



La résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse
Resilience in women who have experienced spontaneous termination of pregnancy

GUIRAA HATEM Wahiba^{1*}, TAIRI Tassadit², MANSOURI Wissam³

¹ Université A/Mira Bejaia (Algérie), wahiba.hatem@univ-bejaia.dz

² Université A/Mira Bejaia (Algérie), tassaditairi3112@gmail.com

³ Université A/Mira Bejaia (Algérie), mansouriwissam21@gmail.com

Reçu: 21 / 08 / 2021

Accepté: 09 / 12 / 2021

Publié: 30 / 12 / 2021

Résumé :

L'objectif de notre recherche est de déterminer les différentes stratégies de résilience chez les femmes ayant subi plus de deux interruptions spontanées de grossesse. Notre recherche sur la résilience concerne l'aptitude de ces sujets à surmonter les traumatismes psychiques et à se reconstruire malgré leurs blessures.

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

Mots-clés : *adaptation ; facteurs de résilience ; interruptions spontanées de grossesse ; processus de résilience ; troubles psychiques.*

Abstract:

The aim of our research is to determine the different resilience strategies in women who have undergone more than two spontaneous terminations of pregnancy. Our research on resilience concerns the ability of these subjects to overcome psychological traumas and to rebuild themselves up in spite of their injuries.

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

Keywords: *adaptation ; psychic disorders ; resilience factors ; resilience process ; spontaneous termination of pregnancy.*

* Corresponding Author.

1. INTRODUCTION

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

Par conséquent, cette maladie laisse des séquelles psychologiques qui sont encore mal appréhendées. Certaines publications ont cependant rapporté l'impact psychologique immédiat des fausses-couches avec un taux élevé d'anxiété et de dépression ; pour beaucoup de femmes, une perte fœtale précoce est l'événement le plus traumatisant de leur vie.

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

De ce fait, nous avons choisi d'étudier la résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse et leur attitude face à cet événement qui provoque une série de réactions et de souffrance.

L'objectif de notre recherche vise dans sa globalité à déterminer et mieux comprendre les différentes stratégies de résilience chez les femmes ayant subi plus de deux interruptions spontanées de grossesse.

2. Problématique et hypothèses

Traditionnellement, la maternité était à la base de la construction de la féminité et du rôle social des femmes (Gillespie, 2000 ; Lemieux & Mercier, 1987). Arendell stipule que, la maternité était, avant les dernières décennies, souvent perçue comme une identité primaire chez la plupart des femmes adultes. En d'autres mots, la féminité et la maternité étaient perçues comme des identités fusionnelles et deux aspects d'une même expérience. En Afrique en général, l'épanouissement de toute femme ne s'accomplit qu'au fur et à mesure de ses maternités (Arendell, 2000).

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

Le Groupement d'étude de la maladie abortive (GEMA), utilise la définition suivante pour les fausses couches spontanées à répétition (FCSR) : au moins trois épisodes de fausses couches moins de 40 ans (Lepage, Luton, & Azria, 2015).

À travers l'expérience de plusieurs interruptions de grossesse spontanées, les femmes éprouvent des sentiments divers, comme le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la honte, le traumatisme ou la dévastation. L'impact psychologique et psychopathologique de la fausse couche a été largement étudié. Espoir brisé, attente déçue, maternité, féminité, remises en question ou inquiétudes quant à l'avenir, la femme ressent très souvent une profonde tristesse et le besoin de parler de cette terrible expérience. Elle peut parfois aller, même, jusqu'à éprouver un sentiment de culpabilité. Cet événement est à l'origine de pénibles cicatrices psychiques, il constitue un vrai malaise psychique. Trois mois après, 38% des femmes ont montré des troubles de stress post traumatique, 20% d'entre elles ont souffert d'anxiété et 5% de dépression. L'impact psychologique varie également selon la sensibilité de chaque femme, éventuellement les poids de ses croyances religieuses, sa culture et l'état d'avancement de la grossesse lors de

l'interruption. Par conséquent, chacune se remet différemment de ce traumatisme, en fonction des espoirs placés dans cette grossesse et de son tempérament, les réactions menées face à ces événements diffèrent d'une personne à une autre ; il y a celles qui font face et s'adaptent et d'autres qui sombrent dans l'abandon et la fuite (Joffre, 2012).

