien avec son conjoint qui partage tous avec elle et qu'ils la soutienne depuis le début, ce qui explique que la source de son optimisme est sa famille, sur le même plan cette personne déclare que l'encouragement de sa famille et le soutien de son mari la beaucoup aider à surmonter sa maladie et de y'est faire face.

- Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Tanina :

A partir de l'entretien on constate que tanina présente un état de stress, il ci manifester durant la discussion, ces expiration facial comme les larmes qui brilles dans ces yeux presque chaque repens les tremblements de son corps aussi le sentiment de tristes qui se cache derrière un faut sourired'après ces dire :(**ki kali tebib blirani mrida**

hekemni choc bekit) et (non ce n'est pas facile toujours stressée) et on constate que Tanina a utilisé les trois stratégies dans ces dires (« **ki nehs rohi mekelka nesli ned3i l rebi w nroh nek3d m3a rajlinehderm3ah** ») aussi (je garde l'espoir puisque c'est dieu qui donne tout).

A partir de là on a déduit que Tanina présente un stress et pour faire face elle utilise les stratégies de coping centrées sur l'émotion problème et le soutien social.

-présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress perçu et l'échelle taulésienne de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress perçu selon Annexe N°01, on note que Tanina a eu :

- Le stress perçu est de « **43** »
- Les items: **1, 3, 7, 10, 14 = 04**
- Les items: **2, 5, 6, 12 = 02**
- Les items: **4, 8, 9, 11, 13 = 03**

On a constaté d'après les résultats ci-dessus que Tanina est très stressée vu le score obtenu (43), aux items 3, 7, et 14, qui égale à un score de 04 (très souvent), qui signifie qu'elle est dérangée par un événement inattendu et se sent nerveuse et stressée, et elle trouvait que les difficultés s'accumulaient à un tel point que elle ne pouvait les surmonter.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Tanina :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieure de 32 c'est-à-dire hyper stress, alors Tanina présente un stress élevé ou hyper stressée d'un score de (43).

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Données et analyses de l'échelle toulousaine de coping selon l'Annexe N° 02 du cas de Tanina :

Face à une situation difficile, je réagis comme suivant :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de tanina:

Tableau N°03: La feuille de dépouillement N°1 du cas de Tanina :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	2	2	2	2	5	3	4	3	3	3	4	2	3	5	2	2	3			
Itemes	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	3	2	2	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	4	3	2	2			
Itemes	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	2	1	2	4	1	2	3	4	3	3	2	5	1	5	3	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total G	
Action	7			5			8			9			9			8			46	294	
Information		6			8			10			8			5			8		45		
Emotion			5			9			9			9			14			10	56		
Positif	7	6		5				10	9		8					8	8	10	71		
negatif			5		8	9	8			9		9	9	5	14				76		

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

- Une note par dimension : A(7), B(5), C(8), D(9), E(9), F(8), G(8),

H(6), I(8), J(10), K(8), L(5), M(14), N(10), O(5), P(9), Q(9), R(9).

D'après ces notes obtenues nous remarquons que Tanina utilise plus les dimensions suivantes : focalisation émotionnelle (14), et support social émotionnelle (10), et acceptation (10).

-Une note par champs : le champ le plus fréquemment qui est employé par Tanina est celui de champ émotion avec une note de (56), le champ d'action avec une note de (46) et le champ d'information avec une note de (45).

-Une note générale de coping : Tanina a eu une note totale de (294) des champs.

- Une note de coping positive et une note de coping négative : Tanina a eu une note de coping négatif élevé égale à (71) et une note faible (76) pour le

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

coping positif.

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Tanina.

Champ Stratégies	I Action	II Information	III Émotion	Total
Focalisation	A 7	G 8	M 14	29
Support social	B 5	H 6	N 10	21
Retrait	C 8	I 8	O 5	21
Conversion	D 9	J 10	P 9	28
Contrôle	E 9	K 8	Q 9	26
Refus	F 8	L 5	R 9	22

Tableau N°04: la feuille de dépouillement n° 2 du cas de Tanina

D'après la feuille de dépouillement n°2, Taninaa obtenu :

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de Focalisation étant la plus employée avec un score de (29), suivant de la stratégie de conversion avec une note de (28), après une note de (26) pour la stratégie de contrôle, puis une de (22) pour la stratégie de refus et enfin une note de (21) par rapport à la stratégie supporte social et de retrait .

- Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Tanina :

En constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Tanina, qu'elle faitle recours beaucoup plus à des stratégies de coping négatif par un score de (76), centrée sur l'émotion, parce qu'elle se focalise sur le champ d'émotion avec un score de (56), et elle utilise la stratégie de focalisation (focalisation émotionnelle) par une note de (14), suivant par la stratégie de supporte social(support social émotionnel) par une note faible de (10).

- Conclusion de premier cas de Tanina :

D'après l'entretien on a constaté que Tanina est stressée à cause de sa maladie, elle déclare que la stérilité pour elle c'est un grand problème, et elle est devenu stressée et nerveuse, malgré le soutien de son mari.

Par rapport aux résultats de l'échelle de stress perçu, Tanina présente un stress élevé ou hyper stress avec un score de (43), ça confirme les résultats

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

obtenu de l'entretien, elle a eu un score de 04 (très souvent), aux items suivant : 1, 3, 7, 10, 14, cela indique que Tanina été dérangé par un évènement inattendu et se sent nerveuse et stressée, et elle trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que elle ne pouvait les surmonter.

Ainsi que par rapport aux résultats de l'échelle toulousaine de coping nous avons remarqué que Tanina utilise le coping négatif avec un score de (76), elle se focalise sur le champ d'émotion avec un score de (56), elle utilise beaucoup plus la stratégie de focalisation avec un score de (29), qui implique des focalisation émotionnel avec une note de (14), par des valeurs des items 15 (elle arrive à ressentir l'agressivité pour autrui), et l'item de 33 (elle sent coupable), et l'item de 51(elle sent envahie par ses émotions), et la stratégie de support social (support social émotionnel) par une note faible de (10), par des valeur des items 18 (elle éprouve le besoin de partager avec ses proches ce qu'elle ressent), et l'item de 36 (elle cherche de l'aide de ses amis pour calmer son anxiété), et l'item de 54(elle cherche la sympathie, les encouragements des autres), alors on constate que Tanina utilise des stratégies centrées sur l'émotion.

D'après ce qui précède, on constate que Tanina présente un hyper stress, et pour faire face elle emploie des stratégies centre sur l'émotion.

Cas N° 2

Le deuxième cas « Kanza»

Lors de l'entretien, Kanza, demeurant à Bejaïa centre, a accepté facilement de nous parler, c'est une femme souriante, elle rependue à nos questions sans aucune opposition.

Axe N° 1 : Les informations générales sur le cas :

Il s'agit du Kanza âgée de 38ans, son niveau d'instruction 6eme année primaire, femme au foyer, d'un niveau socio-économique moyen.

Axe N° 2 : Les informations sur la stérilité :

Kanza est mariée depuis 2013, à travers sa repense sur la durée de sa maladie, elle dit : « **ça fais theltesnine gmi iydina tvive bli tehket** » qui vous dire ça fais trois ans que mon gynécologue m'informée que je suis malade.

Au débout on questionner Kanza sur ses problèmes de santé, elle affirmait qu'elle n'a pas d'autres problème de santé avant le mariage, mais après sa premier consultation le gynécologue on lui diagnostiqua un problème au niveau de l'appareille génital nécessitant une intervention chirurgicale pour déboucher les trompes de Fallope.

En abordant la question de la stérilité, cette personne à les larmes aux yeux, « **...delhaja n rebi unzemirara atenvedel** », ce qui montre qu'elle n'a arrivait pas à surmonter cette difficulté.

Et en ce que concerne notre question est ce que ta stérilité a une relation avec le coté Psychologique, on constatait qu'elle n'a aucune idée sur ca mais elle a donné une repense spontanément : « **khati, os3igh ara a problème g thenfsithiw** », (non, j'ai aucun problème psychologique).

Avant même de terminer notre question sur la signification d'enfant pour Kanza, elle ci met à parler son arrêt «**... thibigh letwafen g mi ilightavestouheth..., darya ghorl delwiz** » ça vous dire (j'aime les enfants, pourquoi c'est la richesse), ce qui montre qu'elle veut vraiment être une maman.

Ce qui concerne ca réaction devant une femme enceinte, on a ressentie de la tristesse dans ses repenses, elle a avoué que ça lui fait mal de ne pas être comme toutes les femmes et elle souhaite toujours être un jour comme celles-ci « **idghediyi lhal mathentwaligh tholawin sethadisthe, i tmenagh adiligh anohenti** ». (ça me fait mal de les voir enceint mais je souhaite eter comme ces femmes) .

Axe N°3 : Les informations sur le stress :

En interrogeant notre sujet sur sa réaction à l'annonce de diagnostic, on a remarqué quelle été sous le choc, elle n'a pas arrêté de pleurer « **mi iydina tvive j'ai un problème, chokigh, trough** », après cette triste période notre sujet a pris conscience qu'elle peut vivre avec ce problème à l'aide de soutien de son conjoint malgré que des fois elle a des crises de stress «**g tazwara you3er lehal apre kelagh t3ichegh normal ghas aken testrissigh** ».

Suit à notre entretien avec Kanza on a déduit qu'elle subit un stress de la part de sa belle-sœur qu'elle a insulté à tous moment puisque elle n'a pas d'enfant, «**...tanotiw kan aywek nonough ayde3ayer s derya...** ».

Simultanément, cette personne nous a parlé sur la présence d'un changement dans sa vie qui se manifeste par l'insomnie, la nervosité et la tristesse, présent dans ces propos : « **kelagh uganeghara fek3agh rapidement** », (je dor pas et je m'enreuve rapidement), et bien sur tous ça a une influence dans sa vie quotidienne vu que notre sujet est une femme sociable, aimée par tous son entourage et partage tous avec eux mais maintenant on a constaté qu'elle préfère l'isolement et les tâches ménagères et de s'occuper de son marié.

L'avenir pour elle est plein d'espoir et des beaux souhaits c'est ce qu'on a déduit d'après sa réponse sur sa vision de l'avenir.

Axe N°4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping :

Pour Kanza la stérilité é est une chose inattendue c'est ce que on a compris dans sa discussion sur la façon de gérer sa stérilité puisque les larmes sont présent durant notre entretien mais son amour pour la cuisine l'aide à dépenser tous son énergie vu qu'elle sort rarement de chez elle, « **unwighara adehkhagh aka ma3na allah ghaleb dchou kan ikhedmagh tehibiggh adswagh bach adettough** », (j'aime cuisiner pour oublié).

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Concernant notre question sur les conseils du médecin, notre sujet accord une grande importance pour les conseil de son gynéco ,elle lui fait une confiance totale sur le traitement quelle reçoit à chaque fois, elle ajoute que durant la période de chaque nouveaux traitement elle est toujours optimiste mais aussi stressée pendant la période des règles accompagné d' un grand désespoir, mais elle perd jamais l'espoir et elle recommence à chaque désespoir, «**fkigh lman g tviviw tamnagh s wayen idikar tava3egh dwa inou aken ilak t3assagh kan lewakth n les regles frehagh ma ads3oun retard m3na ulach kra ghas aken m3natfegh g rbi toujours** », (je suis mon traitement comme il faut), ce qui signifie que c'est une femme forte, pleine d'espoir.

En posant la question Kanza na pas niée que ça stérilité pose un problème pour elle, ça la rende triste, mais elle arrive toujours à le gérer on s'étayant sur le soutien de son marie et ça famille «**y3er lehal mais hmdoullah argaziw d twachoultiw ujinara**».

La réponse de cette personne sur comment elle compte faire face à ça maladie a été brève et directe en suivant toujours son traitement et cherchant toujours à trouver des nouveaux remèdes pour quelle réussie un jour à battre sa maladie.

Concernant la question sur le stress elle affirme qu'elle arrive à le surmonter on cuisinant, «**tehibigh adeswagh ...** » c'est la seule chose qui lui permet de d'oublier son stress.

Par rapport à sa réponse concernant la consultation d'un psychologue au d'une psychiatre elle rapporte qu'elle n'a jamais pensé à ça mais elle confirme que c'est une bonne idée de lui faire une visite et peut être qu'elle va ce sentir mieux «**oui c'est une bonne idée** ».

La réponse de Kanza sur la question suivante, est ce qu'elle partage son problème avec autrui a été : «**oui hedragh i ma famille tehsiseniyid fehmeniyivedend ghouri** », ce qui signifie que elle est bien entouré et aussi bien soutenue par ses proches.

Et on finit par, est ce que le soutien de ta famille ta aider à surmonter sa maladie ? Elle confirme que «...oui ...» ce qui justifié que ce soutien est comme source protectrice pour elle, il lui permettre d'affronter et d'oublier un peu sa souffrance.

- Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Kanza :

Durant l'entretien Kanza été un peu stresser : (**g tazwara you3er lehal apre kelagh t3ichegh normal ghas aken testrissigh**), ces répons été langue elle voulait vraiment nous raconté tous ces souffrance puisque elle se sente alaise avec nous et ce que on a remarqué c'est que malgré le soutien de ca famille et de son conjointe ça ne lui suffit pas elle a toujours un manque quelque part qui luis fait sourire (oui **hedragh i ma famille tehsiseniyid fehmeniyi vedend ghouri**).

