

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département des Sciences Sociales**

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en  
psychologie**

**Option : psychologie clinique**

**Thème :**

**Le vécu psychologique des conjoints des femmes atteintes d'infertilité  
primaire.**

**Réalisé par :**

Alalout Katia

Saadi Yasmine

**Encadré par :**

Mme Haderbache Lamia

**Année universitaire : 2019/2020.**

## **Remerciements**

*Avant de commencer, on tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné la santé, la force, le courage, la volonté et la patience pour accomplir et mener ce travail a terme malgré la propagation de Pandémie du coronavirus.*

*Nous tenons à remercier particulièrement, notre promotrice Mme Haderbache Lamia, tout d'abord de nous encadrer et pour sa confiance, sa patience, sa compréhension, sa disponibilité, ses conseils pertinents, ses encouragements, sa bienveillance et son soutien, tout au long de ce travail, qui sans elle ce travail de Recherche n'aurait pas abouti.*

*Un merci au personnel du service Gynécologie Obstétrique, au sein de « l'établissement hospitalier privé clinique HAMANI » et au niveau de « l'établissement hospitalier privé clinique BENMERAD», nous remercions ainsi « Dr Achour Zineb et ses assistantes médicales ». qui nous ont accueilli et offert l'aide dont on avait besoin afin d'avancer dans notre recherche.*

*Un grand merci à nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps, qui nous ont accordé leurs consentements pour la réalisation de ce travail car sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.*

*Nous remercions également les membres du jury qui ont accepté de lire, d'examiner et d'évaluer notre travail.*

*Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de Loin à ce modeste travail.*

## **Dédicace**

*Avec l'expression de ma reconnaissance. Je dédie ce modeste travail :*

*À ma chère mère*

*À mon cher père*

*Qui n'ont jamais cessé de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.*

*À mes chères frères et sœurs pour leurs soutiens, et leurs conseils précieux tout au long de mes études*

*À ma copine d'enfance et binôme Katia pour sa patience, sa compréhension, et son soutien tout au long de cette recherche.*

*À tout mes amies de promotion de 2<sup>ème</sup> année master en psychologie clinique.*

*À tout ce qui ont contribué de prêt ou de loin à la réalisation de cette recherche.*

**Yasmine.**

## **Dédicace**

*À mes très chers parents qui ont partagé mes joies et mes peines,*

*Qui ont été toujours à mes côtés, qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*À mon chère frère Achour, et ma petite sœur Yasmine qui m'ont apporté que de la joie et  
du bonheur dans ma vie.*

*À ma chère tante Chafia qui ma toujours soutenu tout au long de cette recherche.*

*À toute ma famille maternelle et paternelle.*

*À ma grand-mère taklit*

*A tout mes chers cousins et cousines*

*À ma chère meilleure amie et binôme Yasmine avec qui J'ai partagé de*

*Fortes émotions tout le long de notre recherche.*

*À tout mes ami(e)s : yasmine, wissem, lili, tinhinan pour leurs aides et support dans les  
moments difficiles*

*À tout ce qui ont contribué de prêt ou de loin a la réalisation de cette recherche.*

***Katia.***

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>01</b>
<b>Partie théorique</b>	
<b>Chapitre I : Infertilité féminine : aspect médical et psychologique</b>	
Préambule.....	07
I. infertilité féminine aspect médical .....	07
1. Aperçu Historique de l'infertilité féminin.....	07
2. Définitions de l'infertilité féminine.....	10
3. Physiologie de la reproduction chez la femme.....	11
4. Les conditions naturelles de la fécondation.....	13
5. Les étapes de la grossesse normale.....	15
6. Les types de l'infertilité.....	17
7. L'étiologie et les facteurs de risque de l'infertilité de couple.....	18
8. Diagnostic de l'infertilité.....	19
9. Les principaux traitements de l'infertilité.....	24
<b>II. L'infertilité féminine aspect psychologique.....</b>	<b>28</b>
1. Vécu psychologique générale de l'infertilité.....	28
2. La psychologie et la psychopathologie de la femme infertile.....	30
3. Le soutien psychologique de la femme infertile.....	32
<b>III. Couple et parentalité.....</b>	<b>35</b>
1. Aperçu historique sur la notion du couple.....	35
2. Le couple en Algérie.....	35
3. Définition du couple.....	38

4. Définitions du lien conjugal.....	40
5. La psychologie et psychopathologie de la parentalité.....	41
Synthèse .....	47
<b>Chapitre II Vécu psychologique: empathie et résilience</b>	
Préambule.....	50
<b>I. Le vécu psychologique.....</b>	<b>50</b>
<b>II. l'empathie.....</b>	<b>52</b>
1. Aperçu historique de l'empathie.....	52
2. Définitions de l'empathie.....	55
3. Les deux catégories de l'empathie.....	56
4. Approches théoriques de l'empathie.....	59
5. L'empathie des conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire...	62
<b>III. Résilience.....</b>	<b>64</b>
1. aperçu historique de la résilience.....	64
2. Définitions de la résilience.....	67
3. Approches théorique de la résilience.....	68
4. les facteurs de résilience.....	73
5. Les caractéristiques du processus mental résilient.....	78
6. Résilience et empathie.....	79
7. La résilience chez le conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire.	80
8. Les limites de la résilience .....	83
Synthèse.....	83
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>86</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de la recherche**

Préambule.....	98
1. les limites de la recherche .....	98
2. Méthode utilisée dans la recherche .....	98
3. Présentation de lieu de recherche.....	102
4. Groupe de recherche .....	103
5. Outils de recherche .....	104
6. Le déroulement de la recherche.....	112
7. Attitude du chercheur.....	115
8. Difficulté de recherche .....	118
Synthèse .....	118

### **Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Préambule.....	121
<b>I. Présentation et analyse des résultats.....</b>	<b>121</b>
1. Présentation du cas M. Karim.....	121
2. Présentation du cas M. Nabil .....	137
<b>II. Discussion des hypothèses.....</b>	<b>146</b>
Synthèse.....	153
<b>Conclusion.....</b>	<b>154</b>
<b>Liste des Références.....</b>	<b>159</b>

## **Annexes**

## Liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Pages
<b>N°1</b>	la fécondation	p.13, 14
<b>N°2</b>	les caractéristiques de groupe de recherche	p.104
<b>N°3</b>	Scores de l'échelle IRI du cas M. Karim	p.129
<b>N°4</b>	Tableau récapitulatif des scores et l'interprétation de l'échelle IRI de M. Karim	p.131
<b>N°5</b>	Scores de l'échelle de résilience « CD-RISC » du cas M. Karim	p.132
<b>N°6</b>	Scores de l'échelle IRI du cas M. Nabil	p.140
<b>N°7</b>	Tableau d'interprétation des scores à l'échelle IRI de M. Nabil	p.142
<b>N°8</b>	Scores de l'échelle de résilience « CD-RISC » du cas M. Nabil	p.144
<b>N°9</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle IRI	p.151
<b>N°10</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC	p.151

## Liste des figures

<b>Figures</b>	<b>Titre</b>	<b>Pages</b>
Figure N°01	Les organes de la reproduction chez la femme	p.11
Figure N°02	schématisation de l'ovulation et de la fécondation	p.14
Figure N°03	Courbe ménothermique normal.	p. 22

## Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien clinique semi-directif de la pré-enquête.
Annexe N°2	Guide d'entretien clinique semi-directif de l'enquête.
Annexe N°3	Echèle d'indice réactivités interpersonnelles « IRI ».
Annexe N°4	Echèle de résilience de Connor et Davidson « CD-RISC ».
Annexe N°5	Echelle d'IRI du cas de M. Karim
Annexe N°6	Echelle de CD-RISC du cas de M. Karim
Annexe N°7	Echelle d'IRI du cas de M. Nabil
Annexe N°8	Echelle de CD-RISC du cas de M. Nabil

### Liste des abréviations

<b>Abréviation</b>	<b>Transcription</b>
ACP	Approche centrée sur la personne.
AMH	Hormone Antimüllérienne.
A.M.P	Assistance Médicale à la Procréation.
APA	American Psychological Association
ASJP	Algerian Scientific Journal Platform
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale.
EC	Empathic Concern.
FCV	Frottis Cervicaux -Vaginal.
FIV	Fécondation In Vitro.
FS	Fantasy Scale.
FSH	Hormone Folliculo-Stimulante.
GEU.	Grossesse Extra –Utérine.
G.H	Gonadotrophine Hormone.
Gn-RH	Go-Nadotropin Releasing Hormone.
HCG	Hormone Gonadotrophine Chorionique.
HTA	Hyper-Tension Artérielle.
Huhner	Test Post Coïtal.
IA	Insémination Artificielle.
IAC	Insémination Artificielle avec Sperme du Conjoint.
IAD	Insémination Artificielle avec Sperme de Donneur.
ICSI	Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde.
IRI	Indice de Réactivité Interpersonnelle

<b>Abréviation</b>	<b>Transcription</b>
I.R.M	Imagerie de Résonance Magnétique.
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse.
L.H	Hormone Lutéinisante.
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé.
PD	Personal Distress
PNST	Portail National de Signalement des Thèses.
PT	Perspective Taking.
QMEE	Questionnaire Measure of Emotional Empathy.
SAFEC	Association Algérienne de Fertilité et de Contraception.
SNDL	Système National De la Documentation.
TCC	Thérapies Comportementales et Cognitives.

La bonne santé est une denrée très précieuse dont tout être humain a besoin en permanence pour assurer une vie paisible agréable dans des conditions favorables et normales et par le même assurer une continuité régulière de ses activités vitales. Ce qui se résume dans l'état du bien-être physique, mental et social; tout d'abord, notre santé, notre confort, la satisfaction des besoins essentiels du corps, la bonne estime de soi et l'évaluation positive de la vie, l'harmonie avec soi-même, les autres individus et notre environnement. Donc le bien être de chaque personne c'est d'être bien dans le corps et la tête d'ailleurs depuis l'existence de l'être humain le désir d'enfanté est une substance inné que tout être humain a en lui, selon divers études pour le couple l'arrivée d'un enfant est un immense bonheur.

Ainsi que la naissance d'un enfant est généralement la concrétisation d'un désir profond puissant. Elle est aussi le plus souvent, le fruit d'une histoire d'amour entre un homme et une femme. Au delà le désir d'enfanté prend ses racines dans une envie profonde de donner de l'amour et d'offrir une descendance à son partenaire. L'arrivée de ce bébé est alors envisagée comme un cadeau, qui de plus peut amener un regain d'harmonie au couple.

Seulement, durant sa vie, tout être humain est exposé à des événements ordinaires et particuliers, d'ailleurs il existe plusieurs événements qui peuvent bousculer le rythme de vie et le bien être du couple et qui pouvant engendrer en eux des conséquences alarmantes, des perturbations et désordres tant sur le plan psychologique ou physiologique notamment le divorce , l'adultère... mais l'infertilité s'avère être la problématique la plus dévastatrice et difficile auxquels les conjoints peuvent faire face. Toute fois l'être humain agit et réagit vis-à-vis des événements rencontré, cependant ces réactions sont différentes d'une personne à une autre cela dépend de la nature et de l'intensité de l'événement.

Lorsqu'un couple est confronté à ce problème d'infertilité, face a cette annonce son équilibre est alors bouleversé, Pouvant lors du traitement soit renforcé les liens conjugaux ou arrive à la rupture. Au delà des chiffres, l'infertilité primaire reste un sujet d'actualité touchant plusieurs couples et prend de plus en plus d'ampleur dans notre société, d'après nos connaissances, il s'agit d'une incapacité à être enceinte ou l'impossibilité de mener une grossesse à terme avec une naissance vivante.

En effet, dans le cadre de notre recherche nous avons mis en lumière « *le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire* ». Notre intérêt, dans cette recherche porte dans sa globalité sur le vécu psychologique de ces conjoints qui représente leur état émotionnel lorsqu'ils font face à l'annonce de cette dernière. Nous avons constaté lors de la consultation du site système nationale de la documentation (SNDL) et Portail National de Signalement des thèses (PNST) que les recherches faites sur le vécu

psychologique, au sein des universités algériennes, se sont focalisées d'avantage sur la femme infertile ou l'homme infertile sans prendre en considération le vécu de leurs conjoints. C'est pourquoi notre curiosité s'est tournée vers les conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire car ils se retrouvent confrontés à de très fortes émotions, la colère, culpabilité, rancune, rancœur, frustration, injustice et autres sentiments d'incompréhension se succèdent et personne ne peut comprendre et le couple se renferme dans la solitude et l'incompréhension. C'est pourquoi nous avons essayé de mettre en avant cet état émotionnel qui semble présente une véritable souffrance et tenter par la même occasion, de corriger certain préjugé de ces conjoints.

En raison de la complexité du concept vécu psychologique, et pour mieux le cibler, nous l'avons opérationnalisé en retenant deux indicateurs qui sont l'empathie et la résilience.

On entend par empathie, cette capacité à se mettre à la place de l'autre en restant soi-même et en ne s'identifiant pas à l'autre. Dans notre recherche, nous avons d'abord essayé de mettre en avant l'empathie des conjoints qu'est une qualité très importante pour une meilleure vie de couple quand à notre étude l'empathie reste fondamentale. Être empathique envers son épouse lui permet sûrement de se sentir accepté, rassuré et encouragé à aboutir le long chemin du traitement.

Toutefois la résilience fait référence à la capacité humaine de se confronter à être transformé par les expériences aversives. Un couple solide et stable ne se forme pas du jour au lendemain. C'est le grand paradoxe de la vie conjugale ; plus les épreuves sont difficiles plus nous les traversons avec succès, plus nos relations seront fortes. La résilience se définit comme l'aptitude à réagir vivement, à se redresser suite à un malheur ou à un changement. En effet une personne résiliente refuse de rester bloquée, elle trouve un moyen de sourire et de respirer profondément, accepte la situation et l'intègre, elle veut progresser et avancer pour trouver des solutions au-delà du problème. Autonome, elle se fait son jugement, et cela présente l'avantage supplémentaire de lui permettre de discuter avec les autres sans se sentir obligée d'accepter toutes leurs idées. Quand à notre étude le conjoint résilient face à un événement pénible comme l'infertilité est capable de rebondir, d'avoir cette force interne de se reconstruire et de dépasser et surmonter cette situation difficile. D'ailleurs l'infertilité est considérée comme l'une des crises les plus profondes du couple, elle menace tous les aspects de leur vie, elle n'affecte pas uniquement la relation entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement, en affectant le sens du moi, les rêves, les relations avec les parents, les amis, mais aussi il ya des couples qui communiquent régulièrement et ils sont prêts à partager cette expérience ensemble. L'objectif de cet indicateur, est évidemment de

mettent en avant les ressources et les stratégies de résilience du conjoint de la femme atteinte d'infertilité primaire.