L'approche de psychologie positive propose de nommer les personnes qui font face « des personnes résilientes » ce mot est utilisé dans ce cas pour mettre en lumière un processus complexe, où plusieurs facteurs psychologiques interne ou externe à la personne, interagissent pour donner les ressources nécessaires pour s'adapter à cet événement de vie stressant voire traumatisant.

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

À la lumière de ce qui précède, nous proposons de répondre aux questions suivantes :

- Les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse développent-elles des stratégies de résilience ?
- Quels sont les facteurs qui interviennent dans le processus de résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse ?

Hypothèse générale

- Les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse développent des stratégies de résilience.

Hypothèses partielles

- L'intelligence émotionnelle est un facteur du processus de résilience.
- Les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse font preuve d'optimisme.
- Les femmes qui ont subi plus de deux interruptions spontanées de grossesse développent une attitude d'altruisme.
- La spiritualité est un facteur primordial qui permet aux femmes ayant subi des interruptions de grossesse spontanées de s'adapter et faire face.

3. Définitions opérationnelles des concepts clés

-Interruption spontanée de grossesse

C'est l'expulsion hors de l'organisme maternel d'un fœtus de moins de 500 gr ou de 22 Semaines d'Aménorrhée (SA). Appelé aussi Fausse Couche (FC) ou Avortement Spontané (AS)

- La maladie abortive, est la succession de trois (ou plus) avortements spontanés
- Hémorragie suite à la douleur, qui finit par l'expulsion du fœtus
- Avortement prématuré de la grossesse
- La perte involontaire des produits de conception avant 20 semaines de gestation.

-La résilience

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

- Vivre une expérience d'adversité;

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

4. Méthode et outils:

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique qui permet de décrire les particularités de chaque individu. Sillamy l'a défini comme « *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003).

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

Nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas qui permet par le moyen de recueil de données, la compréhension de la personne totale en situation et en interaction. C'est-à-dire qu'elle permet une observation approfondie d'un individu dans sa singularité et ses interactions avec autrui, en se référant à la méthode clinique.

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

- Des femmes ayant déjà un enfant, ce que nous appelons par avortements secondaires.
- La dernière interruption spontanée de grossesse doit remonter à six (6) mois et plus.
- L'avortement n'est pas dû à une pathologie organique.

La collecte des données, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique et une échelle de Résilience (CD-RISC) dans le but d'obtenir des données qui se relient à la résilience chez les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse.

La première action que nous avons menée après la prise de contact avec nos sujets, est de nous entretenir avec elles. Pour Chahraoui et Benony, l'entretien clinique est un outil visant nettement l'appréhension et la compréhension essentiellement du fonctionnement des états psychologiques d'un sujet, à travers son vécu et ses relations. Encore, en visant l'obtention d'informations sur ses souffrances et « *difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes* » (1999, p.11). Il serait donc, l'outil par excellence en psychologie clinique ; il permet de recueillir le maximum d'informations. Ces dernières ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet auprès de lui-même ; les difficultés d'un individu ne prennent sens que seulement si elles s'identifient au cadre référentiel de l'histoire personnelle, familiale et relationnelle, du sujet lui-même et à sa personnalité.

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

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

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

Par ailleurs, pour l'analyse qualitative des données de l'entretien, également pour la partie de l'échelle, nous allons nous pencher sur le délai d'apparition des symptômes, la durée de leur persistance et la capacité à s'adapter et à rebondir après cet événement intense.

Nous avons aussi utilisé l'échelle de résilience Le Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003) qui est un questionnaire auto-rapporté composée de 25 items qui évaluent plusieurs aspects de la résilience tels que le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements ainsi que la perception du soutien social reçu. Cet instrument utilise une échelle de réponse de type Likert à 5 points variant de 0 « Pas vrai du tout » à 4 « Vrai la plupart du temps ».

5. Résultats et Discussion:

Cas 1 : Dalila

Dalila est une femme âgée de 42 ans, chef de service dans une entreprise publique, mère d'un seul garçon, suivi de quatre (04) avortements spontanés, un niveau d'instruction universitaire ainsi qu'un niveau économique moyen, son mari est fonctionnaire.