Et d'après l'entretien on a constaté que Kanza present un stress qu'elle asseye de surmené avec l'aide de sa famille (soutien social

- présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress et l'échelle taulésienne de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress perçu selon l'annexe N°03, on note que kanza a eu :

- **Le stress perçu** est de « 25 »
- **L'item: 1= 00**
- **Les items: 2, 6, 8, 13= 01**
- **Les items: 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14= 02**
- **L'item: 7= 04**
- **L'item: 12= 03**

On constate d'après les résultats que kanza est peu stressé et la preuve se trouve dans les résultats obtenu d'un score de (25), aux items 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14 qui égale à un score de 02 (parfois), qui signifie que elle se sent nerveuse

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

et stressé, elle affronte avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens, et elle faisais face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie est capable de maîtriser son énervement.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Kanza :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieure 23 c'est-à-dire peu de stress, notre cas remarqué un score de (25), alors Kanza présente un peu de stress.

- Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping selon l'Annexe N° 04, du cas de Kanza :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Kanza :

Tableau N°5: La feuille de dépouillement n°1 du cas de Kanza :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	4	2	4	3	5	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	3	5	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	1	4	5	4	4			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	5	1	5	4	1	3	4	3	3	3	3	5	1	4	4	3	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total G	
Action	11			12			7			9			10			12			61	179	
Information		14			11			11			9			5			10		60		
Emotion			7			9			9			9			10			14	58		
Positif	11	14		12				11	9		9					12	10	14	102		
negatif			7		11	9	7			9		9	10	5	10				77		

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

- Une note par dimension : A(11), B(12), C(7), D(9), E(10), F(12), G(10),

H(14), I(11), J(11), K(9), L(5), M(10), N(14), O(7), P(9), Q(9), R(9). D'après ces notes obtenues nous remarquons que Kanza utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : Support social informationnel et Support social émotionnel, coopération, distraction, acceptation et retrait mental.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

-**Une note par champs** : le champ le plus fréquemment employé par Kanza est celui de l'action avec une note de (61), le champ information avec une note de (60) et le champ d'émotion se montre le moins utilisé avec une note de (58).

-**Une note générale de coping** : Kanza a eu une note totale de (179) des champs.

- **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Kanza a eu une note de coping positif élevé égale à (102) et une note faible (77) pour le coping négatif.

- **Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas dekanza .**

Champ	I Action	II Information	III Émotion	Total
Stratégies				
Focalisation	A 11	G 10	M 10	31
Support social	B 12	H 14	N 14	40
Retrait	C 7	I 11	O 7	25
Conversion	D 9	J 11	P 9	29
Contrôle	E 10	K 9	Q 9	28
Refus	F 12	L 5	R 9	26

Tableau N°6: la feuille de dépouillement N° 2 du cas deKanza :

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

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de Support social étant la plus employée avec un score de (40), suivent de la Stratégie de focalisation avec une note de (31), après une note de (25) pour la Stratégie de conversion, puis une de (28) pour la stratégie de contrôle et une note de (26) par rapport à la stratégie de Refus, et enfin une note de (25) par rapport à la stratégie de retrait.

- Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de kanza :

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Kanza, qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies de coping positive centrée sur le

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

supporte social, parce que elle se focalise sur le champ d'action avec un score de (61) et le champ informationnel par un score de (60), elle utilise la stratégie de Support social (support social informationnel) par une note de (14), et (Coopération) avec une note de (12), puis la stratégie de Refus (Distraction) par une note de (12), et en suit la stratégie de focalisation (focalisation active) par une note de (11), et (focalisation cognitive) avec une note de (10).

- Conclusion du deuxième cas de Kanza :

On conclut à partir de l'entretien, que Kanza est une femme un peu stressé car elle peut contrôler son stress et s'adapté à sa situation de stérilité, en plus elle est soutenue par sa famille qui l'a aidé à dépasser sa maladie.

La comparaison des résultats de l'entretien et les résultats obtenu par l'échelle de stress perçu confirme que Kanza est un peu stressée avec un score de (25), égale a la note de 02 (parfois), aux items 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, ce qui signifie que elle se sent nerveuse et stressé, mais elle peu affronter avec succès les petites problèmes de sa vie, et elle peut aussi faire face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie est capable de maîtriser son énervement.

Ensuite, les résultats de l'échelles de coping nous avons remarqué que Kanza utilise le coping positif avec un score de (102), elle se focalise sur les champs action par un score de (61), et information avec un score de (60), elle utilise régulièrement les stratégies de support sociale avec un score de (40), qui implique des position coopération avec la famille avec une note de (12), avec des valeurs des items 4 (elle travaille en coopération avec d'autres pour se mobiliser) et l'item de 22 (elle cherche des activités collectives pour se dépenser), et l'item de 40 (aide les autres comme aimerait être aidée), et le support social informationnel avec une note de (14), avec les valeurs des items 2 (elle demande des conseils à des professionnels), et l'item de 20(elle discute du problème avec ses parents ou avec d'autres adultes), et l'item de 38 (demande à

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait). Alors on constate que Kanza utilise les stratégies centrées sur le support social.

De tout ce qui est précède on note que notre deuxième cas présent un peu de stress et elle fait face par l'utilisation des stratégies de coping centrée sur le support social.

Cas 03

Présentation de cas de Dehia :

Dehia, femme au foyer, âgée de 35 ans, d'un niveau d'étude 9^{ème} année moyen, et d'un niveau socio-économique moyen.

Analyse de l'entretien

L'entretien avec Dehia c'était bien passé, elle été compréhensive, accepte de répondre à nos question, mais elle a été stressé, et déconcentré, il s'est déroulé dans le service gynécologique durant 40 minute.

Axe 2 les informations sur la stérilité :

D'abord nous avons tenu la discussion sur la vie en couple, on lui posée la question, depuis quand elle est marie, elle a dit : « **ca fait 3ans** », et une question sur depuis quand était au courant de son stérilité, nous a répondre par « **asegas** », (**une année**), il s'avère que Dehia n'a pas consulté qu'après 2 ans de mariage.

En lui posant la question sur la présence d'autre maladie : elle répond : « **ligh normal os3igh ara a probleme g sehayno akvel adjowjagh, mais apres asmi jewjagh 3elegh l'operation s3igh le probleme lkyste ovarienne** », (**j'ai été normal, je n'ai rien avant que je marie, mais après j'ai subi une intervention chirurgicale parce que j'ai un kyste ovarienne**), on constate que notre sujet a des complications sur sa santé après le mariage.

Sur le sujet de la stérilité, On lui demande de nous décrire la signification de cette maladie, elle a répondre par : « **tawaghith** », (**c'est la catastrophe**), on

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

remarque que Dehia est stressée et marquée par l'apparition de certains signes comme la déconcentration et le tremblement de corps même des rougeurs au visage, qui signifie la gravité de l'effet par sa maladie.

Abordant le sujet des enfants et lui posant la question, quoi signifie pour vous l'enfant, elle nous a répondu « **atofan ghoridodonith, thneta idkolach** », (**l'enfant pour moi c'est la vie, c'est tous**), on a constaté qu'elle aimera bien avoir des enfants, qui signifie tout l'importance de pour elle, et le besoin naturel.

Quand nous l'avons interrogée sur sa réaction envers les femmes enceintes, elle nous a dit « **tasmeghe felasent, tmenigh adiligh annohentieh** », (**je suis jalouse, je souhaite d'être comme eux**), qui veut dire qu'elle a des sentiments de jalousie et ressent un manque.

Axa 3 : les informations sur le stress :

Dans ce troisième axe qui comporte des questions sur le stress, nous avons interrogé notre cas sur : qu'elle est sa réaction quand elle a su qu'elle est stérile, nous a dit : « **uroumingh ara karegh kan d lekdeb** », (**je crois pas, c'est pas vrai**), ça montre que cette surprise inattendue créée chez Dehia un choc, et elle n'a pas réussi à accepter sa nouvelle situation.

Pour la question, Est-ce que elle a réussi à gérer sa situation psychologiquement, elle dit « **oui, normal c'est facile** », malgré sa réponse, on constate que elle souffre calmement, d'après ses apparences comme les grimaces, les mimiques de visage et les larmes aux yeux.

Évoquant la question sur la chose la plus stressante, elle nous a répondu en disant : « **olach, dayen aproblame nederya** », (**ya pas, sauf le problème des enfants**), c'est-à-dire que Dehia n'a pas d'autre chose qui la fait stressée sauf le sujet des enfants, et elle les aime beaucoup et elle attend d'avoir un.

Ce qui concerne le changement qu'elle a constaté en elle-même, elle a déclaré « **thosugh imaniw 3yigh, fechlagh, tkhemimegh bezaf** », (**je sens que**

je suis fatiguer, et je pense beaucoup), ce qui signifie, que Dehia n'a pas pu dépasser son problème, et elle se sente incapable vers ce problème.

Puis, on a posé la question sur l'influence de la stérilité sur la vie quotidienne nous a dit « **thnervigh, même wahi dorgaziw, des fois stresayegh, hedregh n'importe quoi, »**, (**j'énerve, même avec mon mari, des fois je stressé et je dise n'importe quoi**), alors le problème de la stérilité influencé sur le comportement de Dehia, ça se manifeste par l'agressivité et les conflits avec son mari.

D'ailleurs malgré la situation difficile de Dehia, sa réponse sur notre question sur la vie à l'avenir, elle semble avoir un grand espoir

Axe 4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping :

On a interrogé Dehia dans cette axe sur sa défense face au stress et au problème de la stérilité primaire, on a commencé par la question comment elle gère son problème de stérilité, elle répond par « **hedregh wahi dimawlaniw, tseksigh adafegh lhal meme machi ghor tviv »**, (**je parle avec ma famille, et je cherche une autre solution a part la médecine**), et elle rajoute « **taroghed lechghal gokham bach adetsogh et adcheghlagh iwaniw »**, (**je crée des activités pour me mobilise et m'oublie mon problème**), ce qui veut dire que notre interlocuteur cherche des issues pour sortir de son état de stress .

Ensuite on lui a parlé sur les conseils de son médecin, dit-elle « **oui bien sûr je les suis et avec prudence »**, c'est-à-dire elle est courageuse et malgré son état psychologique. Et on a lui rajoute la question sur son sentiment durant le traitement, elle répond par « **tafegh imaniw bien, parce que toujours tragigh resultats nedwa »**, (**je e trouve a liasse avec mon traitement parce que toujours j'attends des effets ou des résultats afin de prendre mon traitement**), il s'avère que Dehia a toujours un espoir au fond d'elle et une confiance vers son médecin et vers son traitement.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

On est passé à la question suivante, comment pensez-vous faire face à votre maladie, elle répliqua directement, **(je peux rien faire, mais j'essaie d'accepter ma situation, et je cherche à comprendre le problème)**, ça signifie qu'elle essaie de gérer son problème, même elle fait des efforts.

Concernant la façon de faire face au stress, elle répond **« tsayigh adkhememegh felhaja nitan, tzaligh tazalithiw, do3ogh irebi, tefaghegh thawisegh, thedogh ighor lahbabiw, itawyi orgaziw anda bghigh, surtout madigotigh grave »**, **(j'essaie de penser à autre chose, je l'aime pas ma prière, et je demande au dieu l'aide, je pars chez mes proches, mon mari m'accompagne au je veux surtout quand je dégoute grave)**, on constate que notre cas essaie de réduire les tentatives de stress, et de diminuer ses effets.

Quand on a abordé le sujet de psychologue et la consultation psychologique, Dehia dit **« khati, orehagh ara, mais tellement stressé grave, argaziw inatid akmayigh gher psychologue, mayela thekimet aka »**, **(non, je ne suis pas parti, mais tellement je suis stressé vraiment, mon mari me propose de consulter un psychologue ou un psychiatre si je reste comme ça)**, elle ajoute **(je ne vois pas une obligation d'avoir un psychologue, je n'ai pas arrivé à un état grave)**, il nous apparaît que Dehia croit que les psychologues et les psychiatres c'est juste pour les cas graves et pour les fous.

Avant d'affiner notre entretien, on lui aborde la question, avec qui elle partage ses problèmes elle se met à sourire en disant **« bien sur mon mari et ma mère les plus proches à moi, sont compréhensives, ma mère elle est sage et raisonnable et elle sait et elle a de l'expérience, et mon mari m'aime, et me respecte vraiment, celui qui me patiente et m'aide à surmonter mon stress »**, on constate que Dehia a un soutien fort de la part de sa mère et son mari parce qu'elle sourit, ça apparaît même au mimique de son visage qui signifie que elle n'est pas seule.

On a clôturé par la question sur l'efficacité de soutien social, elle affirme **« lohdor nyema 3aweniyi mlih ftehni alniw adezregh lhaja l3ali gedonithiw,**

même them3iwna orgazim sawti adbedegh contre lkelkayno », (les dire de ma mère m'ouvre mes yeux à voir le bien dans ma vie et même l'aide de mon mari m'arrive à être contre mon anxiété), on déduit que le soutien familiale aide Dehia a surmonté et dépassé le problème de la stérilité en s'appuyant sur les dire de sa mère comme une source de force.

- Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Dehia :

D'après l'analyse de l'entretien clinique de Dehia, on constate sa situation psychologique changé d'après l'apparition de ce problème elle est devenu triste est stressée et on peut prouver ça dans ces dire (**thosugh imaniw 3yigh, fechlagh, tkhemimegh bezaf teklikagh**), (bien sur mon mari et ma mère les plus proches a moi, sont compréhensives, ma mère elle est sage et raisonnable et elle sait et elle a d'expérience, et mon mari m'aime, et me respecte vraiment, celui qui me patiente et m'aide à surmonte mon stress), et pour surmonter son stress Dehia a traver l'aide de ses proche et son mareé ce qui presente dans ces dire (« **lohdor nyema 3aweniyi mlih ftehni alniw adezreggh lhaja l3ali gedonithiw, même them3iwna orgazim sawti adbedegh contre lkelkayno** », (les dire de ma mère m'ouvre mes yeux à voir le bien dans ma vie et même l'aide de mon mari m'arrive à être contre mon anxiété)

D'après notre analyse on a constaté que Dehia présent un état de stress qui gère avec le stratège de coping centre sur le soutien social.

- présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress et l'échelle taulésienne de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress selon l'Annexe N° 05, on note que Dehia a eu :

- Le stress perçu est de « 25 »

- l'item : 1= 00

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Les items: 2, 5, 9, 10, 13= 01

- Les items: 3, 8, 11, 12= 03

- Les items:4, 6, 7, 14= 02

Dehia a eu un score de (25), donc elle est un peu stressée, on peut le prouver dans les résultats des items4, 6, 7, 14,qui est égale a un score de 02 (parfois), ce qui signifie que Dehia affronte avec succès les petits problèmes, et se sente confiante dans sa capacité à prendre en main ses problèmes personnels, et elle trouve que les difficultés s'accumulaient à un tel point que elle ne pouvait pas les surmontés, malgré qu'elle marque un score élevé d'un 02 (parfois), aux items3, 8, 11, 12.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Dehia :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieur de 23 c'est-à dire peu de stress,alors Dehia présente un peu de stress d'un score de (25).

- Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping selon l'Annexe N° 06, du cas de Dehia :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Dedia :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	3	3	4	2	5	3	3	3	3	4	3	5	3	5	4	4	2		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	3	1	4	4	3	2	1	4	3	2	3	4	3	3	4	3	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	3	1	5	4	1	3	3	3	4	3	4	5	1	3	4	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total G
Action	12			13			8			10			14			12			69	175
Information		9			10			7			9			7			10		52	
Emotion			5			9			10			10			11			9	54	
Positif	12	9		13				7	10		9					12	10	9	91	
negatif			5		10	9	8			10		10	14	7	11				84	

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Tableau N°7: La feuille de dépouillement n°1 du cas de Dehia :

D'après la feuille de dépouillement n°1, Dehia a eu :

- **Une note par dimension** : A(12), B(13), C(8), D(10), E(14), F(12), G(10), H(9), I(10), J(7), K(9), L(7), M(11), N(9), O(5), P(9), Q(10), R(10). D'après ces notes obtenues nous remarquons que Dehia utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : Régulation des activités avec un score de (14), en deuxième coopération avec un score de (13), et en troisième focalisation active et distraction avec un score de (12).
- **Une note par champs** : le champ le plus fréquemment employé par Dehia est celui de champ action avec une note de (69), le champ l'émotion avec une note de (54) et le champ d'information qui se montre le moins utilisé par Dehia avec une note de (52).
- **Une note générale de coping** : Dehia a eu une note totale de (175) des champs.
- **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Dehia a eu une note de coping positif élevée égale à **(91)** et une note faible (84) pour le coping négatif.

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Dehia.

Champ Stratégies	I Action	II Information	III Émotion	Total
Focalisation	A 12	G 10	M 11	33
Support social	B 13	H 9	N 9	31
Retrait	C 8	I 10	O 5	23
Conversion	D 10	J 7	P 9	26
Contrôle	E 14	K 9	Q 10	33
Refus	F 12	L 7	R 10	29

Tableau N°8: la feuille de dépouillement N° 2 du cas de Dehia :

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

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré que la stratégie de

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

focalisation et de contrôle étant les plus employées avec un score de (33), et la stratégie de support social avec un score de (31), suivent de la stratégie de refus avec une note de (29), après une note de (26) pour la stratégie de conversion, puis une de (23) pour la stratégie de retraite, on a déduit d'après ces résultats que Dehia utilise beaucoup plus la stratégie de focalisation et de contrôle.

- Synthèse de l'échelle du toulousain de coping du cas de Dehia:

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Dehia, qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centrées sur le problème parce que elle se focalise sur le champ d'action avec un score de (69), et elle utilise la stratégie de contrôle (Régulation des activités) par une note de (14), après la stratégie de support social (coopération) avec une note de (13), ensuite la stratégie de focalisation (Focalisation active) par une note de (12), puis la stratégie de retrait (distraction) avec une note de (12), et enfin la stratégie de conversion (conversion comportemental) par une note (10).

- La conclusion de troisième cas de Dehia :

On conclut à partir de l'entretien que Dehia est une femme un peu stressée parce que le sujet de la stérilité la rend triste et stressante « il me stressée, je pleure, et je pense beaucoup, surtout quand ils abordent un sujet sur les enfants », mais malgré ça elle a un bon soutien de la part de sa famille, qui l'aide à avoir une capacité de gérer son stress.

Ainsi les résultats de l'échelle de stress perçue de Dehia confirment les résultats obtenus de l'entretien de notre cas, c'est que Dehia un peu stressée avec un score de (25), implique dans les items suivants : 4, 6, 7, 14, qui est égale à un score de 02 (parfois), ce qui signifie que Dehia a une capacité à prendre en main ses problèmes personnels, malgré que elle est marquée un score élevé d'un 03 (assez souvent), aux items 3, 8, 11, 12.

Ensuite dans l'échelle de coping nous avons constaté que Dehia utilise le coping positif égale à (91), elle se focalise sur le champ d'action avec un score

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

de (69), et utilise la stratégie de contrôle avec un score de (33), qui implique des positions de régulation des activités par une note de (14), des valeurs des items suivant :13(elle pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent), et l'item 31(elle résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation le permette), et l'item de 49(elle se retiens d'agir trop rapidement), et la stratégie de supporte social avec un score de (33), qui implique de position de coopération avec un score de (13), avec des valeurs des items 4(elle travaille en coopération avec d'autres pour le mobiliser), et l'item 22(elle cherche des activités collectives pour le dépenser).

Alors on constate que Dehia utilise des stratégies de coping centrées sur le problème avec un coping positif.

Cas 04

Présentation de cas de Silina :

Silina est âgé de 33 ans, d'niveau d'étude 2^{me} année secondaire, femme au foyer, travail comme couturière, d'un niveau socio-économique moyen.

Analyse de l'entretien :

Lors de l'entretien, Silina a été compréhensive, sociable et répondait à nos questions sans aucune difficulté, elle a donné son accord sans hésitation pour appliquer notre entretien, qu'on a terminé durant une demi-heure.

Axe 2 ; les informations sur la stérilité :

On a entamé un axe sur des informations sur la stérilité, on a commencée par la question de la durée de vie en couple, elle a répondu qu'elle est mariée depuis 6 ans, et a la question sur la connaissance de sa maladie, on lui a demandé de nous informer depuis quand elle est stérile, elle nous a dit : « **3andi khemsesnine meli kali tbib**», (ca fais 5 ans que mon médecin m'informe), et implicitement elle nous répond sur la question qui concerne la présence d'un

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

autre problème à part la stérilité , en affirmant « **ma3labelich we3lache, makontche mrida khlas men kbel, kont mliha hamdolilah** », (je ne sais pas pourquoi, j'étais pas malade avant, j'étais bien grâce à dieu), on constate d'après cette réponse que Silina est choquée, elle n'arrive pas à assimiler l'annonce de cette maladie, la chose qui l'a stressée.

Lorsque on a questionnée Silina sur la signification de la stérilité pour elle, elle répond « **c'est un problème** », elle ajoute « **on est trois femme dans la famille son enfant** », ce qui explique l'effet de ce problème, et qui résume qu'elle a déjà une expérience sur sa gravité sur le côté psychologique.

Avant de passer à la question suivante on doit signaler que notre cas n'a pas compris exactement notre question (**pensez- vous que la stérilité est une source d'un problème psychologique**), parce qu'elle dit : « **non, hajat rebi, ma3endoch 3alaka** », (non, c'est la chose de dieu, aucune relation), c'est-à-dire elle ne lie pas son problème au domaine de la psychologie.

On constate que notre sujet aime beaucoup les enfants, sa réponse sur notre question qui concerne la signification de l'enfant pour elle, nous répond « **tfel howa sa3ada, howa kolchi** », (l'enfant c'est le bonheur, c'est tout), elle rajoute « **mais, hada makan hajat rebi, ma3endi mandire** », (mais, ça ce qu'il ya, c'est la chose de dieu, je peux rien fait), ce qui signifie que elle a un sentiment de l'insatisfaction de son rôle social et familial , mais toujours fait le recours au dieu.

On a trouvé que Silina est une femme optimiste, par sa réponse sur notre question sur sa réaction envers les femmes enceintes, par « **nkheliha fikalbi, we nkol rebi howa li yerzek, kima rzekhom yerzekni** », c'est-à-dire (je la laisse au fond de moi, et je dis c'est le dieu qui donne, comme il a donnée il va me donner aussi).

Axa 3 : les informations sur le stress :

Dans cette axe on a parlé sur le stress, on a demandé à Silina de nous décrire sa réaction envers cette maladie, elle a répondu « **tfajeat, roht nabki**

wenkol 3lacg ya rebi 3lach », (j'étais choquer, je me suis mis à pleurer et à dire pourquoi mon dieu pourquoi), il s'avère que notre cas n'a pas acceptée sa nouvelle, et elle a subi une crise de colère, malgré sa bonne foi.

Par rapport à la deuxième question, on lui a posé la question sur, est ce qu'elle arrive à gérer psychologiquement sa situation, nous a dit : « **oui, parce que kin chof nsa lokhrin w nahki m3ahom nalka beli mochkil ta3i aythasebch gedame machakil tawe3hom, w dayman nkol hamdolah** » ; c'est-à-dire (quand je vois des autres femmes et je parle avec eux je trouve que mon problème n'est pas à cette gravité, et je me dis toujours **hamdolillah**), on constate que Silina en comparaison avec d'autres femmes accepte sa situation patiemment et elle se rend à la raison.

Concernant la question sur la chose la plus stressante, elle dit : « **on est trois son enfant** », donc l'incapacité d'enfanté chez eux c'est la source de son stress.

Le sentiment de l'incapacité rend Silina nerveuse et agressive, sur tout à la période des règles, ça vient dans sa réponse à notre question sur le changement qui constate en elle-même, dit : (**je m'énerve et je deviens agressive surtout à la période des règles**).

On a abordé la question est ce que ce problème influence sur sa vie quotidienne, elle a répondu par « **oui, je n'arrête pas de y' penser** », alors la stérilité influe sur sa vie personnelle.

Il s'avère que notre cas a des projets dans son avenir d'après sa réponse sur la question qui concerne sa vision à l'avenir, elle dit « **je dois être maman de trois enfants, deux fille et un garçon** ».

Axe 4 : la défense face au stress et à la stérilité primaire : les stratégies de coping :

En interrogeant Silina dans cette partie sur sa défense face au stress et à la stérilité primaire, on a commencé par la question comment gérer son problème de stérilité, elle a répondu par « **nhawes nalka hal, nseksi nas li rahom kima ana**

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

wach daro », ça veut dire (Je cherche a trouvé d'autre solution, et je demande aux autres qui sont dans une situation comme moi ce qu'ils ont fait), on constate que cette femme n'a pas resté les bras croise, elle a un courage pour affronter sa situation et cherche la solution, malgré sa pression sur le côté psychologique qui on le résumé par le refoulement en soi.

Silina déclare qu'elle suit strictement les conseils de son médecin, c'est sa réponse sur notre question sur ce sujet, « **je suis** », on lui rajoute la question qui suit directement, qui est son sentiment durant le traitement, elle nous a répondu par « **j'ai peur surtout quand arrive le moment des règle, je deviens ravement stressé** », on constate que Silina attend quelque chose de bien ou de mal, qui menace son bien-être physique et psychologique.

Concernant notre question sur son idée comment faire face à la maladie, elle repond « **ma3labalich, maktob rabi, ma3endi mandire, ila salat wa do3aa**»,(qui veut dire (je ne sais pas, parce que c'est le destin, je peux rien faire, sauf la prière et doaa),ça signifie que notre sujet a toujours en recours à dieu.

Ensuite on lui posant la question sur comment elle gère son stress, elle a dit « **3endi iman kbir, nasma3 w nekra koran, wthani nakhrege nchem hwa, nahi 3la khatri, nahki m3a nas, m3a l3ayla**» qui veut dire (j'ai une bonne foi, j'entends et je lis le coran, et aussi je sors pour se défouler et s'amuser, et je parle avec les autre et surtout avec la famille), ça montre que notre cas aime sortir, parle et discute avec les autre pour dépasser sa situation stressante qui signifie qu'elle évite de fréquenté avec ces situations .

On a abordé le sujet de psychologue et de psychiatre, on lui demanda de nous informer si elle a consulté un, elle a dite« **non** », pour notre curiosité on a lui demande d'explique pourquoi, elle a répondre « **macheftch rohi mesheka tbib nafsi, metkebla wad3iyti, parceque machi ghir ana** », c'est-à-dire (je ne vois pas l'obligation de consulter un psychologue, j'accepte ma situation,

parce que je suis pas la seule), ça signifie que elle est au courant de sa situation, et sa gravite mais, elle ne voit pas ça comme une difficulté psychologique.

Après, on a posé la question sur le partage du problème avec autrui, elle dit « **ih nehder, nahki hami lyema surtout, i rajli tani makhelani** », (oui, je partage mon problème, je parle avec ma mère surtout, et mon mari ne me l'aise pas), qui veut dire que silina a soutenu par sa famille.

On a terminé notre questionnaire par la question : en quoi le soutien peut-il aider à faire face à la stérilité, elle repondpar « **mosanada ta3 l3ayla 3awnatni bezaf, besbabha welit nakder nwajeh lmostakbal** », ça veut dire (le soutien familial m'aide beaucoup, j'ai peut faire face à mon avenir), ça exprime que le soutien a un rôle très majeur pour combattre et faire face à la situation stressante.

-Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Silina :

On constate d'après ce que nous avons abordé dans les axes précédant que Silina présent un stress malgré sa résistance a ce problème(**j'énerve et je devine agressive surtout a la période des règle**), et ce qui concerne le faire face elle peu géré son stress par la guidance de sa famille et son mari et on trouve ça dans ces dire :(**nhawes nalka hal, nseksi nas li rahom kima ana wach daro** », ça veut dire (Je cherche a trouvé d'autre solution, et je demande ou autre qui sont de situation comme moi ce qu'ils ont fait) et aussi(**ih nehder, nahki hami lyema surtout, i rajli tani makhelani** », (oui, je partage mon problème, je parle avec ma mère surtout, et mon mari ne me l'aise pas) .

Ce qui veut dire que Silina est dans un état de stress qui essaye de dépassé on intégrant les stratégies de coping centré sur le problème et sur le soutien social.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

- présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress perçu et l'échelle toulousaine de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress selon l'Annexe N° 07, on note que Silina a eu :

- Le stress perçu est de «27 »

- L'item : 1= 00

- Les items: 2, 6, 10, 13= 01

- Les items: 3, 12, 14= 03

- Les items:4, 5, 8, 9, 11= 02

- L'item : 7= 04

On a constaté d'après les résultats que Silina est un peu stressée et la preuve est démontré par les résultats obtenu d'un score de (27), aux items 4, 5, 8, 9, 11, qui égale à un score de 02 (parfois), qui signifie que elle affronte avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens et faisais face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie et aussi se sent irrité parce que les événements échappaient à son contrôle.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Silina :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieure de 23 c'est-à-dire peu de stress, alors Silina présente un peu de stress d'un score de (27).

1-3- Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping selon l'Annexe N° 08, du cas de Silina :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du casde Silina :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	5	3	4	4	5	1	3	4	1	1	4	4	2	4	2	4	3		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	4	1	3	4	4	2	4	3	1	4	3	4	3	4	4	4	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	5	1	4	4	1	3	3	3	3	4	2	5	1	4	4	4	5		

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total G
Action	12			11			6			5			13			10			57	175
Information		14			12			10			9			6			12		63	
Emotion			5			10			10			9			12			9	55	
Positif	12	14		11				10	10		9					10	12	9	97	
negatif			5		12	10	6			5		9	13	6	12				78	

Tableau N°09: La feuille de dépouillement n°1 du cas de Silina :

D'après la feuille de dépouillement n°1, Silina a eu :

- **Une note par dimension :** A(12), B(11), C(6), D(5), E(13), F(10), G(12), H(14), I(12), J(10), K(9), L(6), M(12), N(9), O(5), P(10), Q(10), R(9). D'après ces notes obtenues nous remarquons que Silina utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : Support social informationnel, Régulation des activités, Focalisation cognitive, Focalisation active, Focalisation émotionnelle, et Retrait mental.

-**Une note par champs :** le champ le plus fréquemment employé par Silina est celui de champ information avec une note de (63), le champ d'action avec une note de (57) et le champ l'émotion qui se montre le moins utilisé par Silina avec une note de (55).

-**Une note générale de coping :** Silina a eu une note totale de (175) des champs.

- **Une note de coping positive et une note de coping négative :** Silina a eu une note de coping positif élevé égale à (97) et une note faible (78) pour le coping négatif.

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Silina.

Champ	I Action	II Information	III Émotion	Total
Stratégies				
Focalisation	A 12	G 12	M 12	36
Support social	B 11	H 14	N 9	34

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Retrait	C	6	I	12	O	5	23
Conversion	D	5	J	10	P	10	25
Contrôle	E	13	K	9	Q	10	32
Refus	F	10	L	6	R	9	25

Tableau N°10: la feuille de dépouillement N° 2 du cas de Silina:

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

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de focalisation étant la plus employée avec un score de (36), suivent de la stratégie de support social avec une note de (34), après une note de (32) pour la stratégie de contrôle, puis une de (25) pour la stratégie de conversion et refus, enfin une note de (23) par rapport à la stratégie de retrait.

- Synthèse de l'échelle du toulousain de coping du cas de Silina:

On a constaté d'après l'analyse de l'échelle de coping de Silina, emploi des stratégies de coping positives centrées sur le problème et fait appel au support social qui se traduit par l'utilisation de champ d'information par un score de (63), implique par l'utilisation de stratégies de focalisation (focalisation cognitive) par une note de(12), après la stratégie de support social (support social informationnel) par une note de(14), puis la stratifié de Retrait (contrôle cognitif et planification) avec une note de (12).

- Conclusion de quatrième cas de Silina :

On conclut à partir de l'entretien que Silina est une femme un peu stressée, parce que elle n'a pas trop dérangée par sa maladie, elle a un bon soutien de la part de sa famille, surtout la belle famille, car y a des cas similaire, qui lui permet de ne pas être stressée «y a pas une chose qui me stresse, on a trois femme dans la famille son enfants, la chose qui m'aide a dépassé le problème ».

Les résultats de l'échelle de stress perçu de Silina confirme les résultats obtenus de l'entretien, que Silina un peu stressée avec un score de (27), ça

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

apparaît dans les items 4, 5, 8, 9, 11, qui égale à un score de 02 (parfois), qui signifie que elleaffronte avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens etfaisais face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie.

Aussi, dans les résultats de l'échelles toulousaine de coping, on a constaté que Silina utilise le coping positive avec un score de (97), et elle se focalise sur le champ d'information avec un score de (63), et elle utilise la stratégie de focalisation par un score de (36) qui implique la position de focalisation cognitive avec une note de (12) dans les valeur des items 17 (elle analyse la situation pour mieux la comprendre), et l'item de 35(elle pense aux expériences susceptibles de l'aider pour faire face à la situation), et l'item de 53(elle réfléchit aux stratégies qu'elle pourrait employer pour mieux résoudre son problème), et utilise aussi la stratégie de support social avec un score de (34), qui implique la position de support social informationnel avec une note de (14), avec la valeur des item 2(elle demande des conseils à des professionnels), et l'item de 20 (elle discute du problème avec ses parents ou avec d'autres adultes), et l'item 38 (elle demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait), alors on constate que Silina utilise beaucoup plus les stratégie centrée sur le problème et aussi les stratégies centrées sur le soutien social, on dit alors que Silina peut surmonter son stress et peut faire face efficacement.

On déduit, d'après ce qui précède que notre quatrième cas présent un peu de stress et fais appelle aux stratégies de coping positives centrées sur le problème pour faire face au problème de la stérilité.

Cas 5

Le Cinquième cas «Tiziri »

Durant l'entretien,Tiziri été stressée et triste, quand nous lui ont demandé quelques minutes pour poser nos questions, dans un premier temps

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

elle a montré un rejet, après l'explication de notre objectif elle a accepté de répondre à toutes les questions.

Axe N° 1 : Les informations générales sur le cas

Madame Tiziri âgé de 36 ans et marié depuis 7ans, son niveau d'étude et de 1^{er} année secondaire, femme au foyer mais pratique la couture chez elle son niveau socio-économique est bien

Axe N° 2 : Les informations sur la stérilité :

A travers ces réponses, Tiziri est atteinte de la stérilité primaire depuis 6 ans, au début elle ne voulait pas avoir d'enfants directement, c'est pour cela qu'elle a décidé de prendre la pilule on cachette et quand elle a souhaité d'en avoir elle n'en pouvait plus, elle a avoué qu'elle a regretté ce geste « **ndemaghmeli mais c'est trop tard tura** ».

Et dans sa deuxième repense sur son état de santé elle infirmait qu'elle ne présente pas d'autre maladie en dehors de cette stérilité é qui est un choc pour elle.

En interrogeant Tiziri est ce que sa maladie a une relation avec le coté psychologique elle répondu « **non lahlakiwsebas machitanfessithsebass d lapilule** » ce qui confirme quelle ce se sent coupable et elle est la cause de sa maladie.

Avec les larmes aux yeux Tiziri nous a donné sa réponse sur la question qui concerne la signification de l'enfant, elle dit : « **ltofantafath n ukhamd'elfarh...** » Cela veut dire que notre sujet souffrait beaucoup de sa stérilité.

Discutant avec Tiziri sur sa réaction face aux femmes enceintes, elle affirme « **ikerhiyelhalmelihtemnighloukan a rebiadikellewakethgherdefirjamais adeswagh la pilule** » ce qui met en évidence qu'elle regrette vraiment.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe N°3 : Les informations sur le stress :

En questionnant tiziri sur sa réaction à l'annonce de son diagnostic, elle a dit : « **urnwigharaakaydeyinitehлект khel3agh** », ce qui montre quelle a été dans un état de choc et de tristesse.

A travers la réponse de tiziri sur la question de la gérance de sa maladie psychologiquement on a constaté qu'elle n'arrive pas à surmonter sa tristesse et son stress dans ces dires : « **non wllahtoujourtrouyaghkareghs kan d la fauteinou** »

En abordant la question, quelle est la chose la plus stressante pour vous elle a dit ; « **I3ibad** » on a constaté que pour elle, la société a un regard de la peine pour la femme stérile.

Ensuite on a interrogé Tiziri quels est le changement qu'elle a remarqué en elle, elle a dit : « **g im i3lemagh urganharatekhemimagh kan fek3aghurhangharalemaklaurthoufit...** » ce qui signifie que cette maladie la touche vraiment.

La réponse que Tiziri nous a donné sur la question est ce que ce changement a une influence sur ta vie quotidienne, elle dit : « **oui teklikaghmlihfek3agh f lahwachbête,lanussananidaukhedemgharacheghelnekssaghmlih g elmizan** » ce qui montre que la vie de Tiziri est bouleversée à cause de cette maladie.

Quand on a abordé la question de l'avenir, Tiziri pleure en disant : « **koulech se3igheth hmd ,wellahsiwaitmenigh ades3ough letoufan** » ce qui indique que Tiziri vit dans une grande souffrance, elle attend juste un enfant dans sa vie .

Axe N°4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping :

Dans ce dernier axe on a posé la question pour notre sujet comment vous arrivez à gérer votre problème elle a dit : « **lehajaak iyit3awanen bachadetoughchitouh d lekheyataak d la brodri** » et dans ce cas on a constaté

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

que malgré sa souffrance, elle a trouvé une chose qui l'aide à gérer en quelques sorte sa maladie.

Suit à notre question à propos des conseils de médecin, Tiziri confirme qu'elle les suit correctement « **oui khedmagh akayen idikar teviviwe** » ce qui montre que le traitement est important pour elle.

En demandant à Tiziri : « Quelque chose ressente-tu pendant le traitement ? » Elle a dit : « **toujours da3ough gher rebi karghe ncghallah adafegh gherdwa ayiadjigh** » et là on comprend qu'elle s'attache toujours à l'espoir.

Passant à la question suivante, comment vous comptez faire face à ta maladie elle répond : « **adetv3agh traitement inoun w atfagh g rebiahathkrawaadejigh** » on a remarqué que malgré sa souffrance, elle a toujours confiance en son médecin et au bon dieu.

D'après sa réflexion sur la consultation chez un psychologue ou bien un psychiatre notre sujet confirme qu'elle n'a jamais consulté au bon sens à voir un psychologue puisque pour elle sa maladie est physique et pas psychique.

S'agissant de ce que Tiziri partage son problème avec quelqu'un, elle dit : « **oui hekoughasiwletmaakdurgazis puisque d nouhniidivedenghertamawghesakenargaziwila ma3na machikifekif** » là on a remarqué que Tiziri est trop proche de sa sœur et son mari plus que son conjoint.

Et on a terminé par la question : est-ce que ce soutien que tu reçois t'aide à dépasser ta maladie et bien sûr sa réponse était oui, puisque elle se sent coupable et ce soutien lui donne de la confiance et de la force à suivre sa vie.

- Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Tiriri :

L'entretien avec Tiziri montre qu'elle est stressée et triste, vraiment souffrante et qu'elle regrette son geste ce qui la rend coupable à ces yeux (**non wllah toujours trouyagh kareghs kan d la fauteinou**), (**oui teklikaghmlih fek3agh f lahwach bête, lan ussan anida ukhedemgh ara**), et que personne ne peut la consoler, ses larmes sont présentes tout au long de l'entretien et malgré sa souffrance elle a trouvé une source de soutien sur laquelle peut s'étayer (**oui**

hekoughas iwletma akdurgazis puisque d nouhni idiveden gher tamaw ghes aken argaziw ila ma3na machi kifekif) .

A partir de cet entretien on dit que Tiziri présente un stress et elle essaye au maximum de faire face en utilisant les stratégies de coping centrées sur le problème et le soutien social.

- Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Tiriri :

L'entretien avec Tiziri montre quelle stresser et triste,est vraiment souffrant et qu'elles regret sont geste ce qui qui lui rend coupable à ces yeux (non wllah toujours trouyagh kareghs kan d la faute inou), (oui teklikagh mlih fek3agh f lahwach bête, lan ussan anida ukhedemghara),et que personne ne peut la consoler ces larmes est présent tout au long de L'entretien et malgré ça souffrance elle a trouvé une source de soutien sur laquelle peut s'étayer (oui hekoughas iwletma ak durgazis puisque d nouhni idiveden ghertamaw ghes aken argaziw ila ma3na machi kifekif) .

A patrie de cette entretien on dit que Tiziri present lestress et elle essaye au maximum de faire fac on utilisant les stratégies de coping centré sur le problème et le soutien social.

1- présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress et l'échelle taulésienne de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress selon l'Annexe N° 09, on note que Tiziri a eu :

- Le stress perçu est de «25 »

- L'item: 14 =00

- Les items: 1, 2, 3, 8 = 03

- Les items: 4, 6, 9, 10, 11 = 01

- Les items: 5, 7, 12, 13 = 02

On a constaté d'après les résultats que Tiziri un peu stressée, vu les résultats obtenu d'un score de (25), aux items 5, 7, 12, 13 qui égale à un score

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

de 02 (parfois), signifiant qu'elle fait face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie, elle sent que les choses allaient comme elle veut, et aussi qu'elle est préoccupée par des choses que lui mener à bien, et enfin elle est capable de contrôler la façon dont elle passe son temps.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Tiziri :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieure de 23 c'est-à-dire peu de stress, alors Tiziri présente un peu de stress d'un score de (25).

- Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping selon l'Annexe N° 10, du cas de Tiziri :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du casde Tiziri:

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	4	2	1	3	5	4	4	3	4	4	2	3	1	4	4	4	2		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	4	1	4	5	2	3	4	3	2	4	3	4	4	4	4	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	1	1	5	3	3	1	3	4	3	4	3	5	3	3	4	3	2		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total G
Action	12			10			8			9			12			12			63	173
Information		9			11			11			12			8			11		62	
Emotion			4			10			10			8			11			5	48	
Positif	12	9		10				11	10		12					12	11	5	92	
negatif			4		11	10	8			9		8	12	8	11				81	

Tableau N° 11: La feuille de dépouillement N°1 du cas de Theziri :

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

- **Une note par dimension** : A(12), B(10), C(8), D(9), E(12), F(12), G(11), H(9), I(11), J(11), K(12), L(8), M(11), N(5), O(4), P(10), Q(10), R(8). D'après ces notes obtenues nous remarquons que Theziri utilise plus les dimensions suivantes : Focalisation active, Régulation des activités, Distraction.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

-**Une note par champs** : le champ le plus fréquemment employé par Theziri est celui de champ d'action avec une note de (63), en suit le champ d'information avec une note de (62), et le champ d'émotion avec une note de (48).

-**Une note générale de coping** : Theziri a eu une note totale de (173) des champs.

- **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Theziri a eu une note de coping négatif élevé égale à (92) et une note faible (81) pour le coping positif.

- **Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Theziri.**

Champ	I Action	II Information	III Émotion	Total
Stratégies				
Focalisation	A 12	G 11	M 11	34
Support social	B 10	H 9	N 5	24
Retrait	C 8	I 11	O 4	23
Conversion	D 9	J 11	P 10	30
Contrôle	E 12	K 12	Q 10	34
Refus	F 12	L 8	R 8	28

Tableau N°12: la feuille de dépouillement n° 2 du cas de tiziri

D'après la feuille de dépouillement n°2, Tiziri a obtenu :

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de Focalisation étant la plus employée avec la stratégie de Contrôle avec un score de (34), suivent de la stratégie de Conversion avec une note de (30), après une note de (28) pour la stratégie de Refus, puis une de (24) pour la stratégie de support social, et enfin une note de (23) par rapport à la stratégie de Retrait.

- **Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Tiziri :**

On constate d'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Tiziri, qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies de coping positive par un score de (92), centrée sur le problème, traduit par le champ d'action par un

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

score de (63), et d'information par un score de (62), qui est impliqué par l'utilisation de la stratégie focalisation (focalisation active) et (Focalisation cognitive) par une note de (12), plus la stratégie de control (Régulation des activités) et (Contrôle cognitif et planification) par une note de (12) et par la stratégie de Refus (Distraction)par une note de (12), la stratégie de Retrait (Retrait mental) par un note de (11), et la stratégie de conversion (Acceptation) par un note de (11), et enfin une stratégie de support social (coopération) par une note de (10).

- Conclusion de cinquième cas de Tiziri :

On conclut à partir des résultats de l'entretien que notre sujet n'est pas vraiment stressé, d'après l'analyse de ses réponses, maîtrise sa situation difficile et elle a des capacités à dépasser comme telle problème « je garde toujours l'espoir ».

On confirme ces résultats avec les résultats obtenu de l'échelle de stress perçu, on trouve que Tiziri est un peu stressée avec un score de (25), aux items 5, 7, 12, 13 qui égale à un score de 02 (parfois), qui signifie que (elle fait face efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie).

Ainsi les résultats de l'échelle toulousaine de coping confirme que Tiziri utilise le coping positif avec un score de (92), elle se focalise sur le champ d'action avec un score de (63), et aussi au champ d'information par un score de (62), et elle utilise la stratégie de focalisation avec un score de (34), qui implique la position de focalisation active et la position de Focalisation cognitive par une note de (12), des valeurs des items 1 (elle fait face à la situation), plus la stratégie de control avec un score de (34), qui implique des position de Régulation des activités et Contrôle cognitif et planification par une note de (12), avec la valeur de l'item 47 (elle pense aux expériences susceptibles

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

de l'aider pour faire face à la situation, alors on constate que Tiziri utilise les stratégies de coping positif centrées sur le problème.

D'après ces résultats on déduit que notre cinquième cas présente un peu de stress elle fait recours aux stratégies de coping positif centrées sur le problème pour faire face à son problème.

Cas 06

Présentation de cas de Tasaadit :

Tasaadit femme au foyer, âge de 33 ans, son niveau d'étude est 3^{me} année secondaire, elle a 8 ans dans le service médicale comme technicienne supérieure, d'un niveau socio-économique moyen.

Analyse de l'entretien :

Tasaadit c'est le dernier cas avec qui on a passé l'entretien, elle a été stressée, elle nous confirme qu'elle n'a pas parlé avec un étranger sur sa stérilité la chose qui démontre le caractère tabou, Tasaadit a répondu à toutes les questions durant une 35 minute.

Axe 2 : les informations sur la stérilité :

On a entamé un axe sur le problème de la stérilité, d'abord on a demandé à Tasaadit de nous informer depuis quand elle est en couple, nous a dit « **ça fait 5 ans** », et on lui ajoutée une autre question sur depuis quand elle a su qu'elle a un problème de la stérilité, affirme « **3 ans** », on a remarqué que cet événement est dur par ces réponses courtes sans explication.

Après on est passé à la question suivante qui déroule sur la présence d'un autre problème chez elle, elle a répondu « **je n'ai pas, je suis bien hamdolillah** », ça signifie que elle est irritée par cette nouvelle.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

On a abordé le sujet de la stérilité et en lui demandant de nous parler sur la signification de la stérilité pour elle, déclare « **c'est la fin de mes jour, ma vie n'a pas de charme et je suis inutile** »,ça signifie que elle a un faible estime de soi, et des pense négatives, et se sent qu'elle a perdu une chose importante dans sa vie.

On lui adresse la question de la signification des enfants pour elle, nous a dit « **c'est ma vie** », on constate que l'état de notre sujet est très difficile.

Tasaadit vit des difficultés émotionnelles sur tout quand elle rencontre des femmes enceintes, elle a répondu sur notre question sur sa réaction envers ces femmes, elle nous a répondu« **je m'énerve, et je suis stressé, je sens que j'ai un manque** ».

On note que notre sujet n'a pas répondu sur notre question pense- vous que la stérilité est une source de problème psychologique ?, elle nous a dit « **je ne crois pas, l'islam c'est ma psychologie** », on constatant que malgré sa souffrance, elle a la raison et la croyance.

Axe 3 : les informations sur le stress :

On est passé au troisième axe qui implique des questions sur le stress ; en interrogeant notre cas sur sa réaction à l'annonce de sa maladie, elle a été choqué, « **quoi, c'est incroyable, ce n'est pas vrai** », et elle rajoute « **j'étais vraiment inconsciente, je ne sais pas ce que j'ai dit à ce moment** », cela est dû à la gravité de choc.

Puis elle nous a donné une réponse sur la question de sa capacité a gérer psychologiquement cette maladie, directement elle dit « **oui, ma confiance au dieu est très forte, malgré ma difficulté au debout surtout au premier temps, mais maintenant peu a peu, j'ai pu la dépassé** », on constate que Tasaadit tire son énergie de la foi.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

La chose la plus stressante a notre sujet c'est sa famille puisque elle les voit constamment autour d'elle en lui faisant attention qui vont pas la blesser et qu'ils ont un grand souhaité de voir un jour l'enfant, et ils lui rappelés chaque fois par cette intérêt sur son incapacité, **Tasaadith « la chose qui me stressée beaucoup plus c'est ma famille parce tellement c'est moi la première fille marie, en attente de tout patientent »**, c'est sa réponse à notre question sur la chose qui la a stresse beaucoup, ce qui veut dire même l'intéressement de sa famille stress Tasaadit.

La réponse de Tasaadit sur la quatrième question qui concerne le changement constaté en elle-même, elle est claire **« j'ai des maux de tête, des fois quand les douleurs survienne je ne dors pas, et surtout à la période des règle je suis stressée et angoissée »**, on remarque qu'elle ressent un changement en ce qui concerne sa santé, sa mentalité et sur son comportement, donc on résulte que Tasaadit a des symptômes sur le plan physique et psychologique.

En ce qui concerne la question de l'influence de cette maladie sur sa vie quotidienne, nous répond par **« oui, ce problème me dérange, surtout quand je rencontre les femmes qui je connais et sont moins âgée enceintes, ça me fait mal, et je devienne triste »**, on constate que Tasaadite souffre.

En lui posant la question sur sa vue à l'avenir, elle dit **« je ne sais pas qu'est-ce que mon dieu me cache mais je dois patienter et toujours je dis patienter ; patienter, peut être le meilleur est à venir, et ça en le trouve dans le coran »**, **« فلسوف يعطيك ربك فترضى »**, alors Tasaadit fait le recours au dieu et ajouté **« إن بعد العسر يسر »**, ça traduit que malgré sa souffrance essaye de patienter et d'être optimiste.

Axe 4 : la defense face au stress et à la stérilité primaire :

Dans ce dernière phase de l'entretien on doit savoir la défense de Tasaadit face au stress et à la stérilité primaire, on a commencé par la question sur comment géré son problème de la stérilité, elle dite « **je cherche plus d'information sur le problème, pour aide moi-même par d'autre traitement si il y on a, même je demande l'aide a des professionnels et des personne qu'ils ont un problème similaire** », ça signifie que Tasaadit fais le recours au soutien social et cherche a améliorer sa situation émotionnelle.

Concernant les conseils du médecin, Tasaadite dit « **je suis tout, tellement je suis angoissés et stressés, je pense que ça m'aide à réaliser mon but** », et elle répond sur la question suivante, comment elle se sent durant le traitement, « **j'attends a tout patientent les résultats et toujours je demande l'aide au dieu** », on constate que notre cas essaye d'être optimiste et afférente sa maladie par le suit régulier de son traitement.

En lui posant la questio , comment elle pense à faire face à sa maladie, elle dit « **je pense a suivre mon médecin parce que ya pas mieux que lui a mon avis, et je dois essayer les traitements traditionnelle que ma famille propose** », on déduit que Tasaadit capable a dépassé ses difficultés et ses souffrances.

A la question qui concerne comment gérer son stress notre sujet déclare « **je pars au travail, et je passe le temps avec mes collègues, des fois je pars chez ma famille qui m'aide à oublier mon problème, par leur soutien, et temps en temps je me déplace par wilaya avec mon mari, pour changer le climat** », ce qui veut dire que Tasaadit a un bon soutien de la part de sa famille qui l'encourage.

Par rapportà notre question sur la consultation de psychologue ou d'un psychiatre, elle dit« **non, jamais** », on lui demande pourquoi , elle répond

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

par « **je ne suis pas folle** », on remarquant que Tasaadit na pas une base scientifique sur la psychologie.

Avant de clôturer notre entretien on lui demande de nous informer si elle partage ses problème avec autrui, nous a dit «**oui, juste avec les intimes et les proches** », il s'avère qu'elle fait confiance juste à ses connaissances.

En lui posant la dernière question sur en quoi le soutien peut-elle l'aider à faire face à la maladie, elle exprime une grande fierté a sa famille qui l'aidé à voir clairement les choses et de surmonter son stress, ça apparait dans son discours « **j'ai trouvé tous ce que ma famille dite utile et valable** ».

On peut dire que Tasaadit souffre de ce problème de stérilité, elle présente un stress élevé on peut le prouve dans ses dire« **c'est la fin de mes jour, ma vie n'a pas de charme et je suis inutile**», et elle manifeste des symptômes de stress comme l'insomnie, l'angoisse,« **j'ai des maux de tête, des fois quand les douleurs survienne je ne dors pas, et surtout à la période des règle je stressé et angoisse** ».

-Synthés de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Tasaadit :

A partir des répons¹ de Tasaadit on a remarqué quelle est dans une été de stress qui c'est ce montre dans ces dire, (**j'énerve, et je stressé, je sens que j'ai un monque**), aussi(**la chose qui me stressé beaucoup plus ces ma famille parce tellement c'est moi la première fille marie, en attente de tout patientent**) et dans ce cas elle voie l'aide de ces proche qu'il la donne de la force de battre ca maladie et ça est présente dans ces dire : (**j'ai trouvé tous ce que ma famille dite utile et valable**).

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

A partir des données que on a récolté dans notre dernier entretien on a constaté que Tasaadit est stressée à cause de sa maladie et pour qu'elle surmonte ca elle a dégagé des stratégies de coping centré sur le soutien social.