L'objectif principal de cette présente recherche est d'explorer la nature du vécu, subjectivement parlant, des maris de femmes présentant une infertilité primaire et de vérifier l'impact de cette incapacité sur leurs santé mentales. Nos objectifs secondaires se situent dans la mesure de l'empathie et leur capacité de se mettre à leurs places de femmes mais aussi de la résilience ainsi que dans l'exploration des ressources de résilience mobilisées par les conjoints pour faire face à la situation vécue. Nous allons de ce fait décrire les émotions, les pensées et les comportements qui caractérisent et accompagnent les éprouvés subjectifs de nos sujets de recherche.

L'approche cognitive comportemental à servi de cadre référentiel à notre recherche. Cependant, nous nous somme focalisé sur les techniques suivantes : l'entretien clinique semi directif, l'échelle d'indice réactivités interpersonnelles « le IRI » l'un des plus récents instruments qui mesure l'empathie et l'échelle Connor-Davidson Resilience Scale « le CD-RISC ». Sachant que l'approche cognitiviste offre le cadre théorique qui domine actuellement la psychologie, néanmoins elle à connue des développements très importants depuis le début des années 1980. Dans le cadre de cette recherche nous avons opté pour l'approche cognitive-comportementale qui nous permet d'explorer le vécu psychologique (empathie et résilience) des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire dans sa dimension cognitive, affective et comportementale.

Après l'introduction, notre travail est divisé en deux parties, la partie théorique, et la partie pratique. La partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « *infertilité féminine primaire* », et le deuxième chapitre intitulé « *le vécu psychologique (empathie et résilience)* ».

D'abord notre premier chapitre il est subdivisé en deux section : dont la première section intitulée « *l'infertilité féminine aspect médicale* » où nous avons d'abord donner un aperçu historique de l'infertilité féminine nous avons présenter des définitions également, les types de l'infertilité, la physiologie de la reproduction chez la femme, les conditions naturelles de la fécondation ,l'étiologie et les facteurs de risques, le diagnostic de l'infertilité, les principaux traitements et l'aspect psychologique de l'infertilité, en revanche la deuxième section porte l'intitulé « *couple et parentalité* », nous avons présenter un aperçu historique du couple , ca définition, le couple en Algérie, définition du lien conjugal, puis la psychologie et psychopathologie de la parentalité, le désir de l'enfant on clôture ce chapitre par une synthèse.

Ensuite dans le deuxième chapitre nous avons présenté d'abord le vécu psychologique en général puis présenter les deux sections : la première qui porte titre « empathie » et la deuxième qui s'intitule « *la résilience* » où nous avons tenté de cerner l'origine de ses derniers, leurs définitions après cela l'empathie et la résilience selon les différentes approches théoriques, l'empathie et couple, résilience en empathie, les facteurs de risques, Les caractéristiques du processus mental résilient, puis l'empathie et la résilience chez le conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire et nous finalisent ce chapitre par une synthèse.

Nous avons ensuite présenté, notre problématique nos hypothèses, et l'opérationnalisation des concepts clés. Nous sommes passés; au troisième chapitre, intitulé la méthodologie de la recherche Nous avons ainsi consacré notre quatrième chapitre à la Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses dont la première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats et la deuxième partie à la discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste des références ou nous avons adopté les règles APA (6 éditions) mise à jour 2016 et les annexes.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I : Infertilité féminine.**

## Préambule

Pour un couple, le désir d'avoir un enfant et non seulement un besoin naturel, mais également la réalisation d'un rêve et la conséquence logique d'un mariage, l'évolution de cette relation amoureuse naît l'envie de construire une vie à trois avec bébé. Mais malheureusement ce désir naturel n'est pas possible pour tout le monde, ce qui provoque un choc pour les deux partenaires.

Nous allons consacrer le premier chapitre en le divisant en trois sections, dont la première section portera l'intitulé « *l'infertilité féminine : aspect médical* » ou nous allons d'abord donner un aperçu historique de l'infertilité féminine et pour approfondir dans le sujet de l'infertilité, nous allons présenter des définitions de l'infertilité féminine ainsi que de termes proches tel que la stérilité et la fécondité, également, la physiologie de la reproduction chez la femme, les conditions naturelles de la fécondation, ensuite les types de l'infertilité, l'étiologie et les facteurs de risques de l'infertilité du couple, le diagnostic de l'infertilité, les principaux traitements de l'infertilité, en revanche la deuxième section portera sur « *l'infertilité féminine : l'aspect psychologique* », ou nous allons présenter l'aspect psychologique de la femme infertile ensuite la psychologie et la psychopathologie de la femme infertile puis le soutien psychologique en passe prochainement à la troisième section qui portera l'intitulé « *couple et parentalité* », nous allons présenter un aperçu historique du couple, le couple en Algérie, définition du couple, ensuite la psychologie et psychopathologie de la parentalité.

### **I. infertilité féminine aspect médical :**

Infertilité ce mot qui a voyagé à travers l'histoire, faisait au passage réagir des religieux, des poètes, des médecins ou encore des magiciens. Les anciens la considéraient comme un fléau, une calamité qui s'abattait sur quelques femmes, alors que les contemporains la voient comme une maladie.

#### **1. Aperçu Historique de l'infertilité féminine :**

Le problème de la fécondité existe depuis l'antiquité classique, dans ce qui suit nous allons vous présenter un aperçu historique de l'infertilité et son étiologie.

A cette époque, l'étiologie de la stérilité avait deux explications totalement distinctes selon l'adhérence au point de vue religieux ou, au contraire, à celui médical. Or, force est de constater que la médecine hippocratique d'ailleurs avait beaucoup moins d'impact que le discours religieux : d'une part, pas encore très expérimentées, les prêtresses avaient une grande popularité et étaient les seuls capables de donner une explication à la stérilité à travers des contes bibliques et mythologiques. Cette constatation amène, par conséquent, à développer uniquement

l'explication magico religieuse de la stérilité pour ainsi laisser quelques siècles à la médecine hippocratique de se constituer solidement (Giulia et All, 2008.p4).

Selon Delcourt(1938) 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* » (Delcourt, 1938, p.10).

Au moyen âge deux domaines, la médecine et la théologie, s'affrontaient dans l'investigation de l'étiologie de la stérilité. Contrairement à la nette domination du religieux pendant l'Antiquité, la médecine hippocratique-galénique connut un progrès prépondérant et fut en mesure de rivaliser à armes égales avec le discours religieux. En outre, lorsqu'un obstacle incompréhensible faisait son apparition lors de cette investigation, les médiévaux étaient tentés de recourir à des explications irrationnelles (Giulia et All, 2008.p.6).

Nous avons constaté qu'au début de l'humanité, des mythes religieux sont inventés pour expliquer la reproduction : chaque civilisation a ses dieux, ses déesses, ses temples, ses rites de la fécondité.

Il existe, historiquement, une méconnaissance de la stérilité masculine les rares textes qui en font mention l'attribution à l'irritation de la colère qui troublent le cerveau, donc « par voie de conséquence la semence elle-même qui est censée y trouver son origine » d'ailleurs, c'était la femme qui était toujours accusée, c'est seulement après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale que la stérilité masculine a été prise en compte. Par contre, l'étiologie féminine de la stérilité a fait l'objet d'innombrables spéculations. Considérer comme responsable, la mélancolie de sommeil, la luxure, la maigreur, l'obésité, mise aussi et plus l'extrême beauté de la femme ou au contraire sa laideur (Humeau, p96-101.).

Ainsi, La stérilité constituait un problème majeur pour la noblesse, car titres, richesses et pouvoirs s'héritaient de père en fils. 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 XVII<sup>ème</sup> siècle 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. En effet, on parlait, à partir de cette date, de rationalisation médicale qui se caractérisa par l'abandon pur et simple de la médecine hippocratique jugée trop primitive et par l'éclosion d'une nouvelle médecine : la médecine clinique (Giulia, et All, 2008, p.10).

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle premières tentatives de fécondation sans accouplement concernaient des chiens, Ainsi la découverte des spermatozoïdes par le scientifique néerlandais Antoni van Leeuwenhoek (Cailleau, 2006, p.13-14).

Lazzaro (1729-1799) à effectué des travaux expérimentaux sur la reproduction animal là ou il découvre et il décrit les vertèbres requiert un spermatozoïde et un ovule ce que on appelle aujourd'hui la fécondation.

C'est qu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, que la première insémination artificielles sur des femmes ont été faite. Et qu'à la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle on voit se développer certaines connaissances sur la physiologie, mais ce n'est que dans la première partie du XX<sup>ème</sup> siècle que l'étiologie et le diagnostique de stérilité s'affinent.

D'ailleurs c'est qu'au XX<sup>ème</sup> siècle que les premières expériences de laboratoires pour étudier le développement embryonnaire en eu présence, ainsi l'émergence de l'embryologie expérimentale. Par conséquence en 1978 Louise Brown été le premier « bébé éprouvette ». Depuis les années 1980, l'Assistance médicale à la procréation (AMP) redonne l'espoir aux couples qui ne peuvent procréer naturellement. (Cailleau, 2006, p.13-14)

En ce qui concerne le PMA en Algérie dès le début de la procréation médicalement assistée en Algérie, les praticiens ont trouvé des réponses adéquates en se référant à la déontologie, pour s'interdire tout acte en contradiction avec les lois de la nature. Selon Benmediouni (2016), d'une manière générale la PMA soulève de très nombreux problèmes éthiques dans des sociétés laïques bien informées. Alors qu'en est-t-il de l'Algérie où non seulement il y a une absence d'information, mais où le poids des traditions et de la religion est déterminant ? Le législateur algérien a reconnu la PMA comme technique médicale moderne de conception après l'Ordonnance n° 05-02 du 27 février 2005 modifiant et complétant la loi n° 84-11 du 9 juin 1984 portant code de la famille, dans laquelle l'article 11 stipule : Art. 11. — La loi n° 84-11 du 9 juin 1984, susvisée, est complétée par l'article 45 bis rédigé comme suit : « Art. 45 bis. *« Les deux conjoints peuvent recourir à l'insémination artificielle. L'insémination artificielle est soumise aux conditions suivantes : le mariage doit être légal, l'insémination doit se faire avec le consentement des deux époux et de leur vivant, il doit être recouru aux spermatozoïdes de l'époux et à l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne. Il ne peut être recouru à l'insémination artificielle par le procédé de la mère porteuse »* (Benmediouni, 2016.p 4)

La PMA a déjà été réalisé au CHU d'Hussein Dey, par le PR Laliem et le Dr Feu Ftouki, au début des années 90, avec neuf naissances enregistrées par la fécondation in vitro, situant ainsi déjà à l'époque, l'Algérie comme le premier pays africain à réussir cette performance et comme précurseur en la matière. (Benmediouni, 2016.p 5)

Le point de vue de la religion musulmane sur les différentes techniques de PMA en matière de Bioéthique, l'Islam procède d'une attitude ouverte sur le plan scientifique et humaniste, ainsi que d'une théologie normative (Chari'a) réglant précisément les limites manipulatoires du corps humain par une représentation référée au statut qui lui est attribué.

L'insémination artificielle d'après les lois musulmanes, cette technique est licite dans le seul cas où le donneur du sperme est le conjoint légalement uni par le mariage. La fécondation in vitro et le transfert d'embryons est licite seulement quand l'œuf fécondé provient de l'union de l'ovule d'une femme et du sperme de son époux « *Dieu n'a pas fait de vos enfants adoptifs vos propres fils* ». (Coran, Al-Ansâb, 33/4,5).

Pour conclure on constate qu'à travers cet aperçu historique, que l'existence de cette maladie est connue dans la littérature médicale depuis l'antiquité, au fil du temps de nombreuses explications et conditions et solutions ont été proposées pour but de mettre fin à la souffrance des couples.

## **2. Définitions de l'infertilité féminine :**

On appelle fertile un individu ou un couple ayant la capacité à un moment donné de concevoir et de donner le jour à un ou des enfants vivants ; la stérilité désigne la situation inverse. Par ailleurs le démographe appelle fécond un individu ou un couple qui a déjà procréé, et infécond celui qui n'a pas encore procréé. (Empeaire, 1990, p.89).

Avant d'approfondir le sujet de l'infertilité, il convient de commencer par en présenter une définition. Cela nous permettra notamment d'éviter toute confusion avec des termes proches tels que la stérilité et l'infécondité.

### **2.1.La stérilité:**

La stérilité est définie par « *l'absence totale et irréversible de la possibilité de procréation* » (Poujade et All, 2012, p271).

Hormis quelque cas particulier comme l'azoospermie définitive ; la stérilité d'un couple ne peut être affirmée au sens strict qu'au terme de leur vie reproductive. (Courbiere, Carcopino, 2016, p.335-336).

Le terme d'infertilité selon Chanson et all(2000) est préférable à celui de stérilité, ce dernier signifie qu'aucune thérapeutique curative n'est possible (Ounis, 2004, p.4)

Selon l'organisation mondiale de la santé (L'OMS) la stérilité « *souvent retenue par les médecins à la suite de recommandations de l'OMS, à savoir l'impossibilité d'obtenir une grossesse malgré deux ans d'exposition au risque, est source de confusion le constat d'une infécondité à deux ans est souvent considéré comme valant diagnostic d'une stérilité* ». (Tourrette, 2004, p.204).

## 2.2.L'infertilité :

L'infertilité c'est la difficulté pour un couple à avoir un enfant. L'infertilité n'a pas le caractère irréversible de la stérilité.

Selon L'OMS « *l'infertilité est considérée comme une pathologie à part entière, elle est définie par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.* » (Courbiere, Carcopino, 2016, p.335-336).

## 3. Physiologie de la reproduction chez la femme :

Nous allons vous rappelez la constitution de l'appareil génital féminin, ainsi la production des gamètes, et le déroulement du cycle menstruel.

L'appareil génital féminin est constitué de différentes parties : une interne et une externe voir (figure01).

L'appareil génital de la femme peut être divisé en deux parties. Les organes génitaux internes, qu'ils comprennent les ovaires, les trompes utérines ou trompes de Fallope, l'utérus et le vagin, que les organes génitaux externes prennent les différents éléments qui composent la vulve (vestibule, petites lèvres, grandes lèvres clitoris).