Dalila occupe le second rang dans une fratrie de trois (03) sœurs et un (01) frère, elle a révélé qu'elle a une bonne relation avec sa famille, qu'elle s'est mariée depuis quatre (04) ans à l'âge de 38 ans. En parlant de sa vie sexuelle, Dalila déclare qu'elle n'apprécie pas les rapports sexuels et qu'elle n'éprouve pas de plaisir, au contraire, ça devient de plus en plus pire avec les fausses couches. La sexualité peut également être affectée lors de la perte d'un enfant. Selon la recension des écrits de Wing et al., il semble que les femmes vivent une perte d'intérêt et de plaisir dans la sexualité alors que les hommes verraient plutôt dans la sexualité une source de réconfort (Wing, Burge-Callaway, Rose Clance, & Armistead, 2001). Une étude chez les couples en situation de fausses couches récurrentes révèle à cet effet, qu'une plus grande sévérité des symptômes de deuil chez les hommes est reliée à une diminution de la qualité de la vie sexuelle alors que la sévérité des symptômes de deuil de la femme serait plutôt reliée à la qualité de la communication dans le couple (Serrano & Lima, 2006).

Dalila est maman d'un garçon, et a fait, par la suite, quatre (04) fausses couches au bout de quelques semaines de grossesse, son dernier avortement date de (09) mois, Dalila ajoute que la seconde grossesse qui s'est terminée par un avortement au bout de la sixième (06) semaine était un événement douloureux, elle craignait de mourir et de laisser son fils seul.

À propos de l'avenir, Dalila souhaite une bonne santé pour son fils et de lui donner un frère pour le protéger, l'optimisme et les objectifs de cette maman tournent autour de son fils. Sur le plan relationnel, Dalila fait preuve d'ouverture et d'acceptation du soutien qui peut lui être apporté. D'après les propos recueillis, nous constatons que cet ensemble de facteurs contribue fortement au développement du processus de résilience. En ce qui concerne la spiritualité qui est une stratégie de résilience, chez Dalila la croyance religieuse est très présente et importante.

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

Cas 2 : Aniasse

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 42 ans, mère d'une seule fille âgée de trois (3) ans et ayant, par la suite, enchaîné trois interruptions spontanées de grossesse, elle travaille dans la fonction publique avec un niveau d'instruction universitaire, une femme cultivée et attachante, son niveau économique est moyen, son mari travaille comme pompier.

Aniasse est une fille unique elle menait une vie plus libre avant le mariage, elle est tombée enceinte juste après son mariage, une nouvelle qui a apporté de la gaieté dans son couple notamment pour Aniasse car elle a tant voulu avoir une fille.

Cinq (5) mois après l'accouchement, elle est de nouveau enceinte mais, sa grossesse est interrompue au bout de six (6) semaines. Une année d'attente et de soins, Aniasse tombe enceinte de nouveau et pareil, une grossesse terminée très tôt sans aucune douleur ou symptômes, un autre traumatisme qu'elle a vécu et auquel elle ne s'attendait pas étant donné qu'elle a mis un bout de temps pour retenter sa grossesse. Contrairement au premier avortement, notre sujet a vécu une souffrance émotionnelle intense pour cet enfant perdu auquel elle était très attachée.

Cependant, son mari s'est montré indifférent en dissimulant ses sentiments et en se montrant courageux durant les deux premiers avortements, en revanche, la réaction de son mari n'a pas été la même lors du troisième avortement car c'est une grossesse qui a duré onze (11) semaines, ils se sont investis émotionnellement et se sont attachés à ce fœtus. Une étude rapporte que l'attachement du père se ferait bien avant la naissance. Celui-ci créerait ainsi un lien émotionnel avec l'enfant perdu lors de la fausse couche (McGreal, Evans, & Burrows, 1997) et ressentirait un chagrin comparable à celui des femmes (Kohn & Moffitt, 1992).

Par ailleurs, après ses expériences successives d'avortement, Aniasse est fortement soutenue par ses deux familles parents et beaux-parents, essentiellement par son conjoint. Ce sentiment d'être aimée et comprise l'a énormément aidée à se relever et accepter la réalité et surtout à ne pas se sentir faible et inférieure aux autres. Aniasse comme toute femme cultivée et consciente décide de consulter un psychologue qui l'a aidé à cerner sa souffrance et mieux la gérer.