- présentation et analyse des résultantes de l'échelle de stress perçu et l'échelle taulésienne de coping :

D'après la cotation de l'échelle de stress selon l'Annexe N° 11, de notre cas on note que Tasaadit a eu :

- Le stress perçu est de «32»
- Les items: 1, 2, 3, 6, 10, 12= 02
- Les items : 11, 14= 03
- Les items: 4, 8= 01
- Les items : 5, 7, 9 = 04
- L'item : 13= 00

Tasaadit est très stressée avec un score de (32), la preuve est dans les items 5, 7, 9, qui égale à un score de 04 (très souvent), ce qui signifie que Tasaadit se sent que ne fais pas efficacement aux changements importants qui surviennent dans sa vie, et elle est incapable de maîtriser son énervement.

- Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Tasaadit :

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieur à 31 c'est-à-dire stress élevé, alors Tasaadit présente un stress élevé ou d'un score de (32).

-Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping selon l'Annexe N° 12, du cas de Tasaadit :

- Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Tasaadit :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Scores	2	4	3	4	4	5	1	3	2	2	3	2	2	3	1	2	4	3	
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Scores	4	4	3	3	2	3	2	4	3	3	3	2	2	1	2	4	5	3		
Itemes	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	1	4	1	4	4	1	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total
Action	7			11			4			8			6			9			45	149
Information		12			10			9			9			6			12		58	
Emotion			7			9			8			6			6			10	46	
Positif	7	12		11				9	8		9					9	12	10	87	
negatif			7		10	9	4			8		6	6	6	6				62	

Tableau N°13: La feuille de dépouillement n°1 du cas de Tasaadit :

D'après la feuille de dépouillement n°1, Tasaadit a eu :

- **Une note par dimension** : A(7), B(11), C(4), D(8), E(6), F(9), G(12),

H(12), I(10), J(9), K(9), L(6), M(6), N(10), O(7), P(9), Q(8), R(6). D'après ces notes obtenues nous remarquons que Tasaadit utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : focalisation cognitive, support social informationnel, coopération, support social émotionnel.

- **Une note par champs** : le champ le plus fréquemment employé par Tasaadit est celui de champ information avec une note de (58), le champ l'émotion avec une note de (46) et le champ d'action qui se montre le moins utilisé par Tasaadit avec une note de (45).

- **Une note générale de coping** : Tasaadit a eu une note totale de (149) des champs.

- **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Tasaadit a eu une note de coping positif élevée égale à (87) et une note faible (62) pour le coping négatif.

- **Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Tasaadit.**

Champ	I Action	II Information	III Émotion	Total
Stratégies				

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Focalisation	A	7	G	12	M	6	25
Support social	B	11	H	12	N	10	33
Retrait	C	4	I	10	O	7	21
Conversion	D	8	J	9	P	9	26
Contrôle	E	6	K	9	Q	8	23
Refus	F	9	L	6	R	6	21

Tableau N°14: la feuille de dépouillement N° 2 du cas de Tasaadit :

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

- **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de Support social étant la plus employée avec un score de (33), suivant de la stratégie de Conversion avec une note de (26), après une note de (25) pour la stratégie de focalisation, puis une de (23) pour la stratégie de Contrôle et enfin une note de (21) par rapport à la stratégie de retrait et de Refus.

- Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Tasaadit :

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Tasaadit, qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies de coping positive avec un score de (87), centrée sur le support social, parce que elle se focalise sur le champ d'information par un score de (58), et elle utilise la stratégie de support social (support social informationnel) par un note de (12), et la stratégie de focalisation (focalisation cognitive) avec une note de (12).

-Conclusion de sixième cas de Tasaadit :

On conclut à partir de l'entretien, que Tasaadit très stressée, car elle a trouvé des difficultés a dépassé sa maladie, « la stérilité est un véritable cauchemar », et elle a des sensations terrible du cote de son mari « je crains que mon mari me laisse un jour », qui peuvent provoquer chez elle un stress élevé.

D'après les résultats de l'échelle de stress perçu confirment les résultats obtenus de l'entretien, ce que Tasaadit présent un stress élevé avec un score de (32), qui présente par les items suivant : 5, 7, 9, qui égalent à un score de 04 (très souvent), ce qui signifie que Tasaadit se sent qu'elle ne fait pas

efficacement aux changements importants qui survenaient dans sa vie, et elle se sent incapable de maîtriser son énervement.

On constate aussi d'après les résultats de l'échelle de coping, que Tasaadit utilise le coping positive avec un score de (87), elle se focalise sur le champ d'information avec un score de (58), elle utilise la stratégie de support social avec un score de (33), qui implique de la position de support social informationnel par un note de (12), avec les valeurs des items suivant 2(elle demande des conseils à des professionnels), et l'item 20 (elle discute du problème avec ses parents ou avec d'autres adultes). Alors Tasaadit utilise les stratégies centrées sur le support social.

On constate que notre dernier cas présente un stress élevé, et peut faire face à son stress utilise des stratégies de coping positif centre sur le support social.

2- Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons présenter la synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien semi-directif, et les deux l'échelles, le stress perçu et l'échelle Toulousaine de coping qui se dégage dans notre recherche, qui vise à procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude portée sur «le stress et les stratégies de coping chez les femmes atteintes de la stérilité primaire », afin de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

L'objectif c'est de détecté la présence de stress chez les femmes atteintes de la stérilité primaire et quel sont les stratégies utilisées pour faire face par ces dernieres.

2- 1- la première hypothèse : « les femmes atteintes de la stérilité primaire présent un stress ».

- **le cas de Tanina:** en référence au résultat de l'entretien clinique, Tanina présente un stress suite à sa maladie, car elle n'a pas accepté sa situation, sa

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

réaction ce manifeste par des signes et des symptômes somatiques tel que la perte de poids, et d'appétit, aussi des troubles de l'humeur tel que la nervosité, des larmes .

Pour elle la stérilité est un grand problème, sans assurance d'avoir des enfants, elle est souvent stressé et angoissé, et elle a des difficultés à s'adapter avec autrui, comme elle est nerveuse même avec son mari, sa société est défavorable ce qui engendre chez elle un stress élevé. Selon Le TCC, une situation devient stressante quand « la demande » faite par l'interaction individu/environnement est évaluée par le sujet comme excédant ses propres ressources et mettant en danger son bien-être. (Lazarus et Folkman, 1984, opcit).

On confirme ça avec les analyse de l'échelle de stress perçu de Tanina, ou elle a obtenu un score élevé égale a (43), qui veut dire qu'elle souffre de stress élevé ou hyper stress, ça démontre par les items suivant :1, 3, 7, 10, 14, avec un score égale à 04 (très souvent), on prouve ça dans l'item 3 (senti nerveux et stressé).

Donc notre première hypothèse est confirmée par rapport à notre premier cas.

- le cas de kanza : d'après l'analyse de l'entretien clinique, on a constaté que kanza peut dépasser sa situation malgré sa première réaction choquante, elle présente des changements d'après sa maladie, à savoir d'humeur, de la nervosité, de la tristesse, mais elle peut surmonter tout ça avec le soutien de sa famille, ce qui prouve que kanza présent un peu de stress.

On a confirmé sa par l'analyse de l'échelle de stress perçu de Kanza, on a trouvé qu'elle est un peu stressé avec un score de (25), qui se traduit dans les items : 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, par exemple l'item : (été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps, qui égale à un score de 02 (parfois).

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Alors notre première hypothèse est confirmée par rapport à notre deuxième cas.

- le cas de Dehia :

A travers l'analyse de l'entretien clinique de Dehia, on a trouvé que notre cas est stressé par le problème de la stérilité, elle manifeste par des larmes, elle déclare qu'elle pense beaucoup, une déconcentration au moment de la passation, elle manifeste des signes psychologique comme grimasses, les mimiques de visage et les larmes aux yeux, et aussi présente un sentiment de la jalousie envers les femmes enceintes.

On a confirmé d'après l'analyse de l'échelles de stress perçu que notre sujet présente un peu de stress avec un score de (25), qui apparaitre dans les items 4, 6, 7, 14 tel que l'item 4 (affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens), avec un score égale à 02 (parfois).

On constate que notre première hypothèse est confirmée par notre troisième cas.

- le cas de silina :

D'après l'analyse de l'entretien clinique de notre sujet on constate que Silina est un peu stresser est se montre normale au sujet de a stérilité, malgré sa première réaction de choqe et sa tristesse, elle s'enervé et stressée a la période des règle « **je m'énerve et je devienne agressive surtout à la période des règle** ».

On confirme ça d'après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Silina, on a trouvé que elle présente un peu de stress avec un score de (27), ce qui est démontré dans les items suivant : 4, 5, 8, 9, 11, par exemple l'item 11 (senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle), égale à un score de 02 (parfois).

Alors notre première hypothèse est confirmée par notre quatrième cas.

- Cas de Theziri :

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

À l'analyse de l'entretien clinique du cas Theziri, on a trouvé qu'elle est stressée et nerveuse, même elle souffre de l'insomnie.

On confirme ça d'après les résultats obtenu de l'échelles de stress perçu de Theziri qu'elle a eu un score de (25), qui signifie qu'elle est un peu stressé, et ça apparait dans les items 5, 7, 12, 13, qui égale à un score de 02 (parfois).

Donc notre première hypothèse est confirmée par notre cinquième cas.

- le cas de Tasaadit :

A traverse l'analyse de l'entretien clinique de sixième cas on déduit que Tasaadit, est stressée, angoissée« **j'ai des maux de tête, des fois quand les douleurs survienne je ne dors pas, et surtout à la période des règle je suis stressée et angoissée** », par sa maladie, une manifestation de larmes, une perturbation de sommeil, sensation de crainte, des symptômes des maux de tête, perte de point, perte de communication, on trouve ça dans la phase de résistance, si cette phase devient trop longue, le corps s'épuise et cela peut se traduire par des symptômes tels que des céphalées, insomnies, tensions musculaires. (L. Charlotte, 2013, opcit, p.16).

On confirme ça par rapport à l'analyse de l'échelle de stress perçu de Tasaadit, qui signifie qu'elle présente un stress élevé avec un score de (32), ce qui prouve dans les items 5, 7, 9, qui égale à un score de 04 (très souvent).

Alors notre première hypothèse est confirmée par notre sixième cas.

- Synthèse de la discussion de première hypothèse :

A partir de la discussion de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelles de stress perçu qui y ont été réalisés sur 06 cas , nous sommes arrivés à confirmer notre première hypothèse pour tous les cas, **Tanina, Kanza, Dehia, Silina, Theziri, et Tasaadit**, qui montre que la stérilité primaire provoque chez les femmes un des troubles psychologique tels que le stress. Ce qui signifie que les femmes atteintes de la stérilité primaire présentent un stress.

2- 2- la deuxième hypothèse : « les femmes atteintes de la stérilité primaire utilise des stratégies centre sur l'émotion et sur le support social ».

- Le cas de Tanina :

A partir de l'analyse de l'entretien clinique nous arrivons à constater que tanina a trouvé des difficultés a géré son problèmes, elle essaye de trouve un issue pour ne pas être stressé, elle fait recours au dieu, et elle a une croyance a sa famille.

D'après l'analyse de l'échelle de toulousaine de coping que Tanina utilise le coping négatif centre sur l'émotion cette stratégies visent à gérer les réponses émotionnelles que peut générer la situation et donc à réduire les réactions de stress qui se traduit par l'utilisation de champ d'émotion avec un score élevé de (56), par rapport aux autre champs, le champ d'action par un score égale à (46) et le champs d'information par un score égale à (45), et implique par l'utilisation des stratégies de focalisation avec un score de (29), qui implique la position de focalisation émotionnel avec une note de (14),et la stratégie de supporte social qui implique la position de support social émotionnel par une note faible de (10).

Alors Tanina pour faire face à la stérilité en se basant sur la stratégie de coping négatif centrée sur l'émotion. Donc notre deuxième hypothèse est confirmée avec notre premier cas.

- Le cas de Kanza :

En référence à l'analyse de l'entretien clinique que Kanza stressée et angoissée surtout à la période des règles mais elle a réussi a dépassé ça par sa confiance en dieu, notre cas suit toujours les conseils de son médecin et elle n'oublie jamais son traitement parce queelle fait la confiance à son médecin, et

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

elle ne cherche pas d'autre traitement à part médical, elle est soutenu par sa famille.

L'analyse de l'échelle de coping confirme que Kanza utilise le coping positif avec un score de (102), elle se focalise sur les champs action par un score de (61), et information avec un score de (60), elle utilise régulièrement les stratégies de support sociale avec un score de (40), qui implique des position coopération avec la famille avec une note de (12), et le support social informationnel avec une note de (14), et la stratégie de focalisation avec un score de (31), qui implique la position de focalisation active par une note de (11), et la position de focalisation cognitive avec une note de (10), puis la stratégie de Refus (Distraction) par une note de (12), , et en suit la stratégie de conversion avec un score de (29), implique la position de l'acceptation par une note de (11), et la stratégie de contrôle avec un score de (28), indique par la position de régulation des activistes avec une note de (10), et enfin la stratégie de refus avec un score de (26) qui implique la position de distraction avec une note de (12), et la stratégie de retrait avec un score de (25) qui indique la position de retrait mental avec une note de (11).

Donc notre cas fait face à son problème en se basée sur les stratégies de coping positif centrée sur le support social indique par le champ d'action et d'information traduit par l'utilisation des stratégies de support social informationnel et la coopération. ça nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse avec notre deuxième cas.