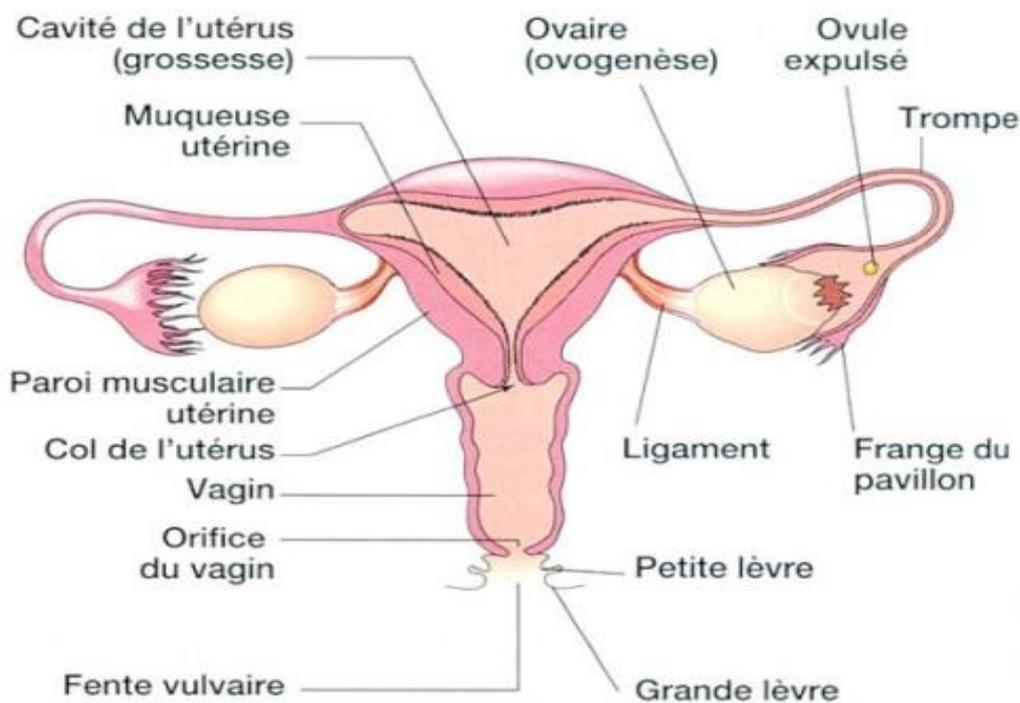


Figure 01 : Les organes de la reproduction chez la femme

(<https://monblocop.wordpress.com/2018/04/17/anatomie-et-pathologie-4/>).

**3.1. Les ovaires :**

Sont deux petits organes aplaties en forme d'amande, de 4 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur, situées latéralement à gauche et à droite de la cavité pelvienne, elles présentent chacune 6 à 8 grammes, elles produisent les cellules destinées à devenir des ovules et se comportent comme des glandes endocrinées, elles sont aussi attaché par les mésovarium à la partie postérieure du ligament large repli de péritoine qui recouvre l'utérus et soutient les organes génitaux internes.

Chez la femme adulte ; la taille des ovaires varie en fonction du cycle ovarien : les ovaires contiennent des follicules à différentes étapes le follicule primordial, le follicule secondaire, le follicule mature de graaf. et une structure connue sous le nom de corps jaune qui se développe après la rupture des follicules .les ovaires s'atrophient et se rident après la ménopause (Hafner, 2003, p.189).

**3.2. La trompe utérine :**

Aux nombres de deux se situent de chaque côté de l'utérus et s'ouvrent dans la cavité abdominale, ce qui signifie que des infections provenant de l'appareil génital peuvent se disséminer dans la cavité abdominale et entraînent des lésions inflammatoires du pelvis. Chaque trompe comprend un pavillon qui se termine par des franges (qui aident à transporter l'ovocyte de l'ovaire vers la trompe). Les trompes ont un rôle dans la reproduction:

- Transport des spermatozoïdes au lieu de fécondation
- Capture l'ovule et le transporte jusqu'au lieu de fécondation
- Fécondation et séjour de l'œuf dans l'ampoule.
- Transporte, contrôle l'œuf jusqu'à la cavité utérine (Hafner, 2003, p.189).

**3.3. L'utérus :**

Est un organe impair médiane, de 6 à 8cm de long situé dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum et comprend: un corps maintenu latéralement par les ligaments larges et sont supérieurs, il est creusé d'une cavité, la cavité utérine : se base au fond, et bombée et reçoit latéralement les trompes de Fallope droite et gauche. Le corps utérin communique par l'isthme avec le col utérin. L'utérus n'est pas seulement l'organe de gestion, il intervient aussi :

- Dans la fécondation en permettant la progression, la sélection et la maturation des spermatozoïdes le plus vigoureux.
- Dans les échanges avec l'embryon.
- Dans l'implantation de l'embryon en développant une muqueuse utérine adéquate. (Marieb, 2008).

### 3.4. Le vagin :

Le vagin est un tube à paroi mince mesurant de 8 à 10 cm de long. Il est localisé entre la vessie et le rectum et s'étend du col de l'utérus jusqu'à l'extérieur du corps au niveau de la vulve (Marieb, 2008). C'est l'organe de la copulation qui reçoit le spermatozoïde lors de l'éjaculation (Nazabanou, Israil, 2006, p.23).

Le vagin est doté d'une élasticité extrême qui permet le passage de fœtus et de ses annexes lors de l'accouchement, le vagin permet aussi l'évacuation cyclique des débris de l'endomètre et du sang constituant les menstrues. L'hymen chez la femme vierge le vagin à l'entrée du vestibule, de façon partielle permettant l'écoulement des règles (Hafner, 2003, p.190).

### 3.5. La vulve :

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

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

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

## 4. Les conditions naturelles de la fécondation :

D'abord, nous allons expliquer la fécondation (tableau 01) qui résulte de rencontre dans l'ampoule turbine des 02 gamètes féminin et masculin : l'embryon résulte de la fusion entre les ovocytes matures et un spermatozoïde. Certaines sont responsables à cette rencontre :

**Tableau 01** : les conditions de fécondation chez l'homme et la femme.

<b>Chez l'homme</b>	<p>-dans les testicules, la spermatogenèse doit produire une quantité suffisante de spermatozoïdes normaux.</p> <p>- Les voies génitales (épididyme, canaux déférents) doivent être intègres. Les spermatozoïdes y cheminent, achèvent leur maturation pour devenir mobiles et féconds. Cette mobilité est indispensable pour permettre aux spermatozoïdes de migrer depuis la glaire cervicale jusqu'à la trompe.</p>
---------------------	--

<p><b>Chez la femme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La glaire cervicale sécrétée par le col utérin doit être favorable en période péri-ovulatoire à la migration des spermatozoïdes.</li> <li>- L'appareil génital féminin doit permettre l'ascension des spermatozoïdes jusque dans les trompes. L'ovocyte est recueilli au niveau de l'ampoule tubaire après l'ovulation.</li> <li>- L'ovulation nécessite au préalable une croissance et une maturation folliculaire. Le bon fonctionnement ovarien dépend d'un bon fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, qui sécrète les gonadotrophines (FSH et LH) et d'une réserve ovarienne folliculaire adéquate (A savoir : La réserve ovarienne).</li> <li>- Les trompes doivent être perméables pour permettre la migration de l'embryon de l'ampoule tubaire jusque dans la cavité utérine. Vers le 7<sup>ème</sup> jour, l'embryon s'implante au niveau de l'endomètre</li> </ul>
-----------------------------	--

(Courbiere, Carcopino, 2016, p.337).

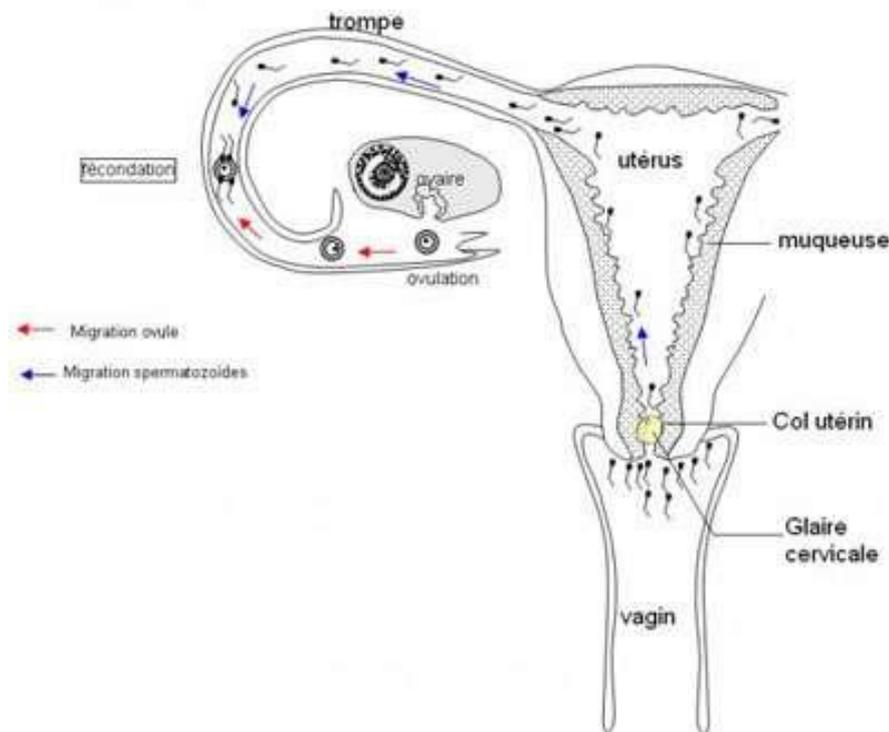


Figure02 : schématisation de l'ovulation et de la fécondation

(Banque de schémas de SVT, académie de Dijon.

[http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/article.php?id\\_article=566](http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/article.php?id_article=566)).

D'après la figure (02) on constate qu'au moment de l'ovulation, l'ovocyte est expulsé de l'ovaire, entouré de cellules folliculaires, puis il progresse dans la trompe. Au moment de l'éjaculation, 300 à 500 millions de spermatozoïdes sont émis. Un grand nombre de spermatozoïdes sont détruits dans le vagin.

La fécondation a lieu dans le tiers supérieur des trompes et n'est possible que pendant une brève période après l'ovulation (24 h environ). La cellule œuf subit des divisions successives tout en progressant dans la trompe en direction de l'utérus. Le quatrième jour, elle a l'aspect d'une petite mûre. Puis elle va s'implanter dans la paroi de l'utérus : c'est la nidation qui a lieu le septième jour après la fécondation.

Le jeune embryon commence à fabriquer une hormone : l'hCG (gonadotrophine chorionique humaine). L'hCG permet la poursuite de l'activité du corps jaune et par conséquent la sécrétion de progestérone indispensable au maintien de la muqueuse utérine au début de la grossesse. C'est pourquoi on assiste à une disparition temporaire des règles. L'hCG peut être détectée dans le plasma et les urines : c'est elle qui est détectée lors des tests de grossesse (Ray, 2015, p.4).

### **5. Les étapes de la grossesse normale :**

La grossesse c'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus se développe dans l'utérus maternel. Synonyme de gestation, la grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupées en trois trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais les obstétriciens comptent souvent en semaines (Ybert, 2010, p.428).

En effet divers signes sympathiques subjectifs, tels que des nausées, des vomissements, une fatigue excessive, une modification du volume des seins, des sensations de malaise peuvent laisser supposer à une femme la possibilité qu'elle soit enceinte.

La grossesse dure généralement 40 semaines (environ 9 mois), qui est le temps nécessaire pour que le bébé se développe. Durant cette période, le corps de la femme enceinte vit une remarquable transformation, les variations au niveau des hormones sont souvent la source des changements physique et émotionnels qui peuvent apparaître et disparaître à différents moments de la grossesse.

#### **5.1. Premier trimestre:**

Les progrès de la médecine ont permis peu à peu de percer les mystères de la vie fœtale grâce à l'échographie, mais que savons-nous réellement de ce futur petit d'homme? D'un point de vue biologique, organique, à peine passé 48h, le voilà déjà, (Hoehn, Marieb, 2010, p. 1253). l'évolution sera rapide et le temps est compté, il n'en restera pas là. Quelques heures à

peine après ce nouveau statut, il devient embryon, si petit et déjà pressé de grandir; les cellules se multiplient, Au fil de ce premier trimestre, les structures essentielles pour la vie future se créent. À la 5<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit 22 jours après la conception, le cœur de l'embryon commence à battre, mais il n'est pas encore possible de l'entendre lors de l'examen médical et à la 6<sup>ème</sup> semaine l'embryon mesure 5 millimètres et À la 7<sup>ème</sup> semaine, la tête de l'embryon est beaucoup plus grosse que le reste de son corps. Ses bras commencent à se former, avec l'apparition des coudes et des mains. Ses doigts ne sont pas encore séparés les uns des autres. Ses yeux sont bien visibles. Ensuit à la 10<sup>ème</sup> semaine, l'embryon a déjà une apparence humaine: on peut distinguer ses yeux, son nez et sa bouche. Ses paupières sont fermées. Ses doigts sont maintenant séparés et ses orteils commencent à se former. Il commence à bouger ses membres, mais vous ne pouvez pas encore le sentir. Il passe du stade d'embryon à celui de fœtus : toutes les parties de son corps sont en place, mais elles ne sont pas encore complètement formées. Elles vont continuer à croître et à se développer tout au long de la grossesse. Entre 10<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> semaines, le fœtus grandit et les os de son squelette commencent à se former. À 14 semaines, il mesure 8,5 cm (Dore, Lehenaf et al, 2008, p.18)

Nous pouvons dire que ce premier trimestre constitue pour la femme une période émotionnelle intense causée par les changements physiologiques, le niveau élevé de la progestérone entraîne des malaises somatique causant (vomissement, perte de l'appétit, envies, vertiges...).

### **5.2. Le deuxième trimestre :**

Est-ce un garçon ou une fille ? À 14<sup>ème</sup> semaine, les organes génitaux du bébé sont assez développés pour permettre de savoir s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille, mais ils ne sont pas encore complètement formés. C'est habituellement entre 16 et 18 semaines, à l'échographie, que le bébé dévoile son grand secret. À 16 semaines, sa tête semble toujours disproportionnée par rapport au reste du corps, mais son tronc, ses bras et ses jambes commencent à s'allonger (Dore, Lehenaf et al, 2008, p.19).

Autour de 20 semaines, l'utérus est rendu à la hauteur du nombril. Les mouvements du bébé sont plus prononcés et assez forts. Certaines femmes ressentent toutefois ces mouvements un peu plus tôt ou un peu plus tard dans la grossesse. Le vernix caseosa, qui ressemble à une sorte de crème blanche, enrobe la peau de votre bébé pour la protéger. Entre 23 et 27 semaines, le bébé prend du poids et sa tête devient mieux proportionnée par rapport à son corps. À 24 semaines, il entend les sons de basse fréquence provenant de l'extérieur de l'utérus. À la fin du 2<sup>e</sup> trimestre, autour de 28 semaines, les yeux du bébé commencent à s'ouvrir. Ils deviendront sensibles à la lumière plus tard, vers 32 semaines (Dore, Lehenaf et al, 2008, p.20).