Nous avons par la suite entamé le sujet de résilience et les stratégies de résilience qu'elle utilise pour surmonter les difficultés ainsi que les objectifs qu'elle projette pour son avenir, elle nous dit « *الدعاء والصلاة* la prière et l'imploration ». Aniasse est une femme toute joyeuse et pleine d'ambition ayant une vision positive de son avenir, elle parlait en chantant.

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés où nous trouvons cinq (5) facteurs : le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez Aniasse est estimé à 84,37%, le second facteur est de 64,28%, il correspond à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le troisième facteur prend le pourcentage de 60%, il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à 50% chez Aniasse, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé à 87,50%. Donc elle obtient un score de 72/100 qui prouve qu'Aniasse est résiliente.

Cas 3 : Tinhinane

Tinhinane est une femme qui a grandi dans une famille nombreuse, c'est l'unique fille avec cinq (5) frères, une femme calme et posée qui vivait pleinement sa vie avant le mariage, aimée et protégée par sa famille et qui ne manquait de rien, mariée à l'âge de vingt-quatre ans (24) avec l'homme qu'elle a choisi, elle s'entend très bien avec son mari et leur vie

sexuelle est parfaite, une grossesse s'en est suivie, qui était désirée surtout par son conjoint, Tinhinane accouche d'une fille. Après cela, notre sujet a enchaîné cinq (5) fausses couches, quatre d'entre elles ont été interrompues au bout de quelques semaines de grossesse (durant le premier trimestre) excepté une grossesse qui a tenu neuf mois mais l'extraction complète du bébé mort est faite juste avant l'accouchement, son dernier avortement date de six (6) mois. Notre sujet était dans le refus et la fuite totale de la réalité suite à l'événement survenu qui est la perte de cet enfant tant attendu. Tout se passe comme si rien n'a été vu, entendu ni ressenti, de manière à éviter le déplaisir et l'angoisse qui sont souvent liés à cette perception. C'est un refus inconscient de reconnaître la perception d'une réalité traumatisante contrairement à une négation qui ferait office de bouclier.

Tinhinane ne s'attendait pas à vivre cette situation dure à gérer et à accepter, cela l'a énormément affectée et bouleversée moralement ainsi que physiquement, elle a paniqué et n'a pas su comment réagir surtout en ayant des pensées erronées car elle vivait dans la concurrence avec sa belle-sœur qui venait d'accoucher à la même période qu'elle, cela a engendré en elle une frustration et une déception envers ses proches qui n'ont pas fait preuve de soutien car la perte d'un être cher est certes pénible mais supportable, par contre si elle est accompagnée de pensées dysfonctionnelles et d'une croyance peu réaliste et mal adaptée comme dans le cas de Tinhinane qui pense être une femme inutile comparée aux autres femmes, ce qui a engendré diverses émotions d'hostilité, de honte, de colère et d'auto culpabilisation. Des cinq (5) FC (fausses couches), le mari a été plus affecté lors du deuxième avortement, un homme démoralisé, découragé et envahi de tristesse, il a vécu très mal l'annonce car il s'est attaché à cet enfant. Au fil du temps, notre sujet a enchaîné les interruptions spontanées dans différentes circonstances, elle a reçu du soutien de la part de ses deux familles, elle s'est adaptée positivement et plus facilement face à l'adversité et a accepté intelligemment son problème sans même consulter un psychologue, on peut donc la qualifier de personne résiliente. Les échecs de grossesse que subissait Tinhinane lui ont permis de se forger une personnalité forte et résistante, ainsi qu'une sorte de carapace envers les éléments qui pouvaient provoquer son chagrin tels les cérémonies et les fêtes de naissance afin d'éviter toute discussion blessante.

En évoquant les différentes stratégies qu'elle utilise pour surmonter ces événements, on remarque que Tinhinane est une personne qui rebondit et qui s'adapte bien, en se référant à la religion, au soutien social que son entourage lui procure ainsi qu'en se comparant aux femmes qui souffrent de problèmes plus intenses tels que les femmes infertiles ou les femmes abortives primaires, elle ressent un soulagement et un plaisir en partageant son expérience avec elles et en s'entraïdant mutuellement à surmonter les problèmes. Nous constatons que notre sujet réfléchit et contrôle ses pensées qui lui semblent logiques et convaincantes, donc elle arrive à mieux accepter et à se satisfaire de ce qu'elle possède.