- Le cas de Dehia :

D'après l'analyse de l'entretien clinique, Dehia cherche des solutions en dehors de la médecine par les traitements artificiels et le coran, par la prière et doaa, et elle cherche n'importe quel chose pour s'amuser et ne pense pas aux problèmes, et aussi elle discute avec la famille sur le sujet des enfants qui la

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

rendre le sujet majeur dans la famille. Dehia suit tous les conseils de son médecin et elle sent mieux durant le traitement.

dans l'échelle de coping de notre sujet, nous avons constaté que Dehia utilise le coping positif égale à (91), elle se focalise beaucoup plus sur le champ d'action avec un score de (69), par rapporte aux autre champs, le champs d'information avec un score de (52), et le champ d'émotion avec un score de (54), elle utilise la stratégie de contrôle avec un score de (33), qui implique des positions de régulation des activités par une note de (14), et la stratégie de supporte social avec un score de (33), qui implique le position de coopération avec un score de (13), et la stratégie de support social avec une note de(31), qui traduit par la position de coopération par la note de (13), puis la stratégie de refus avec un score de (29), implique par la position de distraction avec une note de (12), et enfin la stratégie de conversion avec un score de (26), par sa position de conversion comportemental avec une note de(10).

D'après ce qui précède on constate que Dehia pour faire face à sa situation difficile utilise les stratégies positif centre sur le problème, indique par le champ d'action, qui implique des stratégies de contrôle par la position régulation des activistes. Alors notre deuxième hypothèse est confirmée avec notre troisième cas.

- le cas de Silina :

En constate d'après l'analyse de l'entretien clinique que Silina peut gérer son problème par une activité, et par la communication avec quelqu'un de sa famille, et elle afférente sa maladie par le suit correctement des conseils de son médecin, comme elle sort et parle avec autrui, notre cas est une personne qui tourne en dieu.

D'après les résultats de l'échelles toulousaine de coping, on constate que Silina utilise le coping positive avec un score de (97), et elle se focalise sur le

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

champ d'information avec un score de (63), et elle utilise la stratégie de focalisation par un score de (36) qui implique la position de focalisation cognitive avec une note de (12) et utilise aussi la stratégie de support social avec un score de (34), qui implique la position de support social informationnel avec une note de (14), ainsi la stratégie de contrôle et planification avec un score de (32), qui traduit par la position de Contrôle cognitif avec une note de (9), et la stratégie de conversion et la stratégie de refus avec un score de (25).

Donc notre quatrième cas faire face au problème de la stérilité par l'utilisation des stratégies de coping positif centré sur le problème, indique par le champ d'action, et elle utilise des stratégies de focalisation (focalisation cognitive). Alors notre deuxième hypothèse est confirmée par notre quatrième cas.

- Le cas de Theziri :

A partir de l'analyse de l'entretien clinique, Theziri est une femme forte peut dominer sa situation par sa confiance à son médecin et aussi au dieu par sa prière, et elle s'adapte facilement au changement quotidienne, elle déclare que elle suit régulièrement son traitement, elle est soutenue par sa sœur et son mari qui l'aide à dépasser la situation.

A partir de l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Theziri, qu'elle utilise les stratégies de coping positive par un score de (92), centrée sur le problème, traduit par les deux champs, d'action par un score de (63), et d'information par un score de (62), qui est impliqué par l'utilisation de la stratégie focalisation avec un score de (34), qui implique la position de focalisation active par une note de (12), et Focalisation cognitive par une note de (11), plus la stratégie de contrôle avec un score de (34), qui implique les positions de régulation des activités avec une note de (12), et la position de contrôle

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

cognitif et planification par une note de (12), et puis la stratégie de conversion avec un note de (30), qui indique de position de Acceptation par un note de (11), et par la stratégie de Refus avec un score de (28), qui traduit par la position de Distraction par une note de (12), et la stratégie de support social avec un score de (24), par la position de coopération par une note de (10), et enfin la stratégie de Retrait avec un score de (23), qui implique la position de retrait mental par un note de (11).

On déduit que Theziri fait face à la maladie de la stérilité par l'utilisation des stratégies de coping positif, centrée sur le problème, qui se traduit par l'utilisation des champs d'action et le champ information, implique par l'utilisation des stratégie de focalisation (focalisation active plus focalisation cognitive), et la stratégie de contrôle (régulation des activistes et contrôle cognitif et planification). On a confirmé notre deuxième hypothèse par notre cinquième cas.

- Le cas de Tasaadit :

D'après l'analyse de l'entretien clinique que Tasaadit peut dépasser sa maladie parce qu'elle travaille, et de fois elle se déplace pour chercher des solutions à son problème.

A travers l'analyse de l'échelle de coping, Tasaadit utilise des stratégies de coping positive avec un score de (87), centrée sur le support social, parce que elle se focalise sur le champ d'information par un score de (58), elle utilise des stratégie support social avec un score de (33), qui implique la position de support social informationnel par un note de (12), puis la stratégie de conversion avec un score de (26), implique par la position d'acceptation avec une note de (9), Tasaadit utilise aussi la stratégie de focalisation avec un score de (25), traduit par la position de focalisation cognitive avec une note de (12), et la stratégie de contrôle avec un score de (23), qui implique par l'utilisation de la

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

position contrôle cognitif et planification avec une note de (9), et enfin la stratégie de retrait et refus par un score de (21), qui implique des position de retrait mental avec une note de (10) et de dénégation avec une note de (6).

D'après ça on note que Tasaadit utilise des stratégies de coping positif centrées sur le supporte social pour faire face à sa maladie, en se basant sur le champ d'information, par l'utilisation des stratégies de support social (le support social informationnel). Donc notre deuxième hypothèse est confirmée par notre sixième cas.

- synthèse de la discussion de la deuxième hypothèse :

D'après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle toulousaine de coping qui y a été réalisés sur 06 cas, ou nous avons obtenu des résultats qui nous conduisent à la confirmation de notre deuxième hypothèse.

Notre deuxième hypothèse est confirmé par tous les cas : **Tanina, kanza, Dehia, Silina, theziri, et Tasaadit**, après avoir appréhendé la situation, ces femmes vont évaluer ses ressources personnelles et sociales pour y faire face au stress engendré par le problème de la stérilité primaire en employant des différentes stratégies de coping centre beaucoup plus sur **le problème que sur le soutien social, et l'émotion**, Mc Crae (1984) a montré en effet que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, opcit, p.73). Implique par l'utilisation de différentes stratégies, par rapport au cas qui centre sur **le problème** on a **Dehia, Silina, Theziri**, utilisant le **coping positif**, implique par l'utilisation des stratégies de **contrôle(par des positions : régulation des activités , contrôle cognitif et planification)**, et la stratégie de support social (**par coopération**), et la stratégie de **focalisation (par la position focalisation cognitive et active)**, et par rapport au **Kanza et Tasaadit** utilisant le coping

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

positif centre sur le **soutien social**, implique par l'utilisation des stratégies de coping centre sur le **support social** (par les position **de coopération et le support social informationnel**), et **Tanina** utilise le coping négatif centre sur l'émotion, qui implique l'utilisation des stratégies de coping de **focalisation** (**focalisation émotionnel**), et **supporte social (support social émotionnel)**.

Après avoirs confirmé notre deuxième hypothèse on constate que les femmes atteintes de la stérilité primaire utilisent une variété de stratégies de coping, est la plus employé est celle qu'est centrée sur le problème par (03) cas (Dehia, Silina, Theziri), et après la stratégies de support social par (02) cas (kanza et Tasaadit), et le moins utilise est celle qu'est centrée sur l'émotion par le cas de (Tanina).

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

Synthèse :

Nous avons consacré ce chapitre pour présenter et analyser chaque cas, et nous avons remarqué que ces femmes atteintes de la stérilité primaire présentes un stress déverse, soulignons par 06 cas, nous avons trouvé que les deux femme(Tanina et Tasaadite) souffrant d'un stress élevé et les quatre femme (Kanza, Dehia, Silina, Theziri), présent un peu de stress.

On déduit que la stérilité féminine primaire est une pathologie provoquant chez les femmes atteintes de ce problème un état de stress qui fans recours aux stratégies de coping constitue un moyen utilise pour faire face.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Enfin nous sommes arrivés à la confirmation ou d'infirmation de nos hypothèses qui nous avons proposées au début de notre travail de recherche, dans la première hypothèse par tous les 6 cas (Tanina, Kanza, Dehia, Silina, Theziri et Tasaadite), et aussi confirmée par rapport à la deuxième hypothèse par tous les cas.

Conclusion

Conclusion :

La stérilité féminine primaire est une pathologie grave devenue le sujet d'actualité, et l'un des problèmes qui engendre chez les femmes atteintes de ce phénomène des modifications physiologiques et psychologiques tel que le stress.

Pour faire face à cette situation les femmes atteintes de la stérilité primaire développent des stratégies de coping, qui sont considérées comme un moyen d'ajuster et de dépasser cette pathologie.

Nos sujets d'études arrivées à s'adaptent différemment à leur stérilité, et pour dépasser leurs contraintes qui est causée par cette maladie, certains tentent d'éviter de penser à la maladie, d'autres cherchent des informations sur la maladie, et d'autres cherchant du soutien social. Ces réactions constituent les stratégies de coping, qui représentent les efforts cognitifs, comportementaux, et affectifs, ayant le rôle de minimiser et de contrôler les facteurs stressseurs de cette contrainte.

Dans cette recherche intitulé « le stress et les stratégies de coping chez les femmes atteintes de la stérilité primaire », nous avons réalisé nos étude dans l'établissement privé « Rachid Benmerad », ou on s'est intéressé à connaître que les femmes atteintes de la stérilité primaire présentent un stress, et de dégagées les stratégies les plus utilise, et de cherche quelle type de stratégies de coping utilisées par ces femmes comme un moyenne de faire face, afin de confirmer et infirmer nos hypothèses.

Pour réaliser notre recherche, nous avons sélectionné un groupe de recherche de 06 femmes âgée de 28 jusqu'à 38, avec lesquelles nous avons réalisé un entretien clinique semi-directif et deux échelles celle de stress perçu et celle de toulousaine de coping.

Nous avons constaté des symptômes de stress chez la plupart des cas tel que la fatigue, maux de tête, insomnie, prise de poids, faiblesse, nervosité,

Conclusion

angoisse intense selon les dires dans l'entretien clinique où on a confirmé par l'échelles de stress perçu . Soulignons aussi que tous les femmes ont développé des stratégies decoping pour faire face à sa situation, et chacunea son propre type.

D'après les résultats obtenus de l'échelle toulousaine de coping, les femmes atteintes de la stérilité primaire utilisent des stratégies decoping centrées sur le problème, sur l'émotion et le support social, qui implique des champs d'action (champ conatif), le champ d'information (champ cognitif), aussi le champ d'émotion(champ affectif), qu'est se traduit par l'utilisation des stratégiescentrées sur la focalisation (focalisation actif et cognitive, focalisation émotionnel), le support social (coopération et support social informationnel), et contrôle par (régulation des activités et contrôle cognitive et planification) .

On a confirmé notre première hypothèse a travers tous les cas (**Tanina, Kanza,Dehia, Silina, Theziri, Tasaadit**), qui s'oppose que ces femmes atteinte de la stérilité primaire présente un stress ; et notre deuxième hypothèse confirmé par l'utilisation des trois stratégies de coping.

En fin les femmes atteintes de la stérilité primaire ont besoin d'un soutien social et familiale et une prise en charge psychologique.

Bibliographique

Liste bibliographique :

Les ouvrages :

- 1- Anne Marie Lavarde (2008), **guide méthodologique de la recherche en psychologie** », Edition Boeck, Bruxelles.
- 2- - B. Rossin, (2009), « **Infertilité inexplicée : hiérarchie thérapeutique dans la prise en charge** ».
- 3- Bruchon-Schweitzer,(2009), « **stress, coping et ajustement**», Edition Dunod, Paris.
- 4- - Blandine Courbiere, (2016), **Xavier Carcopino, Gynecologieobstetrique**, ECN.
- 5- Boudarene. M, (2005), « **Le stress entre bien et souffrance** », Édition Berti Alger.
- 6- Bringhenti F et al, (1997),**Psychological adjustment of infertile... Acta ObstetGynecolScand**. Bruchon-Schweitzer. M, (2001), « **psychologie de la santé**», Edition Dunod Paris.
- 7- Bruchon-Schweitzer. M et Bruno. Q, (2001), « **personnalité et maladie, stress, coping, et ajustement** », Edition Dunod, Paris.
- 8- Bruchon- Schweitzer. M, (2002), « **psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes** », Edition Dunod, Paris.
- 9- Bouvard. M et Cottraux. J, (2005), « **Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** », Edition Elsevier Masson, Paris .
- 10- Chabrol. H et Callahan. S « **mécanisme de défense et coping** », Edition Dunod, Paris. Carol Tarvis et Coll, (2004), « **introduction à la psychologie** », les grandes perspectives, Edition boeck, Bruxelles.
- 11- Chiland C, «**L'entretien clinique** », Edition PUF, Paris.
- 12- D.Cohen, W.Decarvatho, (1974), « **aspects sémiologique, état de dépression chez l'adulte** », édition PUF, London.
- 13- Dantzer. R, « **Psychobiologie du stress** », In M. Bruchon-Schweitzer et R.Dantzer, « **Introduction à la psychologie de la santé** », Edition PUF, Paris.
- 14- Davide Georges, « **la stérilité masculine : le déni du Male**», le genre humain n° 10.
- 15- DSM-5, « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », (2015) ,5eme édition Elsevier Masson.
- 16- Dr Martine Philippe Claude-Annie Duplat, (2007), « **Docteur, je voudrais un bébé ! Le couple face à l'infertilité** ».