La plupart des femmes ressentent les mouvements de leur fœtus, et ont une meilleure visualisation de celui-ci sur l'écran échographique et pour la première fois, apparaît la nécessité de reconnaître le bébé comme une entité séparé (Abdel- Baki, .Poulin, 2004, p.12).

### **5.3. Le troisième trimestre :**

À la 32<sup>ème</sup> semaine de grossesse, l'utérus atteint le creux de l'estomac, aussi appelé le creux épigastrique. Les intestins, le foie et les poumons sont comprimés vers le haut. À mesure que la grossesse avance et que le bébé prend du poids, l'utérus grossit vers l'avant en étirant les muscles et la peau du ventre.

À 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse, la peau de bébé est rosée et son petit duvet commence à disparaître, même s'il peut demeurer présent jusqu'après la naissance. Les sensations de profonde fatigue et de lourdeurs s'accroissent, le cœur bat plus rapidement qu'avant la grossesse et le volume sanguin circule aussi plus vite.

À 32<sup>ème</sup> semaine de grossesse, l'utérus atteint le creux de votre estomac, aussi appelé le creux épigastrique. À mesure que la grossesse avance et que le bébé prend du poids, l'utérus grossit vers l'avant en étirant les muscles et la peau du ventre, il se prépare à l'accouchement et peut se contracter plusieurs fois par jour (Dore, lehenaf, 2008, p.21)

Dans la grande majorité des cas, la grossesse est événement naturel qui se déroule sans problème, et se termine de façon heureuse par la naissance, à terme, d'un enfant en bonne santé mais aussi dans certain cas le problème d'infertilité s'impose dans ce qui suit nous allons présenter les type d'infertilité.

## **6. Les types de l'infertilité :**

Il existe trois formes d'infertilité :

### **6.1. L'infertilité primaire :**

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

### **6.2. L'infertilité secondaire :**

La stérilité secondaire: C'est l'absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuels réguliers non protégé chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesse. (Blondel, 2008, p.80).

### **6.3. L'infertilité de nature psychique :**

La stérilité de nature psychique c'est une stérilité qui n'est pas expliqué, ce type de stérilité pathogène serait selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie, du a l'inconscient ce n'est pas les désirs de grossesse d'une femme, il semble qu'en virant 8 % serait de nature psychique. (Blondel, 2008, p.80).

## 7. L'étiologie et les facteurs de risque de l'infertilité de couple :

De nombreux facteurs peuvent influencer sur la fécondité, et la capacité de la reproduction d'un couple, dans ce qui suit-on mettra l'accent sur les facteurs et les principales cause de l'infertilité de couple.

### 7.1. Facteurs de risques féminins :

-tabagisme: responsable d'une diminution du nombre d'ovocytes.

-Âge maternel : la fertilité qui diminue à partir de 37 ans, est quasi nulle à 45 ans.

- La réserve ovarienne diminuée réduit la fertilité (cf. bilan hormonal).

-La prise de DISTILBÈNE/DES pendant la grossesse chez la mère de la patiente est responsable de malformations utérines de type utérus hypotrophique en «T», à l'origine d'une infertilité, de fausses couches à répétition et d'accouchement prématuré.

-Antécédent de MST : risque d'altération tubaire dans 17 % des cas après salpingite.

- Antécédent de salpingite : risque majeur d'altération tubaire, notamment en cas d'infection à Chlamydia responsable d'altérations de la muqueuse tubaire.

- Antécédent de chirurgie pelvienne, pouvant être à l'origine d'adhérences pelviennes. (Poujade et All, 2012, p271, 272).

### 7.2. Causes d'infertilité féminine :

L'infertilité a le plus souvent une origine médicale. Le problème peut provenir de l'homme ou de la femme ou des deux membres du couple simultanément.

L'identification des causes d'infertilité est très importante car ce n'est qu'avec une bonne connaissance de l'étiologie que l'on peut établir un traitement efficace.

#### 7.2.1. Anovulations et dysovulations :

Les dysovulation sont les ovulations de mauvaise qualité qui sont caractérisées par une phase lutéale courte et/ou défectueuse, avec une sécrétion insuffisante de progestérone. C'est une cause très fréquente d'infertilité féminine (près de 20 % des cas d'infécondité du couple). Leur diagnostic est le plus souvent évident devant l'existence d'une aménorrhée ou d'irrégularités menstruelles : « *Aménorrhée* », mais des cycles réguliers n'éliminent pas une anovulation. La courbe ménothermique ou un dosage de progestérone en deuxième partie de cycle doit être systématique.

Pour les anovulations, par fréquence décroissante, il peut s'agir :

-Anovulation primaire, d'origine ovarienne:

- Hypogonadisme ovarien congénital ou anomalie chromosomique (Syndrome de Turner), chimiothérapie, radiothérapie ...

- hypothyroïdie, infection par le VIH,

- Dystrophie ovarienne : syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), Tumeur, Insuffisance lutéale

- Anovulation secondaire, d'origine centrale :

- Hypogonadisme hypo gonadotrope (maladie congénitale)
- Facteurs psychogènes : choc psychologique, anorexie, stress.
- Exercices intensifs : grandes sportives, les danseuses en compétition.
- Tumeurs de l'hypophyse (hyperprolactinémie) (Pierre, 2017, p. 32)

### **7.2.2. Obstacles mécanique :**

-La glaire cervicale joue un rôle important dans le passage et la sélection des spermatozoïdes qui vont migrer dans la trompe utérine. Des infections, des traitements pour des lésions bénignes ou malines au niveau du col utérin peuvent modifier la glaire et le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Cependant une anomalie du col utérin et insuffisance de glaire cervicale peut être sécrétée de façon inadéquate en quantité, en qualité ou en pH. Ces anomalies peuvent être dues à des infections ou à des traitements de lésions du col de l'utérus (conisation, électrocoagulation).

- On peut aussi retrouver des atteintes des trompes (20 à 30 % des cas), dont l'obstruction peut être partielle ou totale, uni ou bilatérale, souvent suite à des infections (salpingites) ; ou des anomalies utérines : au niveau du col de l'utérus ou du mucus cervical, empêchant le passage des spermatozoïdes; ou encore des polypes ou des fibromes, gênant l'implantation de l'embryon (Noémie, 2014, p. 8)

-Obstacle tubaire : Il s'agit d'une cause majeure d'infertilité féminine. Le plus souvent l'obstacle tubaire est secondaire à une salpingite (parfois passée inaperçue), un traumatisme chirurgical ou une endométriose. (Depondt, 2011, p. 14-16).

### **7.2.3 Endométriose :**

L'endométriose est caractérisée par des localisations anormales de la muqueuse utérine dans les ovaires, les trompes ou la cavité péritonéale.

Au niveau des trompes elle entraîne parfois une obstruction tubaire, au niveau des ovaires elle est responsable d'un trouble de l'ovulation (endométriome), au niveau de l'utérus elle a pour conséquence un trouble de l'implantation (adénomyose) (Dutel et All, 2015, p.57)

## **8. Diagnostic de l'infertilité :**

Pour élaborer un diagnostic de l'infertilité de couple, le gynécologue doit d'abord commencer par l'interrogatoire, ce dernier doit être complet et méthodique, puis il passe à la réalisation d'un examen gynécologique clinique. Dans ce qui suit, nous allons se baser sur le diagnostic de l'infertilité féminine.

**8.1. Interrogatoire :**

L'interrogatoire doit être le plus exhaustif possible et doit mettre le couple en confiance.

**8.1.1. Interrogatoire du couple :**

- âges ; durée de vie commune, durée d'exposition à la grossesse.
- date d'arrêt des contraceptifs.
- profession : horaires, stress, exposition à toxiques.
- motivation pour la grossesse.
- rapports sexuels : qualité, fréquence.
- Caractère primaire ou secondaire de l'infertilité.
- 1<sup>er</sup> ou 2<sup>er</sup> union, nombre d'enfants respectifs du couple.
- antécédents familiaux d'infertilité.
- antécédents de prise en charge pour infertilité : traitements reçus, résultats d'examen.

**8.1.2. Interrogatoire de la femme :**

- L'âge de la femme est essentiel. Le désir tardif d'enfant est devenu un réel problème de société et l'âge de la première maternité continue à reculer. Les explications de ce phénomène sont multiples : une meilleure maîtrise de la contraception, certes, mais aussi la volonté des femmes de faire carrière, les difficultés actuelles de la vie professionnelle, tout concourt à repousser le moment où la femme se sent prête à enfanter, sans compter les secondes unions, elles aussi de plus en plus fréquentes. La diminution de la fertilité féminine avec l'âge est désormais bien démontrée.
- cycle : âge de la puberté, régularité et durée des cycles, périodes d'aménorrhée; antécédents médicaux : diabète, HTA, obésité, dysthyroïdies, tuberculose, tabagisme, toxicomanie. Groupe Rhésus, immunité pour la rubéole, toxoplasmose, hépatite B.
- antécédents chirurgicaux (appendicectomie...) (Poujade, All, 2012, p.271-272).
- antécédents gynécologiques :  
Condylomes, salpingite (germe en cause), infections sur stérilet, cloison utérine, synéchies, fibrome (nombre, taille, localisation), rompes : plastie tubaire, GEU (type de traitement), état de la trompe controlatérale, ligature tubaire, kyste (type, cystectomie ou ovariectomie) au niveau des ovaires, endométriose: stade, évolution; rectorragies cataméniales (endométriose digestive), dysurie (endométriose urinaire). (Poujade, All, 2012, p.272).

**8.1.3. Interrogatoire de l'homme :**

Tabagisme, alcool, toxicomanie, toxique ; Traitements altérant de qualité du sperme ; Antécédent de chimiothérapie, radiothérapie, diabète, hernie inguinale ; Antécédents

urologique : cryptorchidie, traumatisme ou torsion testiculaire. (Poujade, All, 2012, p271-272).

### **8.2. Examen clinique chez la femme :**

Il faut réaliser un examen gynécologique classique dans de bonnes conditions (vessie vide) avec quelques précisions:- Examen général (thyroïde, cœur, etc. ).

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

-Examen des seins et air ganglionnaire de drainage -Inspection du périnée, à la recherche d'une malformation.

- Examen au spéculum pour apprécier le vagin le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles (+/- FCV)

- Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus, masse latéro-utérine) (Blageuz, 2010, p.37).

### **8.3. Examens complémentaires chez la femme :**

#### **8.3.1. La courbe ménothermique :**

La courbe ménothermique doit être réalisée sur au moins deux cycles. Pour être interprétable, la température basale doit être prise dans des conditions précises.

La patiente note sa température avec le même thermomètre tous les matins à horaire fixe, pendant 3 mois.

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

Normalement pendant les jours qui suivent les règles, la température basale se maintient aux environs de 36,5°C. Puis de façon brutale la température monte : c'est le décalage Post-ovulatoire. (Poujade et All, 2012, p274).

L'ovulation est repérée comme étant le point le plus bas avant l'Ascension de la courbe suit un plateau thermique de 12 à 14 jours lié à la sécrétion de progestérone. Puis la température retombe la veille ou le dernier jour des règles Voir (figure3).

En cas de montée tardive de la température : dysovulation.

En cas d'absence de décalage thermique : anovulation. (Poujade et All, 2012, p274).

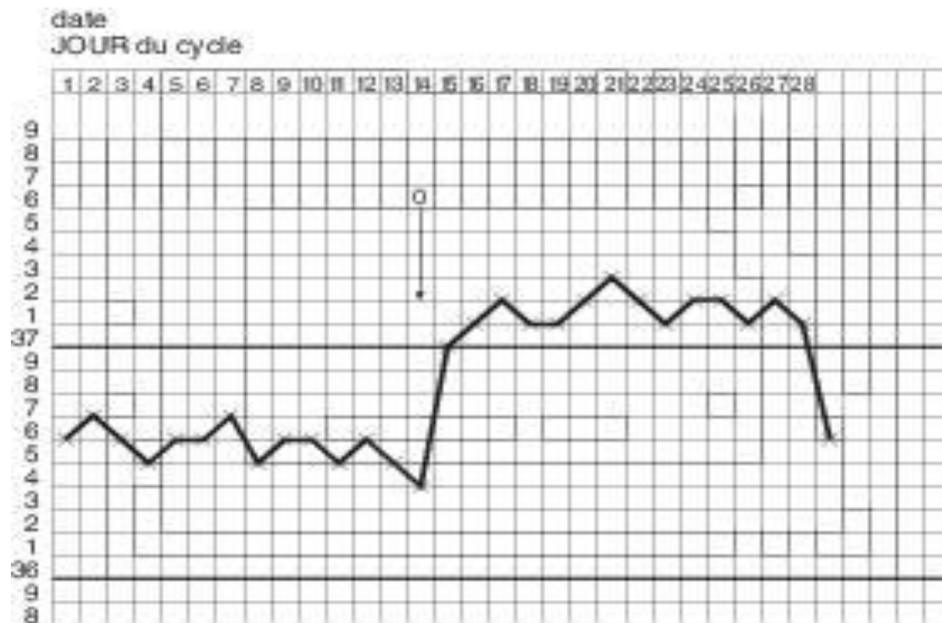


Figure03: Courbe ménothermique normale.

([http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296\\_2/site/html/2.html](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296_2/site/html/2.html)).

### 8.3.2. Test de HUHNER

Ce teste est appeler aussi teste post-coïtal, il est effectuer en période pré-ovulatoire, à pour but d'observer les qualités de la glaire et de vérifier la présence des spermatozoïdes après le rapport sexuel à fin dévaluer : la pénétration des spermatozoïdes, leurs survies dans la glaire cervicale. (Zorn, 2005, p. 47).

Il faut préciser à la patiente qu'elle ne doit faire aucune toilettes vaginal après le rapport, après mise en place du spéculum, la glaire est prélevée dans l'end-col les caractéristiques de la glaire et l'aspect du col sont appréciés, permettant l'établissement du score d'insuline, Il doit être noté avec précision et être supérieur a 10 sur 12 : si la glaire est insuffisante ou de mauvaise qualité, on peut tenter une amélioration par l'apport exogène d'œstrogènes pendant 8 jours en début de cycle. Le nombre et la motilité des spermatozoïdes sont appréciées sur plusieurs champs à l'aide d'un microscope de Phase (Blaguez, 2010, p.41).

### 8.3.3. Bilan Hormonal :

Il s'agit d'un Dosage plasmatique systématique d'œstradiol, FSH, LH en début de cycle (entre le 2ème et le 4ème jour) pour évaluer la réserve folliculaire, la progestéronémie en phase lutéale pour évaluer la qualité du corps jaune.