Dans son couple, Tinhinane profite d'une relation saine et heureuse avec son partenaire, ce dernier est d'une sympathie apparente qui leur facilite la communication sur divers sujets y compris les échecs qu'ils ont rencontrés telles les fausses couches qu'il considère comme un problème commun. L'étude de (De Ville, O'Reilly, & Callahan, 2013) révèle que le soutien reçu de la part du conjoint serait un facteur qui contribuerait positivement à l'ajustement des femmes à la fausse couche : il leur permettrait de recourir à des stratégies adaptatives qui conduiraient à moins de dépression et à une meilleure résolution du processus de deuil.

Nous avons remarqué que Tinhinane se compare aux femmes éprouvant une souffrance plus intense que la sienne afin de dédramatiser sa situation. En effet, ce phénomène a été mentionné par (Vanistendael & Lecomte, 2001) qui ont souligné que les victimes peuvent non seulement surmonter les difficultés en se comparant à d'autres personnes plus malchanceuses qu'elles, mais également en comparant leur état à une situation hypothétique pire qui aurait pu leur arriver. Le processus de résilience résulte donc bien d'un tissage interactif où l'étayage de l'environnement externe joue un rôle fondamental dans la construction des ressources internes nécessaires au développement de la résilience.

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés où nous retrouvons cinq 5 facteurs : le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez Tinhinane est estimé à (65,62%), le second facteur est de (53,57%), il correspond à la confiance en ses propre instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le troisième facteur prend le pourcentage de (70%), il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à (66,66%) chez Tinhinane, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé à (75%). Donc elle obtient un score de 64/100 qui prouve que Tinhinane est résiliente.

Cas 4 : Samra

Samra est une femme mariée, âgée de 32 ans, femme au foyer et mère d'un seul enfant suivi de quatre avortements spontanés, elle est d'un niveau d'instruction secondaire et un niveau économique moyen, son mari est enseignant au lycée. Samra occupe le second rang d'une fratrie de cinq (05) sœurs et deux (02) garçons, malgré la précarité, elle dit avoir passé des bons moments au sein de sa famille.

Samra s'est mariée depuis 7 ans à l'âge de 25 ans, la grossesse était désirée par les deux époux. Par contre, cette dernière doit être interrompue dans l'immédiat, une déception énorme pour le couple. Samra a connu quatre avortements après 7 ans de mariage, la première grossesse est interrompue à la quatrième (04) semaine puis une grossesse réussie, elle a par la suite enchaîné trois autres avortements successifs, son dernier avortement date de douze (12) mois.

La chose positive que nous avons eu à constater chez Samra est que c'est une personne qui a subi de lourdes conséquences pendant une période de plus d'un mois après chaque avortement mais qui se relève très vite au point d'impressionner son entourage, c'est une femme qui aime la vie et reste toujours optimiste. Samra refuse toute prise en charge psychologique. Pendant les périodes des avortements, elle passe par un état dépressif qui se caractérise par une perte d'appétit, des insomnies et un comportement agressif.

À propos de l'avenir, Samra n'a pas beaucoup de projets sauf celui de donner un frère ou une sœur à son fils, ce qui laisse comprendre que son projet pour l'avenir tourne autour du bonheur de sa famille. Samra est généreuse et à tendance à offrir de l'aide, conseil et encouragement aux autres femmes qui ont la même souffrance. En ce qui concerne la spiritualité, chez Samra la croyance religieuse est importante dans sa vie, c'est donc une stratégie de résilience.

D'après l'échelle de résilience CD-RISC qui comprend 25 énoncés où nous retrouvons cinq 5 facteurs : le premier facteur qui fait référence à la compétence personnelle à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité chez Samra est estimé de (84,37%), le second facteur est estimé à (92,85%), il correspond à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le troisième facteur prend le pourcentage de (75%), il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives. Le quatrième facteur fait référence au sentiment de contrôle, il est estimé à (25%) chez Samra, le cinquième facteur qui s'associe à la spiritualité est estimé de (87,5%). Donc elle obtient un score de 83/100 qui confirme que Samra est résiliente.