- 1- <http://www.bioethique.net/pourquoi-un-couple-narrive-t-il-pas-a-avoir-denfant/Dr> Françoise Pinguet. les grandes causes d'infertilité du couple, Désir d'enfant, Diagnostic, Hypofertilité, 20 février 2013.
- 2- <http://www.medisite.fr/conception-sterilite-feminine-des-causes-multiples>
- 3- <http://eurekasante.vidal.fr/enfants/conception-suivi-grossesse/troubles-problemes-fertilite>).
- 4- <http://www.Larousse.fr/encyclopedie/medical>.
- 5- <https://www.google.dz/search>, les effets du stress sur le corp.
- 6- http://www.ginefiv.fr/ei_estres_infertilidad.aspx
- 7- <http://www.baby.be/fr>. ne pas diffuser - article non relu - rhh - 2012 – volume
- 8- xxv - numéro 3-4, editioneska 20124.
- 9- <http://campus.cerimes.fr>.
- 10- <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com>.<http://www.editions-dangles.fr/>.
- 11- <http://www.Cairn>. Info-université de Bejaia—193.194.6- 09/03/2016 a
- 12- 16h14, © Dunod.
- 13- [http/ bon-mouvais-stress-tpe, e-monsito, com/pages/lexique](http://bon-mouvais-stress-tpe-e-monsito-com/pages/lexique), les phrase –du stress,
Html

- 17- **Fernandez. L et Catteuw M, (2001), « la recherche en psychologie Clinique »,**
2eme Edition Nathan, Paris.
- 18- **Ficher. G-N (,2002), « traité de psychologie de la santé »,** Edition Dunod, Paris.
- 19- **Fischer G.-N, (2009), « Traité de psychologie de la santé »,** édition Dunod, Paris.
- 20- **Francoise Piquette, (1970), « Gynécologie et soins infirmiers en gynécologie »,**
Edition renouveau pédagogique, canada.
- 21- **Graziani. P et Swendsen. G, « le stress, émotion, et stratégies d`adaptation »,** Paris,
Armand colin, (2005).
- 22- **Haorcau. D, (2001), « apprivoiser votre stress »,** Edition D`organisation, France.
- 23- **Henri Chobrol, Stacey Collahan, (2004), « mécanismes de défense et coping**
», Edition Dunod, Paris.
- 24- **Jean Cottraux, (2004), « les thérapies comportementales et cognitives »,** Masson,
Paris.
- 25- **J. Cottraux, M. Bauvard, (2002), « protocoles et échelles d`évaluation en psychiatrie**
et en psychologie », 3eme Edition, Masson, paris.
- 26- **La planche. I, Pontalis J.B, (1994), « vocabulaire de la psychanalyse »,** Edition PUF,
paris.
- 27- **Lazarus R. S ET Folkman, S, (1984), « stress, appraisal and coping »** edition, New-
York Springer, (1984).
- 28- **Lazarus R. S. ET Folkman S, (1967), « Coping and adaptation »,** Gentry, New York.
- 29- **Lazarus. R-S, (1966), « psychological stress and the coping process »,** New York:
McGraw-Hill.
- 30- **Lazarus R. S. et Folkman S. in Bruchon-Schweitzer, M, (2001) « concepts, stress,**
coping », Edition Dunod, Paris.
- 31- **Luc Albarelle, (2003), « apprendre à chercher: acteur social et la recherche ».**
- 32- **Maia, P, thomas. G, (2001), « le stress de l`anesthésiste réanimateur »,** Edition
Mapra.
- 33- **Marceau Ch et coll, « la méthodologie est la clé et l`axe principal autour duquel se**
construit une étude », (2006).
- 34- **Mayer Raymond, (1992), « Histoire de la famille gabonaise »,** Libreville, Centre
culturel français.
- 35- **Mazuy Magali, (2005), « Le retard du premier enfant: l`impératif consensue ».**
- 36- **Mori E et Al, (1997), « Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET...**
GynObstetInvest ».

- 4- Paulhan. I, (1992), « **Le concept de coping** » in revue de l'année **psychologique** »,N0 92, PP. 545-557.
- 5- Revue de la littérature, (2001), Tabac et fertilité, Septembre.
- 6- Revue de recherche en soins infirmiers, N°67, pp.69-71.

Liste du journal :

- 1- African Journal of Reproductive Health, 4, Dec 2009, Volume 13, Issue, p. 81/94.
- 2- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
- 3- Endler, N.S. et Parker, J.D.A., (1990), Multidimensionnel assessment of coping : a critical evaluation. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 844-854.
- 4- Esparbes. P, Sordes-Ader. F, (1995), « **Stratégies de coping et Personnalisation** », Bulgarian Journal of Psychology.
- 5- Laplanche. J et Pontalis. J-B, (1967), « **vocabulaire de la psychanalyse** », Paris, Presses Universitaires de France.

Liste des theses :

- 1- Charlotte. L, (2013), « **concilier stress et prise en soins d'un patient chez les infirmiers urgentistes** », mémoire de maitrise, institut de formation en soins infirmiers », centre hospitalier d'Arras.
- 2- Dinca. A, (2008), « **stratégies de coping, mécanismes de défense et leurs influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Reims champagne.
- 3- Deogratias. K-Y, (2010), « **facteurs déterminants de stress chez le Administratifs de l'université pédagogique national** », mémoire de maitrise, Université pédagogique national RDC, licence.
- 4- Engers M, (1997), « **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », université d'Alger, Kasbah.
- 5- Hélène Barilier, (2007), « **La stérilité féminine prise en charge actuelle en France** », Université de Caen, french.

Sites internet :

- 37- M. Bruchon-Sweitzer Marie-Lou, (2002), « **psychologie de la santé : modèles, concepts, et méthode** », édition. Dunod, paris.
- 38- Mr Bertrand Lezier, (2005), « **Fertilité et infertilité en Médecine, Traditionnelle chinoise** ».
- 39- Rolland Jean-Pierre, (1990), « **Manuel d'inventaire de coping pour situation stressantes** », les éditions du centre de psychologie Appliquée, Paris.
- 40- Sonya Norris, (2001), « **Infertilité : prévalence, causes, tendances et traitements** ».
- 41- Paulhan. I et Bourgois. M, (1998), « **stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité** », Edition PUF, paris.
- 42- Pr François Olivennes et Laurence Beauvillard, Odile Jacob, (2008), « **N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant** » Paris.
- 43- Zablocki B, (2009), « **du stress au bien-être et à la performance** », Edipro Belgique.

Liste des dictionnaire

- 1- Bloch H. et coll, (1991), « **grand dictionnaire de la psychologie** », Edition Larousse.
- 2- Dictionnaire de français **Le Robert**, EDIF2000.
- 3- DSM-4, (2001), « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », 4ème édition Masson, paris.
- 4- - DSM4-TR, (2000), « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement** », 4ème édition.
- 5- Sillamy N, 2004, dictionnaire de psychologie, exteno, Paris.
- 6- Sillamy. N, (2003), « **dictionnaire de la psychologie** », Edition Larousse, Paris.
- 7- Syllamy N. (1996), « **dictionnaire de la psychologie** », Edition Larousse, paris.
- 8- HERNIETTE BLOCH et ALL, (2011), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Larousse, paris.

Liste de revues:

- 1- Aktouf. Omar, (1987) « **Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations une introduction à la démarche classique et une Critique** », HEG presses, Québec.
- 2- Esparbes- Ader. F et coll, (1997), « **adaptation et stratégies de coping à l'adolescence** » in revue de recherche en éducation, N0 20, PP. 131- 154, (1997).
- 3- Grebot. E, Paty. B, Dephanix. N, (2006), « **Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante.** » L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique.

Annexes

Annexe N°1 : résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Tanina

1.... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?					x
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes devotre vie ?			x		
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					x
4. ... avez-vous affronté avec succès les petitsproblèmes et ennuis quotidiens ?		x			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			x		
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendreen main vos problèmes personnels ?			x		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	x				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pasassumer toutes les choses que vous deviez faire?				x	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votreénerverment ?		x			
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	x				
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que lesévénements échappaient à votre contrôle ?				x	
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?			x		
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		x			
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					x
	1	2	3	4	5

Annexe N°02 : resultats d'échelles de toulousaine de coping de cas de Tanina

	Pas du tout		Très souvent		
1. Je fais face à la situation.	x				
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins, ...).		x			
3. J'essaie de me sentir mieux en mangeant.		x			
4. Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser.		x			
5. J'essaie de ne pas penser au problème.		x			
6. Je demande à Dieu de m'aider.					x
7. J'évite de rencontrer les gens.					
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.				x	
9. J'essaie de ne pas paniquer.			x		
10. Je change ma façon de vivre.			x		
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.			x		
12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.				x	
13. Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.		x			
14. Je refuse d'admettre le problème.			x		
15. Il m'arrive de ressentir l'agressivité pour autrui.					x
16. Je fais quelque chose de plus agréable.		x			
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.		x			
18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.			x		
19. J'attaque le problème de front.			x		
20. Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.		x			
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.		x			
22. Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	x				
23. Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.		x			
24. Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.			x		
25. Il m'arrive de ne pas faire ce j'avais décidé.			x		
26. J'apprends à vivre avec le problème.			x		

27. Je contrôle mes émotions.		x			
28. Je change la façon de me comporter.			x		
29. Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.		x			
30. J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.			x		
31. Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.		x			
32. J'agis comme si le problème n'existait pas.	x				
33. Je me sens coupable.				x	
34. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.			x		
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.		x			
36. Je cherche de l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.		x			
37. Je vais directement au problème.			x		
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.		x			
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	x				
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).		x			
41. J'essaie à tout prix de penser à autre chose.				x	
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	x				
43. Je me mets au retrait par rapport aux autres.		x			
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème			x		
45. Je garde pour moi mes sentiments.				x	
46. Je modifie mes actions en fonction du problème.			x		
47. Je me donne des objectifs à atteindre.			x		
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.		x			
49. Je me retiens d'agir trop rapidement					x
50. Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	x				

51. Je suis envahi(e) par mes émotions.					x
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.			x		
53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.				x	
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.					x
	1	2	3	4	5

Annexe N°03 : résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Kanza

1.... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?	x				
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		x			
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?			x		
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			x		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			x		
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?				x	
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	x				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?		x			
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?			x		
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			x		
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			x		
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?				x	
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				x	
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			x		
	1	2	3	4	5

Annexe N°04: resultats d'échelles de toulousaine de coping de cas de Kanza

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

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

Annexe N°05 : Résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Dehia

1.... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?	x				
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		x			
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				x	
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			x		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?				x	
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			x		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			x		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?				x	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				x	
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				x	
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				x	
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?				x	
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				x	
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			x		
	1	2	3	4	5

Tableau N°06: Résultats l'échelle du toulousaine du coping du cas de Dehia

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

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

Annexe N°07 : Résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Silina

1.... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?	x				
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		x			
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				x	
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			x		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			x		
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?				x	
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	x				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?			x		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?			x		
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				x	
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			x		
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?				x	
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				x	
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				x	
	1	2	3	4	5

Tableau N°08: Résultats l'échelle du toulousaine du coping du cas de Silina

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

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

Annexe N°9 : Résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Tiziri

1.... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?				x	
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				x	
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				x	
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?				x	
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			x		
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?				x	
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			x		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?				x	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				x	
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				x	
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?		x			
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?			x		
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			x		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	x				
	1	2	3	4	5

Tableau N°10: Résultats l'échelle du toulousaine du coping du cas de Tizira

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

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

Annexe N°11 : Résultats de l'échelle de stress perçu de ca de Tasaadit

1. ... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?			x		
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			x		
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?			x		
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?				x	
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	x				
6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			x		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	x				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?		x			
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	x				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			x		
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				x	
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?			x		
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					x
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				x	
	1	2	3	4	5

Tableau N°12: Résultats l'échelle du toulousaine du coping du cas de Tasaadit

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

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

Annexes N°13 : guide d'entretien

AXE 1 : Les informations générales :

- 1- Quel est votre nom ?
- 2- Quel est votre âge ?
- 3- Quel est votre niveau d'étude ?
- 4- Quel est votre profession ?
- 5- Quel est votre situation socio-économique ?

AXE 2 : Les informations sur la stérilité :

- 1- Quel est votre durée en couple ?
- 2- De puis quand vous êtes au courant de votre stérilité ?
- 3- Est ce que vous avez un autre problème à part la stérilité ?
- 4- Qu'est ce que représente l'enfant pour vous ?
- 5- Que signifie la stérilité pour vous ?
- 6- Pensez vous que la stérilité est une source de problème psychologique ?
- 7- Quel est votre réaction quand vous voyez une femme enceinte ?

AXE 3 : Les informations sur le stress :

- 1- quel est votre réaction à l'annonce de cette maladie ?
- 2- Est ce que vous arrivez à gérer psychologiquement cette situation de stérilité?
- 3- quelle est la chose qui vous stressez beaucoup plus ?
- 4- Quel est le changement avez-vous constate en vous ?
- 5- Est-ce que votre maladie influence sur votre vie quotidienne?
- 6- Comment voyez- vous votre avenir ?

AXE 4 : La défense face au stress et à la stérilité féminine primaire : les stratégies de coping :

- 1- Comment gérez-vous votre problème de la stérilité ?
- 2- Suivez- vous les conseils du médecin concernant votre traitement ?
- 3- Vous sentez quoi durant le traitement ?

- 4- Comment pensez-vous faire face à votre maladie ?
- 5- Comment vous gérer votre stress ?
- 6- Est-ce que vous avez consulté un psychologue ou un psychiatre ?
- 7- Est-ce que vous partagez vos problèmes avec d'autres personnes de votre entourage ?
- 8- En quoi le soutien peut-il aider à faire face à la maladie ?

Annexe n°14 : échelles de stress perçu

1. ... Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?					
2. ... vous a- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?					
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					
	1	2	3	4	5

Annexe N°15: l'échelle toulousaine de copin

	Pas du tout				Très souvent
1. Je fais face à 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'autres 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 les 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 fais un plan d'action et je m'y tiens.	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'ils se présentent.	1	2	3	4	5
14. Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir 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'autres adultes.	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 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
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 de 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 au 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 à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	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