Inhibine B et AMH (marqueurs de la fonction ovarienne) : une diminution est de mauvais pronostic Prolactinémie augmentée en cas de prise médicamenteuse, adénome à prolactine, OPK hypothyroïdie (Poujade, All, 2012, p274).

#### **8.3.4. Autre examens biologiques**

Sérologies HIV, TPHA-VDRL, hépatite B et C; prélèvement vaginale,  
En cas de fausses couches à répétition : anticorps anti-DNA natif, anti phospholipides, antinucléaires.

#### **8.3.5. Echographie :**

Est un complément indispensable de l'examen clinique et radiographie, elle est indiquée en cas d'anomalie dépistée, Elle recherche; un kyste ovarien, des ovaires micropolykystiques (plus de 10 follicules par ovaire) elle évalue le nombre de follicules et leur taille. Un fibrome utérin, un polype, une malformation utérine, une hypertrophie de l'endomètre ; un hydrosalpinx. (Poujade, All, 2012, p274-275).

#### **8.3.6. Hystérosalpingographie :**

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

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

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

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

#### **8.3.7. Hystérocopie :**

L'Hystérocopie est recommandée en cas de suspicion d'anomalie endo-cavitaire Elle permet de vérifier l'intégrité de la cavité utérine avant AMP.

#### **8.3.8. Cœlioscopie :**

La coloscopie est recommandé en cas de pathologie tubo-pelvienne suspectée (antécédent d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne, clinique évocatrice d'endométriose, séropositivité pour chlamydia et/ ou de présence d'hydrosalpinx. Son objectif est double : diagnostiquer et éventuellement, selon la stratégie de prise en charge, corriger les anomalies anatomiques (accord professionnel). (Puech, 2010, p.689).

## **9. Les principaux traitements de l'infertilité**

Le bilan d'infertilité permet à l'équipe médicale de définir les modalités d'une prise en charge adaptée au couple : traitement médical, traitement chirurgicale, La stimulation de l'ovulation, traitements hormonaux, ou assistance médicale à la procréation(AMP).

### **9.1. Traitements médicaux :**

Il s'agit de la stimulation ovarienne, utilisée en cas de troubles de l'ovulation. Elle consiste à provoquer l'ovulation avec des médicaments ; On utilise des médicaments pour induire l'ovulation ou pour régler un éventuel déséquilibre hormonal.

Les médicaments les plus couramment utilisés contre l'infertilité sont :

#### **9.1.1. Anti-œstrogènes :**

Le citrate de clomifène (CC) dont la spécialité est le Clomid, prescrit depuis 1962 est le plus ancien inducteur d'ovulation. Il fait partie de la famille des SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulator) molécules ayant selon les tissus soit une activité antiestrogénique soit une activité proestrogénique. Dans l'organisme, ayant une structure proche des œstrogènes endogènes, le CC va se lier aux récepteurs spécifiques de ces derniers jouant le rôle d'antagoniste compétitif. Ses cellules cibles sont majoritairement situées au niveau hypothalamique, entraînant une levée du rétrocontrôle négatif exercé par les œstrogènes sur la sécrétion pulsatile de GnRH. Cette augmentation provoque la sécrétion des gonadotrophines permettant le recrutement folliculaire. Le CC est indiqué dans le traitement des troubles de l'ovulation de type I ou II selon l'OMS et se présente sous la forme de comprimés (CP) de 50mg à prendre par voie orale entre J2 et J6 du cycle. Cela a pour objectif de minimiser les effets anti- Stérilité féminine et son traitement, rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins de la patiente œstrogènes pouvant impacter la qualité de la glaire et de l'endomètre en cas d'administration plus tardive (Nouhaud, 2015, p. 65).

#### **9.1.2. Les gonadotrophines :**

Les gonadotrophines administrées en injections quotidiennes (Gonal, Puregon, Luveris...) leurs principales indications sont l'anovulation chez une femme souffrant du SOPK et en cas d'hypogonadisme hypogonadotrophique. En cas d'anovulation de type II la FSH seule est utilisée puisque la patiente sécrète de la LH endogène. Les gonadotrophines sont également utilisées en cas d'échecs ou de contre-indication à l'utilisation du CC et de la pompe à GnRH.

Les gonadotrophines sont contre-indiquées en cas de: Tumeurs hypothalamique ou hypophysaire ; Hypertrophie de l'ovaire ou kyste ovarien ; Saignement gynécologique d'origine inconnue ; Carcinome ovarien, utérin ou mammaire ; Insuffisance ovarienne

primitive, Malformation des organes génitaux ou fibrome utérin incompatibles avec une grossesse (Nouhaud, 2015, p.67)

### **9.1.3. Létrozole - Fémar®**

Le Létrozole semble améliorer le taux de grossesses ainsi que le taux de naissances en comparaison au CC, cependant les preuves apportées sont faibles et à manipuler avec précaution. D'autres études sont encore en cours. Le Fémar® existe sous forme de comprimés à 2,5mg administrés par voie orale et dont l'indication de l'AMM est le traitement du cancer du sein (Nouhaud, 2015, p.79).

## **9.2. Traitements chirurgicaux :**

Dans certains cas, une intervention chirurgicale est nécessaire.

### **9.2.1. Au niveau des trompes :**

Il est possible d'intervenir directement au niveau des trompes pour les biens perméabilisé, On procède à l'ablation de la partie de la trompe obstruée et on raccorde les morceaux restants, ou on agrandit l'ouverture du pavillon qui est bouché. Depuis quelques années on pratique aussi l'hystérogaphie, sélective à l'aide d'une sonde placée à l'entrée de la trompe obstruée. On l'injecte progressivement et permet de déboucher la Trompe.

### **9.2.2. Au niveau de l'utérus :**

On procède à l'ablation d'un ou plusieurs fibromes par myomectomie soit par voie abdominale (chirurgie classique, parfois cœlioscopie), soit par voie naturelle (utérine) sous contrôle visuel (hystéroscopie).

### **9.2.3. Au niveau des ovaires :**

En fonction du diagnostic, on peut procéder, soit à l'ablation de l'ovaire seul (ovariectomie) ou avec la trompe (annexectomie), soit à l'ablation de kyste (kystectomie) (Constantine, 2010, p. 19).

## **9.3. La stimulation de l'ovulation :**

Elle est proposée en cas d'absence ou d'anomalie de l'ovulation voire de grande difficulté à obtenir une grossesse. Les inducteurs de l'ovulation sont pris par voie orale à partir du deuxième jour des règles, ou si nécessaire par injection. L'ovulation est surveillée par des échographies et des dosages hormonaux sanguins. Les rapports sexuels réguliers en période ovulaire sont évidemment la deuxième phase (indispensable) du traitement.

## **9.4. La stimulation hormonale :**

-En cas d'ovaires micro poly kystiques, le traitement repose sur l'inhibition de l'ovulation par les œstrus progestatifs.

-En cas de fibromes gênants le traitement médical utilise des hormones féminines : progestatifs de synthèse.

-En ce qui concerne le syndrome de tumeur, les traitements utilisés pour augmenter la taille sont l'hormone de croissance (GH) et les œstrogènes utilisés pour induire un développement des caractères sexuels. (Constantine, 2010, p.20).

### **9.5. assistance médicale à la procréation(AMP).**

Les techniques d'AMP consistent à obtenir une fécondation in vivo ou in vitro par rapprochement des ovocytes et spermatozoïdes et donc à réaliser une procréation de manière artificielle. Ce sont des actes devant être réalisés par des praticiens agréés, soumis par des lois de bioéthique. L'assistance médicale à la procréation a beaucoup évolué ces dernières années et offre beaucoup de moyens dans la prise en charge de l'infertilité. (Rozenberg, 2009, p.2)

#### **9.5.1. L'Insémination artificielle ou IA :**

Cette technique est la plus ancienne et constitue le premier recours de l'AMP

Elle peut être répétée d'un cycle à l'autre. Dès le 21<sup>ème</sup> siècle, la littérature recense plusieurs cas de femmes inséminées avec succès à l'aide d'une seringue.

Elle concerne toutes les techniques où le sperme, après avoir été recueilli et éventuellement congelé, est déposé dans les voies génitales féminines. La localisation anatomique de l'insémination peut être vaginale, cervicale ou intra-utérine. Le sperme peut être frais ou congelé et dans les deux cas utilisé avec ou sans préparation par lavage et centrifugation. Cette préparation est indispensable en cas d'insémination intra-utérine afin d'éliminer le plasma séminal, riche en prostaglandines, pouvant entraîner de violentes douleurs par contractions utérines, voire même un état de choc réactionnel. Les différents types d'insémination artificielle sont les suivants. (Rozenberg, 2009, p.2)

##### **9.5.1.1. Insémination intra vaginale**

Elle consiste à déposer le sperme au fond du vagin à l'aide d'une seringue. D'indication exceptionnelle, elle est surtout proposée dans le cadre d'auto-inséminations à domicile par le couple lui-même en cas d'impossibilité d'éjaculation coïtale. Elle peut être proposée, par exemple, pour des patients paraplégiques arrivant à provoquer une éjaculation avec des traitements médicaux ou à l'aide d'un vibromasseur et également en cas de difficultés sexuelles psychogènes, sous réserve d'un suivi et d'un accord psychologique (Rozenberg, 2009, p.2)

##### **9.5.1.2. Insémination intra cervicale**

Le sperme est déposé dans l'endocol, en général sans préparation préalable, à la période ovulatoire, lorsque la glaire cervicale est d'abondance et de qualité optimale. Après

l'insémination, une cupule cervicale est placée sur le col, elle sera enlevée par la patiente 5 à 6 heures plus tard. Sa principale indication concerne les hypospermies et oligoasthénozoospermies relativement modérées à test de Huhner négatif avec test de pénétration croisée dans la glaire in vitro positif. En cas d'oligoasthénozoospermie relative, en raison d'un volume important de l'éjaculat, le recueil de sperme peut être fractionné et sa première fraction, habituellement la plus riche, être seule inséminée.

Cette technique est également souvent utilisée lors des inséminations avec sperme congelé de donneurs (IAD) (Rozenberg, 2009, p. 3).

#### **9.5.1.3. Insémination intra-utérine**

C'est la technique d'insémination actuellement la plus utilisée. Elle consiste à déposer environ 0,2 ml de milieu de culture contenant une sélection de spermatozoïdes concentrés à proximité du fond utérin après franchissement du col par un fin cathéter souple. Cette technique, indolore, se fait en consultation. La patiente reste ensuite allongée pendant une quinzaine de minutes, puis peut reprendre son activité habituelle.

#### **9.5.1.4. Stimulation de l'ovulation pour les inséminations**

Elle n'est pas obligatoire et les inséminations peuvent être réalisées en cycle spontané. Cependant, l'utilisation d'une stimulation hormonale multiplie les chances de grossesse par 2 (avec le citrate de clomifène) et par 3 (avec les human menopausal gonadotropin [hMG] ou les FSH). [5] Pour cette raison, la plupart des tentatives sont réalisées avec une stimulation sous réserve d'en avoir éliminé les contre-indications (cardiovasculaires, antécédents tumoraux en particulier) et de les pratiquer sous stricte surveillance hormonale et échographique afin de réduire les risques de grossesse multiple et de syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Une prudence particulière avec réduction des doses et accentuation de la surveillance sera de mise chez les patientes ayant un profil clinico-biologique d'ovaires polykystiques. (Rozenberg, 2009, p. 2. 3)

### **9.6. La fécondation in vitro (FIV) :**

Louise Brown, le premier « bébé-éprouvette » au monde, est née en 1978 en Grande-Bretagne (Dr Edwards, Dr Steptoe). Amandine est le premier enfant né par FIV en 1982 en France (Pr Frydman et Dr Testart).

La fécondation in vitro a induit une véritable révolution dans le traitement de la stérilité et dans la biologie de la reproduction. Lors d'un rapport sexuel, des millions de spermatozoïdes éjaculés dans le vagin migrent vers les trompes pour atteindre l'ovocyte et le féconder. Seuls quelques spermatozoïdes réussissent à traverser la glaire ou mucus cervical et un seul pénètre dans l'ovocyte.

La fécondation in vitro ou extracorporelle consiste à reproduire au laboratoire ce qui se passe naturellement dans les trompes : la fécondation et les premières étapes du développement embryonnaire. La stimulation des ovaires permet le développement de plusieurs follicules qui sont prélevés, juste avant l'ovulation, pour recueillir plusieurs ovocytes ou ovules. Ces ovocytes prélevés sont mis en contact avec les spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur. Au bout de 48 heures, des embryons obtenus à deux ou quatre cellules sont alors replacés dans l'utérus où ils pourront effectuer leur nidation (Dutel et All, 2015, p. 136-137).

### **9.7. ICSI injection intra cytoplasmique de spermatozoïde :**

ICSI (injection intra cytoplasmique ou intracytoplasmic sperm injection) consiste à injecter un spermatozoïde unique directement dans le cytoplasme de l'ovocyte mature. Il s'agit d'une intervention très délicate, même entre des mains très expertes.

La fécondation in vitro conventionnelle, la FIV-ICSI se justifie dans les situations où il est difficile d'obtenir du partenaire masculin une quantité et une qualité de spermatozoïdes suffisantes. Les étapes précédant et suivant l'insémination (stimulation ovarienne, ponction folliculaire et transfert des embryons) sont exactement les mêmes ; seule la technique de fécondation varie. Cette technique permet d'obtenir un taux plus élevé de fécondation par rapport à la FIV classique. (Dutel et All, 2015, p.139).

Le phénomène de l'infertilité relève d'une incapacité à obtenir une grossesse après environ deux ans de rapports sexuels réguliers non protégés.

Faire un enfant, c'est un désir, un acte intime qui se transforme en acte médical, devenir infertile c'est très douloureux, cette souffrance menace tous les aspects de la vie, elle touche la femme d'abord, le conjoint, et la famille. Dans ce qui suit nous allons présenter l'aspect psychologique de l'infertilité féminine primaire

## **II. L'infertilité féminine aspect psychologique :**

L'infertilité a le plus souvent une origine médicale, mais aussi le psychisme et le corps étant intimement liés, des facteurs psycho influencent la fécondité d'un couple.

L'infertilité peut être très difficile à vivre pour les couples qui souhaitent devenir parents mais qui n'y parviennent pas. Cette incapacité peut avoir des répercussions psychologiques importantes, dans ce qui suit nous voir d'une manière détaillée l'aspect psychologique de l'infertilité féminine primaire

### **1. Vécu psychologique générale de l'infertilité féminine :**

Chaque praticien est bien convaincu de l'existence d'une part psychologique dans le déterminisme ou dans la levée de l'infertilité féminine, cette conviction reste intuitive; issue

de la clinique, elle ne rencontre ni validation quantitative, ni perspective thérapeutique spécifique. Des outils intellectuels reconnus et disponibles pour penser une psychogenèse font jusqu'ici défaut, mais il faut être extrêmement prudent avant de qualifier une stérilité psychologique.