D'après les résultats obtenus, nous avons confirmé que les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse développent un processus de résilience car chacune des quatre femmes étudiées a développé une ou plusieurs stratégies de résilience pour se libérer du poids de l'évènement stressant. La première hypothèse qui stipule que les femmes ayant subi des interruptions spontanées de grossesse font preuve d'optimisme est confirmée, car chacune des femmes étudiées déclare avoir envie de changer et de développer leur vie, nous avons remarqué que les sources d'optimisation pour ces femmes, est toute une nouvelle représentation positive de l'avenir. Ceci signifie, que ces femmes ont une tendance à rebondir et à retrouver un « néo développement ».

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

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

6. Conclusion:

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

Nous sommes arrivés à la phase pratique de la recherche où nous avons eu la possibilité de rencontrer les cas : des femmes ayant subi plus de trois avortements successifs avec lesquelles nous nous sommes entretenus, en observant directement les réactions de chaque sujet lors de son récit, qui relate et décrit le vécu de l'événement et leurs devenir. L'intérêt de faire des entretiens cliniques nous paraissait indispensable pour le recueil des informations auprès de femmes ayant subi des (AVRS) impliquées dans la recherche. Nous avons utilisé un entretien semi-directif autour d'axes prédéterminés: informations personnelles, histoire de la succession des avortements spontanés (circonstances de la découverte, processus thérapeutique); relations avec le mari (soutien), réaction des proches (famille, belle famille et membres de l'entourage proche); éventuels changements de vie; état psychologique actuel (apparition de troubles psychologiques ou comportementaux); tuteurs de résilience (amis, collègues, voisins, psychologues, médecins, etc.). Parallèlement, nous avons utilisé une échelle de résilience (CD-RISC) qui nous a permis de cerner la situation des personnes vivant un changement majeur. Les résultats obtenus lors des entretiens ainsi que sur l'échelle de résilience CD-RISC (2003), nous ont permis de confirmer les hypothèses émises au préalable avec des scores différents, l'entourage social et familial bienveillant est un autre facteur de protection, mais on ne le retrouve pas systématiquement chez tous nos sujets car on retrouve parmi les cas, celles qui ont une capacité intérieure qui leur permet de faire face à l'adversité extérieure sans avoir recours à l'autrui, en revanche, une communication dans le couple est aussi un facteur majeur pour l'émergence du processus de résilience. Pour la poursuite des recherches dans ce champ, nous

soulignons l'importance de recueillir des données objectivables et quantifiables de façon à disposer d'un plus grand nombre de données et de résultats plus aisément reproductibles.

- **Liste Bibliographique:**

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. (A. d. infirmiers, Éd.) *Recherche en soins infirmiers* (82), 7.

Arendell, T. (2000). Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade's Scholarship. *Journal of Marriage and Family*, 62 (4), 1192-1207.

Chahraoui, K., & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France: Dunod.

Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France: Dunod.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

De Ville, E., O'Reilly, A., & Callahan, S. (2013). Le rôle du conjoint dans les stratégies de coping mises en place chez les femmes lors d'une fausse couche. *Psychologie française*, 58, 41-51.

Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale*, 23 (3), 269-287.

Gillespie, R. (2000). When no means no: Disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness. 23, 223-234.

Joffre, C. (2012). Facteurs de stress prédictifs d'une perte de grossesse et de ses conséquences. *Diplôme universitaire " stress, traumatisme et pathologie"*, 15. Université Paris, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière.

Kohn, I., & Moffitt, P. L. (1992). *Pregnancy loss: A silent sorrow*. London : Headway, Hodder and Stoughton.

Lemieux, D., & Mercier, M. (1987). Familles et destins féminins : Le prisme de la mémoire, 1880-1940. *Recherches sociographiques*, 28, 255-271.

Lepage, J., Luton, D., & Azria, E. (2015). Fausses couches spontanées à répétition. *EMC-Traité de Médecine*, 10 (2), 1-8.

McGreal, D., Evans, B. J., & Burrows, G. D. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: a pilot study. *Journal of Stress Medicine*, 13, 159-165.

Mucchielli, A., & Paille, P. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Pourtois, J. P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2012). *Les ressources de la résilience*. Paris: PUF.

Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. (T. B. Society, Ed.) *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, pp. 585-594.

Sillamy, N. (2003). Dictionnaire de la psychologie. 58. Paris : Larousse.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2001). *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Paris: Bayard éd. Print.

Wing, D. G., Burge-Callaway, K., Rose Clance, P., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications of a treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 60-73.