Paradoxalement, cette situation offre à la recherche en psychologie clinique une nouvelle chance car les praticiens gynécologues orientent un certain nombre de consultants vers des psychanalystes, psychologues ou psychiatres qui peuvent soulever de nouvelles hypothèses étiologiques, quoi que cette prise en charge psychologique soit recommandée aussi bien pour un des conjoints et pour le couple.

D'ailleurs, Les auteurs insistent sur un état de tension qui aboutirait à un dysfonctionnement de l'appareil génital qui agit sur les ovaires mais également sur la pénétration des spermatozoïdes qui seraient bloqués au moment où ils essaieraient de remonter à l'intérieur des trompes ou encore après l'éjaculation au niveau de la glaire cervicale. (Haynal, Coll, 1997.p, 138).

Toutefois, la vie émotionnelle avait une influence immédiate sur la fonction de reproduction, sur l'ovulation par exemple, mais l'incidence de la composante psychique de la stérilité était diversement appréciée. Les effets de l'émotion peuvent être retrouvés chez les deux partenaires, car la spermatogénèse peut aussi être modifiée, par la fatigue ou le stress psychiques. Ceci introduit déjà la question de la stérilité conjugale, car la dimension d'un couple ne saurait être négligée ni sur le plan somatique ni dans sa dynamique interactive. Il est certain que les aspects psychologiques influent sur le cycle féminin. (Olivennes, Beauvillard, 2008, p.97).

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

Un couple qui n'arrive pas à avoir les enfants qu'il désire est un couple en détresse. Avant d'avoir recours à la fécondation in vitro, il a déjà derrière lui une longue histoire d'infertilité, depuis le moment de sa découverte (découvre progressive, au fur et à mesure des cycles inféconds) en passant par la phase du bilan diagnostique et celle des premières tentatives

thérapeutique conclue par un échec. Le recours à une technique « artificielle » n'est pas un traumatisme en soi, si elle doit se conclure par un succès. Mais la ou les difficultés commencent, c'est lorsque, « *après tout cela* » il a toujours rien encore. (Blanger, 2010, p.49).

Cependant selon la psychanalyste Desjadins-simon, (2010), la grossesse constitue la rupture ultime avec la mère. Devenir parents c'est de transmettre une histoire du bébé que l'on a été et aux parents que l'on a eu. Ce qu'on a vécu depuis la naissance peut ressurgir et verrouiller l'accès à la maternité, le futur bébé peut alors apparaître comme un danger car il risque de recréer des situations traumatisantes qui tournent autour de sa propre naissance, et d'une place dans la fratrie mal définie. D'ailleurs cet événement traumatisant superpose parfois sur plusieurs générations avec la transmission inconsciente de l'événement traumatisant dans la famille.

D'un autre point de vue, il nous est arrivé de rencontrer des femmes infertiles pour lesquelles la place de l'enfant désiré était déjà occupée par un ascendant âgé vivant plus ou moins au foyer, materner son propre parent, aux dépens de sa propre descendance, est le sort de bien des adultes. On ne peut en méconnaître la dimension de jouissance et la souffrance de l'infertilité naît de la contradiction entre les vœux conscients d'un enfant et la satisfaction inconsciente d'être la mère de son propre parent. (Bydlowski.1997, p.96).

Toutefois, le profil psychologique particulier des couples infertiles n'est pas la cause de l'infertilité et de l'échec du traitement. Il est le résultat du vécu de l'infertilité et de l'usure apportée par les espoirs déçus. La technique de la fécondation in-vitro est une technique dans la mesure où elle aussi se concluait par un échec, peut apporter un surcroît de difficultés psychologiques. Elles sont d'autant plus importantes que la fécondation in vitro qu'est une technique « lourde » aussi bien du point de vue de l'investissement « temps » qui est demandé au couple, que du caractère (Blanger, 2010, p.49).

## **2. La psychologie et la psychopathologie de la femme infertile :**

Les femmes infertiles souffrent des épisodes d'anxiété, de stress émotionnel, leurs propres histoires et leurs souffrances pouvant intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

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

Plusieurs types de répercussions psychologiques peuvent enjoinde des perturbations associées à l'infertilité, celle qui sont lié à un travail de deuil, et à la défiguration de la féminité

cela en passant sur des états de dévalorisation avec perte de féminité, de la maternité, le dégoût de soi-même, l'agressivité ( la colère, ou refus de communication)

Malgré l'infertilité soit un fait du couple, la femme est la première victime. Ceci semble bien trouver une explication à travers la condition de la femme P .Menard décrit avec lucidité par ces titres : « *Née pour travailler* » (le travail domestique) « *Née pour procréer* » « *Née pour se taire* » la femme est parfois la première à être reconnue responsable ou cause de la stérilité du couple par son propre mari. Car la maternité trouve aujourd'hui dans ce que le social nomme « *désir d'enfant* » un préalable obligatoire sans lequel, sauf accidentelle n'est pas réalisée.

La femme infertile peut se sentir anormal ou exclu de la vie sociale, soumis à des tensions internes, elle est en butte ou réactions plus ou moins gênantes de l'entourage .Les réactions peuvent aller à des injures, des paroles déplacées jusqu'à l'agression physique. La femme peut y répondre par le sentiment de chagrin qui lacère la femme stérile soit exacerbé suite aux conseils appropriés certes mais jugés blessants, provenant des parents, des amies ou même des étrangers. La grande souffrance à laquelle elle est exposée peut engendrer chez elle des réactions d'agressivités ou de fuite, Le manque de maîtrise de soi, la culpabilité, la colère, la honte ou le ressentiment sont capables à destruction de la relation au sein du couple. (Patrick, 1984, p.93)

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

En revanche, il a été prouvé que l'angoisse et la dépression étaient présentes chez 40% Des couples présentant des problèmes de fertilité .cela s'explique déjà par l'obsession qui peut se manifester à l'intérieure d'un couple confronté à l'impérieuse nécessité d'avoir un enfant. (Dépondt-gadet, 2011.p7).

La femme infertile déprimée à des idées noires sur sa vie ; son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider au geste le plus simple (se lever, s'habiller...), des troubles de sommeil (l'insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive de jour comme de nuit),des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise de poids, une caractéristique importante de la dépression est la perte de plaisir à réaliser ce qui au paravent apporter bien-être et satisfaction. La femme infertile déprimée n'a plus de goût à rien, elle ressent de la culpabilité .Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

Mais aussi la détresse qu'est la conséquence de l'infertilité pourtant que cette douleur préexiste souvent à la demande symptomatique : l'infertilité pourrait être le témoignage de cette souffrance, chaque femme qui souffre d'un problème de l'infertilité, sa propre histoire et ses souffrances interviennent à tout moment dans le processus de cette difficulté (Bydlowski. 1997. p.98).

Pour conclure on peut dire que la difficulté de concevoir un enfant représente une véritable souffrance chez le couple, vivre un véritable malheur suite à l'annonce du diagnostic médical nécessite sans aucun doute un suivi et une prise en charge psychologique en parallèle avec le traitement médicamenteux, traitement chirurgicale, la stimulation de l'ovulation, traitements hormonaux, ou assistance médicale à la procréation(AMP).

### **3. Le soutien psychologique de la femme infertile :**

D'après nos connaissances, pour un couple ou une femme qui souhaite être mère, désirer un enfant plus que tout au monde et se retrouver confronté à des problèmes d'infertilité est une lourde épreuve à affronter. L'annonce de l'infertilité, la mise en place du diagnostic, la prescription du traitement médical adapté, les nombreux examens, l'angoisse des résultats, l'impression d'injustice et de découragement, la possibilité d'échec, le sentiment de culpabilité, engendrent souvent des tensions entre les partenaires. D'après nos connaissances, toutes ces étapes par lesquelles passent les couples atteints d'infertilité constituent des situations psychologiques difficiles à vivre et fragilisent non seulement chacun en tant qu'individu, mais aussi le couple lui-même. Pour certains couples c'est une démarche difficile car elle est aussi très intime.

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 d'infertilité féminine.

La clinique d'infertilité offrant d'une part les informations complètes puis un soutien adapté aux besoins du couple pour la gestion du stress et à la détresse psychologique réactionnelle. Ainsi elle assure la meilleure qualité de vie possible pour les personnes suivies et à donner le plus de chance possible au projet du couple, (Girard et All, 2017, p374).

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 :

- Doivent être traversés ces moments difficiles ensembles.
- Les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le psychologue.

- Devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscient que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux.

- Devraient rechercher un soutien au couple auprès des amis, de membres de leur famille. Le couple tiendra mieux le coup s'il parvient à faire passer l'amour du conjoint avant son désir d'enfant. La parole et le dialogue restent les meilleures armes pour affronter ensemble la situation.

- Le partage par le biais de groupes de paroles ou forums d'associations, apporte un soutien précieux, dont les couples auraient tort de se priver. Quelques entretiens avec un «psychologue » pour faire le point peuvent évidemment s'avérer très utiles. Mais c'est rarement le moment d'entreprendre une longue démarche de thérapie. (Bydlowski, 1997, p.98- 99).

Enfin le soutien psychologique donne au couple un espace dans lequel il peut s'exprimer et être écouté, Cette étape est essentielle dans la détermination du traitement le plus adéquat. La prise en charge des couples en infertilité et le parcours médical sont ainsi complexes .elle ne s'arrête pas au traitement technique et spécifique de la cause identifiée uniquement mais s'adresse au couple pris en compte ensemble et individuellement.

La prise en charge psychologique, peut s'effectuer à plusieurs niveaux et être dispensée par plusieurs corps professionnels. (Girard et all, 2017, p374). Depuis plusieurs années, 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 et all, 1990).Parmi les psychothérapies proposées on trouve :

Les thérapies comportementales et cognitives mettent l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien. Elle aide les patients à examiner la façon dont ils interprètent et évaluent ce qui se passe autour d'eux et les effets de cette perception sur leur expérience émotionnelle. Les TCC ont pour but de modifier un comportement qui gêne la vie de la personne. (Neil, Rector, 2010, p.02).comme le confirme l'étude de l'équipe de Domar 2007 qui a mis au point le traitement de type TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive) dont l'objectif était de réduire la détresse psychologique, ce qui augmenterait aussi de façon significative le taux de naissance. Au vu de la réussite de ces interventions, elle en a conclu qu'il serait important que les couples puissent effectivement en bénéficier au cours de leur prise en charge. Elle a, aussi constater que la médicalisation amène souvent une

indifférence vis-à-vis des réponses émotionnelles dont les couples peuvent faire l'expérience (Pirrello-Parnot, 2013, p. 52).

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

Autant Les techniques de relaxation : Les experts recommandent diverses techniques de relaxation pour réduire le considérable effort que l'infertilité et son traitement sont souvent la cause. Il s'agit notamment de méditation de pleine conscience, la respiration profonde, l'imagerie guidée et le yoga. (Alain de Broca, 2006, p.177).

Cependant une autre technique ayant fait ses preuves est celle de Gattely and al. (1996) travaillant sur les stratégies de coping et le développement de comportements alimentaires adaptés chez des femmes obèses infertiles. Cela les a aidé à perdre non seulement du poids, à augmenter leur estime d'eux-mêmes, à réduire l'anxiété et la dépression mais aussi à 80% d'entre elles de tomber enceintes.

En outre, il y a la technique CBT (Cognitive-behavioral therapy) étudiée par Tuschen-Caffier and al. (1999) dont l'objectif serait de réduire les pensées négatives, d'augmenter la communication au sein du couple et d'encourager à l'expression des craintes relatives à la performance et aux résultats des traitements. Un tiers du groupe a pu avoir un enfant, plus que les taux trouvés au sein d'autres études (7.2-14.3%). Néanmoins l'absence de groupe contrôle au sein de cette étude amène à relativiser ces résultats. Une diminution significative des pensées négatives et ruminantes au sujet de l'infertilité ainsi que de la détresse qui pouvait exister au sein du couple ont été observées. (Pirrello-Parnot, 2013, p. 53)

En effet nous constatons que les TCC aident les femmes à dépasser les symptômes psychologiques de l'infertilité 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.

Dans certaines sociétés pour certains couples l'infertilité est une démarche difficile et aussi très intime. D'ailleurs devenir maman est un événement important dans la vie d'une femme et son conjoint, c'est pour cela qu'ils vivent toujours une grande souffrance, un désespoir et de déception d'attente, la femme rêve d'être enceinte, de sentir bouger le bébé, parfois elle se sent redevable de donner un enfant à son conjoint comme si elle n'accomplissait pas son rôle de femme. Pour cela le soutien psychologique est considéré comme une

démarche très important pour l'aide et le traitement du couple, à cet égard, plusieurs études se sont intéressées aujourd'hui aux effets des interventions psychologiques sur les résultats en termes de grossesse mais aussi pour le bien-être de la femme atteinte d'infertilité et son conjoint.

Dans ce qui suit nous allons nous aborder la troisième section du premier chapitre qui renvoie au couple et parentalité.

### **III. Couple et parentalité :**

L'amour comprenant les éléments sexuels et de plaisir est l'un des fondements d'une relation conjugale, mais il est insuffisant. Ce n'est pas l'amour seul ou les relations sexuelles qui maintiennent le couple dans la durée, c'est la qualité de la relation que les partenaires peuvent se proposer l'un à l'autre, ainsi le projet de parentalité chez le couple est un élément fondamentale pour la continuité de la relation conjugale dans se qui suit nous présenter le couple et la parentalité d'une manière détaillée.

#### **1. Aperçu historique sur la notion du couple :**

Bologne, (2016) donne une description très riche sur l'évolution du couple occidental au fil des siècles. Nous évoquerons ici trois de ces grandes évolutions dans les buts du mariage au fil de l'histoire, notamment au cours de l'antiquité, du moyen âge puis dans l'époque contemporaine.

Dans l'antiquité les buts de mariage peuvent se définir par la transmission du patrimoine. La sexualité est alors directement associée au fait d'avoir une descendance légitime. D'ailleurs c'est le mariage légitime qui décerne la citoyenneté. Ainsi le mariage est un devoir et il existe même « *un impôt sur le célibat* ».c'est également ceux qui permet la transmission du statut de citoyen a ses enfants. (Bologne, 2016, p.76)

Par ailleurs il existe d'autres formes de couples qui sont reconnues et officialisées par les sociétés grec et romaine, ici les hommes ont une grande liberté sexuelle, pouvant multiplier les relations sexuelles sans aller à l'encontre de leur statut d'hommes mariés. Ces différentes formes de relations correspondant chacune à des buts distincts et a des noms spécifiques attribué a la femme dans le couple ; « *l'hétaire* » est le nom attribué à la courtisane, chargée d'apporter le plaisir sexuel et de la conversation. Son statut n'apporte aucun droit à quiconque, l'hétaire pouvant même entretenir des relations avec plusieurs hommes. Ainsi la concubine quant à elle, nommée la « *pallaque* », est généralement une femme issue de milieu modeste ne pouvant pas prétendre à un mariage honorable. Cependant, la relation de concubinage est exclusive et comprend des effets civils. La concubine a le droit d'assister à des cérémonies religieuses avec son compagnon, ce qui est interdit aux esclaves.

Enfin la « *gunaiika* », autrement dit l'épouse, est la mère des enfants légitimes, futurs successeurs de l'héritage. Elle dirige la maison et reste majoritairement confinée afin de ne pas perdre son honneur et de garantir une descendance légitime. (Bologne, 2016, p.76)

La période antique se caractérise donc par une séparation des différents espaces du couple. Ainsi, le couple permettant la citoyenneté et la descendance légitime était séparé du couple apportant l'affection, l'amour, pouvant lui-même être séparé de la relation sexuelle avec la courtisane. (Bologne, 2016, p.77)

Dans l'antiquité romaine, la vie de couple se juge également à la descendance. La différence entre les deux civilisations repose principalement sur le statut de l'épouse et de sa place « *publique* ». En effet, dans la culture grecque, l'épouse restait principalement cantonnée au *gynécée* de la maison, c'est-à-dire la partie la plus retirée nommée « *l'appartement des femmes* » et dans lequel personne ne peut entrer sauf les proches parents, afin de garantir l'honneur de l'épouse et donc la légitimité de la descendance. (Bologne, 2016, p. 77).

En effet, nous allons le voir maintenant, le Moyen Âge a œuvré avec difficulté à rassembler ces différents aspects sous une forme conjugale possible, le mariage chrétien. Le droit chrétien a eu la volonté de simplifier les configurations conjugales en ne reconnaissant plus qu'une forme licite de couple. Le but du mariage chrétien est alors le sacrement. La sexualité est associée à l'unité de la chair et donc à l'indissolubilité « *la sexualité du couple, devenu par la consommation une chair unique, ne peut plus se séparer* » (Bologne, 2016, p. 95).

Au milieu du XIII siècle selon Jaspas (2005), Saint Thomas d'Aquin condamne à nouveau les relations sexuelles qui ne sont pas à but procréatif. La notion de *fornication* est précisée et se définit comme les relations sexuelles hors du mariage, les relations sexuelles dont le seul but est le plaisir, la masturbation ou encore l'éjaculation involontaire.

Cependant la fin du Moyen Âge est marquée par une dévaluation du mariage liée notamment au « *marasme économique et social que traverse l'Europe occidentale pendant la guerre de Cent Ans et les grandes pestes* » (Smadja, 2011, p. 18) mais aussi à la manière donc l'Eglise n'a cessé de prôner la virginité et le célibat, considérant le mariage comme « *une œuvre de la chair, un état inférieur au modèle de la perfection chrétienne, contrairement à l'état religieux voué à la chasteté* » (Carbonnier-Burkard, 2013, p.28). La période se caractérise ainsi par un relâchement de la surveillance royale des lois matrimoniales et une sexualité plus débridée (Smadja, 2011). (Gueguen, 2017, p.29).

La période de la Renaissance est marquée par deux grands courants ayant influencé la question conjugale.

En effet Bologne(2016), renoue avec la civilisation gréco-romaine à travers les notions de savoir mais surtout de liberté individuelle et redécouvre la conception antique du mariage, favorisant une forme de libération sexuelle. Ce courant humaniste encourage la détermination individuelle, et bien que les familles restent majoritairement décideuses des affaires matrimoniales, les couples disposent désormais « *d'une certaine autonomie de choix* » (Smadja, 2011, p. 18). Il confère au mariage un statut plus civil le considérant comme une « *chose politique et civile soustraite à la compétence de l'Église* » (Carbonnier-Burkard, 2013, p.29).

Ainsi Larané et Grégor, (2013) qui affirment que le XVIII siècle se caractérise par des différences sensibles entre les classes supérieures et les classes populaires. Ainsi, dans l'aristocratie européenne et la haute bourgeoisie, le mariage est avant tout un contrat « *qui rapproche fortunes et titres* ». Le mariage est alors dissocié de la notion d'amour et il est même « *jugé inconvenant de se marier par amour* ».

La fin du XIX siècle marque le retour de la République. Le mariage d'inclinaison connaît une augmentation importante : « *On y voit la garantie d'unions solides, fondées sur un attachement sincère et non sur des contraintes* » (Larané, 2013, p.28).

Dans ce même mouvement, le droit au divorce fait son retour en 1884 même s'il se limite encore aux trois causes stipulées presque un siècle plus tôt par Napoléon Bonaparte. Sur le plan légal et administratif, les démarches pour se marier sont rendues plus simples et accessibles aux classes sociales plus défavorisées : « *Le mariage, qui brasse une paperasserie complexe et chère, est en effet un luxe pour les pauvres qui sont alors contraints au concubinage* » (Smadja, 2011, p.24).

Cependant Les conditions d'un mariage d'amour sont réunies au XX siècle. Toutefois, le grand défi actuel du mariage d'amour, c'est de durer, l'espérance de vie s'allongeant. Le désir d'avoir des enfants n'étant plus le but premier du mariage, il faut inventer d'autres raisons d'inscrire l'amour dans le temps (Smadja, 2011, p. 25).

Le XXI siècle se caractérise par une forte proportion de relations conjugales hors mariage et par l'apparition de nouvelles formules civiles familiales telles que le PACS institué en 1999. Pour autant, malgré sa forte diminution dans les années 70, le mariage n'est pas en reste, de nombreux couples continuent de se marier. Les couples homosexuels sont même demandeurs de l'accès à ce droit, ce qui se concrétise par la loi du 17 mai 2013 sur le mariage pour tous. Le taux de naissances hors mariage et de divorces explose à la fin du XX siècle traduisant pour Bologne « *la peur de l'engagement, sinon de la vie commune, et un souci de mieux garantir sa liberté individuelle* » (Bologne, 2016, p. 198).

Pour conclure à travers ce détour historique, nous ne pouvons constater que les incroyables interprétations qui se sont opérées dans les formes conjugales et familiales au fil des siècles, mais aussi l'influence des différentes évolutions religieuses et sociétales dans la façon de reconnaître et d'encadrer le couple.

## **2. Le couple en Algérie**

Le couple est aujourd'hui un ensemble de pesanteurs sentimentales, familiales, économiques, religieuses et culturelles ; c'est là autant de pressions qu'une jonction de deux destinés peut assumer, autant qu'elle peut en souffrir ou les surmonter dit Arezki, 2004.

Bourdieu, (2002) dans le modèle traditionnel tel qu'il a existé avant la colonisation, l'identification sociale opérait à deux niveaux : au niveau de la tribu et au niveau de la « ayla », communauté familiale patrilinéaire, composée de fils mariés, demeurant unis du vivant du père, et souvent après sa mort, sous la direction du frère aîné ou de l'un des frères dont la compétence est reconnue. L'indivision de la propriété exploitée en commun, la crainte et le respect du père, le culte des ancêtres, l'attachement à la généalogie et agnatique à la solidarité qui en découle donnent à la communauté familiale algérienne les traits de la famille patriarcale telle qu'elle a été définie par les anthropologues.(bourdieu,2002,p72)

Selon Arezki, (2004) Durant la colonisation, la famille patriarcale, fortement imprégnée par l'islam, a dressé un édifice qui lui a permis de mettre à l'abri ses structures anciennes. Au fil du temps, après l'indépendance, sous l'influence du progrès et des mass média, cet édifice s'est écroulé subrepticement. Et, aujourd'hui, on assiste à un dilemme : d'un côté la tradition, de l'autre l'aspiration à la modernité (Arezki, 2004, p.29)

Le vécu culturel de l'Algérien est un conflit de normes antagonistes. L'assimilation aux valeurs étrangères déclenche chez lui un sentiment inconscient de culpabilité : c'est ce que nous appelons un conflit intra-personnel. Mais une ambivalence mal réglée entraîne aussi un conflit interpersonnel dans les rapports avec les autres.

Cependant ce sentiment de fierté, au cœur de l'idéologie patriarcale, est discriminatoire vis-à-vis de la femme car elle aurait tout pour le détruire. Le Maghrébin considère que son « honneur réside dans la chasteté de sa femme, de ses sœurs et de ses filles » (Mernissi 1983), et le meurtre est justifié si cet honneur est souillé car le prestige de l'homme dépend du comportement des femmes dont il a la charge. Le clan familial se fait un honneur de donner à d'autres clans des femmes qui assureront la pureté de leurs nouvelles lignées généalogiques ; et, évidemment, en retour, il attend que les clans avec qui il entre en alliance lui fournissent des femmes qui assureront la descendance dans les conditions sociales de l'honneur. D'où

l'obsession de la virginité de la jeune femme à marier, seule garante de la patrilinéarité dans une société où a eu cours la fiction de l'enfant endormi (Kian-thiébaud, 2016, p, 75).

En effet la finalité du mariage, comme dans d'autres sociétés traditionnelles, est la procréation d'une progéniture dont il ne fera aucun doute qu'elle provient du mari. La virginité de la jeune fille et la fidélité de la femme renvoient au culte des ancêtres qui imposent que la lignée soit continuée dans la pureté. L'individu n'existe que par le groupe auquel il appartient et l'obsession de la virginité est un effet de l'idéologie patriarcale qui subordonne la relation sexuelle à la procréation conçue non comme un acte engageant l'individu, mais comme un acte engageant la lignée-communauté (morts et vivants), d'où les règles strictes de l'honneur (nif) et du respect de l'intimité privée (horma), dépassant la stricte individualité de celui qui les transgresse. (Kian-thiébaud, 2016, p, 75)

La rédaction de la rubrique sous laquelle nous plaçons cette section se justifie. Le législateur s'est abstenu de rien faire qui touche aux conditions de fond du mariage qui restent déterminées par les statuts locaux, c'est à dire le droit musulman et le système coutumier kabyle. Il y a cependant des règles de forme qui touchent quelque peu au fond: exiger pour que le mariage se forme le consentement des deux époux, c'est écarter le droit de contrainte du père sur la fille, comme exiger pour les candidats au mariage l'âge de 18 ans pour le mari et de 15 ans pour la femme équivaut à interdire le mariage des impubères. Comme la plupart des Etats dits islamiques l'ont fait chez eux, le législateur Français s'est décidé en 1959 à exiger pour la conclusion du mariage la rédaction d'un acte écrit, et, comme le législateur tunisien, il a décidé de laisser aux parties le choix entre le recours à un notaire (qui est en Algérie le *cadi* dont la personnalité efface celle des utiles réduits au rôle d'auxiliaires tandis qu'ils sont devenus notaires en Tunisie et au Maroc), ou bien directement à l'état civil dont la tenue est confiée aux municipalités. (Addi, 2009, p, 18)

Nous avons constatées suite à nos lectures que la notion du couple en Algérie est étroitement liée à la notion du mariage, cela sous l'influence des croyances religieuses (l'islam), Les codes et les références de la société algérienne par conséquent avoir un enfant hors cadre du mariage est un péché, et leur relation est une désobéissance pour le dieu et une infraction aux normes sociales.

### **3. Définition du couple :**

Couple vient du latin « *copula* » qui signifie « *lien* ». Ainsi, il évoque aussi bien le lien comme chaîne ou laisse (une couple est une laisse avec laquelle on attache deux chiens ensemble) ; mais également le lien en tant que « *deux unions de cœur entre deux amis, ou entre époux* » (Bologne, 2016, p.15).

Selon la définition du dictionnaire en ligne Larousse (2014), un couple consiste en la réunion de « *personnes unies par le mariage, liées par un pacs ou vivant en concubinage* » en se basant à cette définition le code de la famille en Algérie Loi n°844-11 du 09 juin 1984 définit le couple en commençant par section n°1 des fiançailles « El khitba » Art. 4. « *Le mariage est un contrat consensuel passé entre un homme et une femme dans les formes légales. Il a, entre autres buts, de fonder une famille basée sur l'affection, la mansuétude et l'entraide, de protéger moralement les deux conjoints et de préserver les liens de famille* ».

Cependant Selon Zay, (1981) Le couple désigne « l'union de deux partenaires sexuels, homme et femme vivant ensemble dans un logement ». (Zay, 1981, p.134)

Dans l'inconscient collectif, le mot « couple » est synonyme de « mariage ». Plutôt plus que moins. Le mariage, c'est le couple officialisé, devant monsieur le Maire, et éventuellement devant monsieur le curé, l'imam ou le rabbin. Un époux, une épouse, des enfants à venir, un crédit pour la maison, un divorce, peut-être, et une histoire à recomposer. Le mariage, c'est l'atome original de la famille. Et la cellule familiale, c'est le socle de la société. (Bologne, 2016, p.410).

En effet le couple est généralement perçu comme le produit d'un processus d'institution qui conduit chaque partenaire à partager un esprit commun et une vision particulière du monde. Toutefois, le couple est également formé par deux individus aux envies et besoins différents et parfois contradictoires. (Henchoz, 2008, p.15)

#### **4. Définitions du lien conjugal :**

Si certaines personnes se contentent de quelques amis, la plupart d'entre nous recherchent une relation privilégiée : c'est l'âme sœur à qui nous pouvons confier totalement et qui nous permet le plus de nous découvrir. C'est elle qui nous aide à surmonter la solitude inhérente à la condition humaine, aussi autonome et forte que nous puissions être. La relation privilégiée donne un sentiment d'appartenance qui renforce la confiance en soi même si, au bout du compte, cette dernière ne peut dépendre exclusivement d'un tiers. Une relation saine aide simplement à mieux s'accepter et à croire en soi. (Arezki, 2004, p.23).

Le couple comme le fait remarquer Benedek, la famille apparaît comme un champ psychologique dont un noyau est constitué par le couple conjugal; l'enfant va s'introduire dans ce champ où interviennent déjà les processus de l'amour et de la vie partagée. Il est donc important de considérer ces processus avant qu'ils ne viennent concerner l'enfant. (Bourrat, Garoux, 2003, p.52).

Dans cette optique La relation conjugale est une forme de relation dyadique ou chacun des membres va savoir surmonter la souffrance et les conflits pour durer. Citer par Bioy,

Fouques que selon Lemaire le couple conjugale se définit de la façon suivante : « *un lien amoureux marqué par une intention avouée ou non avouée de durée et non un engagement irréversible et institutionnel concernant l'existence entière* ». (Desrochers 2012, p.8). En effet le terme conjugale ne renvoie pas à la notion de mariage, lien légal, mais à son acception dans une forme de couple en tant que lien affectif d'échange plus au moins pérenne.

### **5. La psychologie et psychopathologie de la parentalité :**

La naissance d'un enfant est souvent un événement exceptionnel pour toute la famille, il peut être issu d'un acte planifié, le plus souvent désiré, qui s'inscrit dans un projet familial et qui apporte un changement continu toujours en évolution au sein de cette famille.

Dans ce cadre le terme de parent est issu du verbe latin « *parere* » et signifie procurer, produire, enfanter et mettre au monde tandis que les notions de « père » et de « mère » renvoient directement aux géniteurs de l'enfant, donc à ceux qui lui ont donné la vie (Neirinck 2001 p.16).

Comme Amiot le souligne ; L'arrivée d'un enfant constitue incontestablement un événement majeur dans une vie. Les conjoints deviennent alors un couple parental, un lien qui les unira pour la vie. Mais, ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un événement heureux que des difficultés ne se présentent pas. Cette transition de vie appelle à des adaptations sur les plans personnel, relationnel, organisationnel et financier. (Amiot, 2007).

D'ailleurs le Petit Larousse en ligne, (2008), définit la parentalité comme suit « *Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* ».

Toutefois « La parentalité est un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale ». (Sellenet, 2002, p. 7) Avec cette définition, nous comprenons bien que l'accès à la parentalité implique des processus internes à chaque individu, et ce, indépendamment de la configuration de la filiation (différentes formes de parentalité). Il reste à voir comment cela se distingue que l'on soit homme ou femme. Nous verrons maintenant comment chacun des champs disciplinaires peut préciser ou non les spécificités masculines et féminines de l'accès à la parentalité.

Cependant l'anthropologue Godelier, (2004) propose une définition associant vraie semblablement autant des règles sociales que des obligations et devoirs liés à la notion de parentalité, mais avec ce complément qu'il attribue à quelque chose de l'ordre d'une expérience plus interne à chacun des individus à l'occasion de devenir parent. Toutefois le terme de parentalité désigne l'ensemble culturellement défini des obligations à assumer, des

interdictions à respecter, des conduites, des attitudes, des sentiments et des émotions, des actes de solidarité et des actes d'hostilité qui sont attendus ou exclus de la part d'individus qui au sein d'une société caractérisée par un système de parenté particulier et se reproduisant dans un contexte historique donné se trouvent, vis-à-vis d'autres individus, dans des rapports de parents à enfants. Ces rapports diffèrent entièrement s'ils sont leurs parents en ligne directe ou en ligne collatérale, leurs parents par alliance ou par adoption, etc. Ces obligations et interdictions, ces comportements et ces sentiments attendus ou exclus de la part d'individus en position de parents, sont donc étroitement liés à la nature même des rapports de parenté que ces individus représentent et reproduisent, et dépendent de la place que chacun d'eux occupe au sein de ces rapports, et qui change au cours de leur existence. (Neyrand, 2007, p.73).

Selon Bydloweski, (2008) pour envisager une grossesse il faut cesser de ne pas la vouloir : arrêter sa contraception, en accord avec son compagnon, des mots, des images, des rêves parentaux se mettent alors en place, et précèdent toujours l'incarnation en un enfant le désir sexuel d'un couple se converti en une conception humaine et demande l'abstraction la plus complète qui soit. Toute conception et gestion réalisant donc l'incarnation d'un désir sexuel et d'un projet en un développement biologique. (Bydloweski, 2008, p. 8-9).

Toutefois, le désir d'enfant contient habituellement la mentalisation de futures images parentales (Gorre-Ferragu, 2002). L'enfant est alors conceptualisé en tant qu'individu distinct de l'unité familiale parentale. À ces images conscientes se greffent les représentations inconscientes, souvent trans-générationnelles de chacun des deux parents, mais particulièrement de la mère physiquement engagée dans le processus de la maternité (Bydlowsy, 2000). La réalisation du désir d'enfant, lorsqu'envisagée selon la voie naturelle, requiert l'acceptation de la grossesse en tant que « passage nécessaire ». (Gorre-Ferragu, 2002).

Ainsi Le désir d'enfant peut être habité de forces psychiques contradictoires pouvant mettre en péril la filiation. Le « désir provoque l'irruption de l'irrationnel et fait naître des histoires familiales, parentales, des liens parents-enfants qui sont nourris d'étrangeté qu'il nous faut dépasser » (Marinopoulos, 2007, p.19).

Selon Bydloweski, (2008) pour envisager une grossesse il faut cesser de ne pas la vouloir : arrêter sa contraception, en accord avec son compagnon, des mots, des images, des rêves parentaux se mettent alors en place, et précèdent toujours l'incarnation en un enfant le désir sexuel d'un couple se converti en une conception humaine et demande l'abstraction la plus complète qui soit. Toute conception et gestion réalisant donc l'incarnation d'un désir sexuel et d'un projet en un développement biologique. (Bydloweski, 2008, p. 8-9).

En revanche, pour la plupart des gens, avoir des enfants va de soi et s'inscrit dans l'ordre normal des choses, pourtant ce désir peut signifier plusieurs choses: une proclamation publique de la maturité sexuelle; le désir de créer ou de continuer une lignée familiale et de transmettre des biens matériels; une façon d'avoir quelqu'un qui nous aime en retour; une motivation à se lever le matin et à travailler; l'assurance que quelqu'un prendra soin de nous lorsque nous serons âgés; un renouvellement de la chaîne de la vie; une réponse aux standards sociaux; une réponse à une injonction éthique ou religieuse; l'accomplissement des obligations familiales; une façon de se poser en tant qu'individu ayant son identité propre et des valeurs dignes d'être transmises; la raison même d'un couple; un moyen d'unir ou de restaurer l'harmonie conjugale; l'incarnation de la relation de ses parents; un moyen d'obtenir un plus grand sens d'appartenance au réseau amical; un moyen d'accéder à un sentiment de plénitude et d'épanouissement personnel, etc. Ainsi le désir d'enfant s'inscrit dans une psychologie, mais aussi dans une logique sociale. Ce désir et sa réalisation (ou sa non-réalisation dans le cas de l'infertilité) ne peuvent donc être abordés et compris que dans un effort de mise en relation avec le cadre social dans lequel ils s'inscrivent. (Corbeil, 2016. P.64)

Nous déduisons suite à ce qu'est dit au-dessous que remplir la fonction parentale chez le couple infertile reste bloqué à l'absence de la grossesse donc les fonctions de parentalité restent incomplètes et se limitent au désir d'enfant toutefois pour satisfaire leur désir d'enfant certains couples font recours à l'adoption qui constitue une forme de parentalité.

### **5.1. Le désir de l'enfant :**

Le désir c'est la volonté, au fait de vouloir quelque chose, un objet réel ou imaginé ; c'est de vouloir obtenir une chose, être tendu vers un but.

Le désir d'enfant est avant tout un désir inconscient : on espère à être parent comme nos parents et grands-parents l'ont été. Ce désir existe déjà chez le tout-petit, garçon ou fille. Il peut jaillir sans s'annoncer et souvent de façon contradictoire avec les objectifs conscients. (Scalici, 2014, p.42)

Les couples anticipent la naissance d'un enfant avec beaucoup d'enthousiasme et d'excitation, la réalité parentale est cependant parfois différente de ce qu'ils s'attendent. Passer du pas de deux au pas de trois (voir d'avantage) implique des changements auxquels le couple va devoir s'ajuster. Cependant, les enfants sont devenus rares et d'autant plus précieux. L'enfant devient ainsi celui qui donne « le sens à la vie ». Il est surinvesti, objet d'attention, de sollicitation, voire de surstimulation. L'enfant donne l'impression d'être intellectuellement mûr et responsable. (Braconnier, Collette, 2003, p.8)

Suite à nos lectures nous avons constaté qu'avant d'exister physiquement l'enfant existe potentiellement dans la relation à l'intérieur du couple ; dans l'imagination des futurs parents. Ceci est particulièrement vrai si l'enfant est désiré.

D'ailleurs, Le désir d'enfant est complexe car il est à la croisée des désirs actuels d'un couple qui se construit dans le cadre le plus souvent d'une rencontre. Dans le cours de cette rencontre entre deux personnes, en règle générale de sexe différent, le désir d'enfant est une étape importante. L'arrivée d'un enfant positionne à une autre place l'adulte « *devenir parent dans la société* ».

Cependant le désir d'enfant s'agit de renouveler la chaîne de la vie, il est trop souvent réduit au « *vouloir un enfant* », au vœu conscient C'est l'acte de notre vie le plus porteur de conséquences, visibles et invisibles, proches et lointaines, conscientes et inconscientes. Et le mieux partagé au monde. Le désir d'enfant est universel. Il naît du tréfonds de notre cerveau reptilien.

Le désir d'enfant est donc un sentiment ambivalent lié à l'histoire de chacun, Par désir d'enfant, la psychiatre Bydloweski, (2004) entend la résultante « *d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère des premiers soins et un autre désir, celui d'avoir comme elle un enfant du père* ». (Bydloweski, p, 76)

La compréhension du désir d'enfant fait appel à de nombreuses dimensions. Les raisons avancées transculturellement pour avoir des enfants renvoient principalement à trois catégories qui peuvent se recouper (Inhorn et Van Balen 2002) :

- 1) désirs de sécurité sociale où les enfants sont considérés comme essentiels pour assurer la survie de la famille à travers le soutien financier et domestique (travail et aide aux parents âgés) ;
- 2) désirs de prestige et de pouvoir social où les enfants sont considérés comme une ressource essentielle à cette fin, tant pour les hommes que pour les femmes qui ne peuvent atteindre leur plein statut social que par l'accomplissement d'un projet de procréation ;
- 3) désirs de perpétuité sociale associés aux besoins d'assurer la continuité des groupes sociaux et familiaux (Charton, Lévy, 2017, p, 19).

En revanche, l'insatisfaction du désir d'enfant aboutit à un sentiment de privation, d'échec, de blessure narcissique et sociale Bydlowski, (2003), Tilmant, (2008), Hofman, (2011), déclenchant une violence pulsionnelle souvent intolérable et accompagnée de désespoir (Faure-Pragier, 2010). « Les traitements médicaux demandés par ces patientes peuvent avoir un caractère de nécessité et d'urgence pour l'intéressée, jusqu'à l'escalade

thérapeutique. Il faut avoir un « enfant à tout prix » pour faire cesser l'angoisse, le sentiment de dépréciation et l'envie à l'égard des amies enceintes. » (Faure-Pragier, 2010, p. 648)

Pour conclure nous pouvons dire que le désir d'avoir un enfant représente souvent, dans certaines sociétés, l'aboutissement de l'amour d'un couple. Dans ce qui suit nous allons présenter le désir de l'enfant chez la femme ainsi le désir de l'enfant chez l'homme.

### **5.1.1. Le désir de l'enfant chez la femme :**

Le philosophe Nietzsche répondait à la question « Que veut la femme ? » : « tout chez la femme a une solution unique, laquelle a un nom grossesse ». A partir de ce propos, nous pouvons essayer de comprendre les origines du désir d'enfant chez la femme. Selon plusieurs auteurs, il serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce (Laroche, 2014, p.47)

Pour une femme Le désir d'enfant comporte plusieurs facettes : désir de maternité désir d'être enceinte - désir d'accoucher – désir de mettre au monde un enfant. Le désir d'enfant permet à la femme d'accéder par et dans le réel de son corps à la maternité .Pour la grande majorité des femmes, la maternité est une étape essentielle de la vie et cette envie commence dès l'enfance. (Stryckman, 2009, p.153).

D'un point de vue psychologique, la différence est également visible. Chez la femme l'intégration de la parentalité et de la sexualité se fait à travers la grossesse. Le désir de la mère de prendre le bébé, de faire corps avec lui, représente la continuation de la symbiose physiologique. L'identification à l'enfant est autorisée par la régression qui favorise la répétition d'un comportement maternel conservé sous forme de traces mnésiques depuis la plus petite enfance. S'il est en général admis que la dépendance du nourrisson à l'égard de sa mère est totale, la dépendance de la mère à l'égard de son enfant est moins évidente, voire inexistante pour certains. Il faut donc rappeler que la préoccupation maternelle primaire implique une très forte identification au bébé, qui conduit la mère à une grande vulnérabilité sur le plan psychologique. (Gérard, 2001, p.23).

Le désir d'enfant, s'il n'est pas exclusivement féminin, concerne en premier lieu la femme, dans son corps, sa sexualité, son identité Desjardins-Simon et Debras, (2010) En effet, c'est elle qui subit les transformations physiques et psychologiques de la grossesse, et qui continue à assumer davantage que l'homme les conséquences de la parentalité.(Andres, 2011, p. 41)

Le constat du désir d'enfant insatisfait mène la femme à adresser une demande au gynécologue. Une réflexion sur le désir d'enfant Cohen, (1998) et sur l'idéalisation de la maternité Desjardins-Simon et Debras, (2010) est nécessaire avant de se lancer dans le

parcours de PMA. La femme se pose des questions sur ses motivations complexes, à la fois conscientes et inconscientes, à devenir mère der Andreassian et Guillou, (2008).

Comme le démontre l'ensemble des chercheurs ci-dessus; A un niveau plus ou moins conscient, la femme a de nombreuses raisons de vouloir avoir un enfant, qui sont personnelles et individuelles. La femme peut vouloir la grossesse, considérée comme un accomplissement der Andreassian et Guillou, (2008). Elle peut vouloir un bébé, qu'elle a envie de pouponner et de mater, dans un mouvement fusionnel der Andreassian et Guillou, (2008) ; Desjardins-Simon et Debras, (2010) ; Tilmant, (2008), ou comme signe de réussite venant couronner le « *conte de fées familial* » (Hofman, 2011, p. 250).

Elle peut chercher l'expérience de construction identitaire que représente la maternité Desjardins-Simon et Debras, (2010), ou l'acquisition du statut social qu'elle confère der Andreassian et Guillou, (2008) ; Tilmant, (2008). La femme est poussée à vouloir un enfant par conformité sociale, pour être dans la norme, surtout vers l'âge de 30 ans et lorsqu'elle est en couple Frydman, Rufo et Schilte, (2005) ; der Andreassian et Guillou, (2008) ; Tilmant, (2008). Elle peut vouloir rester jeune, refuser le vieillissement et la mort (Desjardins-Simon et Debras, 2010), revivre son enfance à travers son enfant, ou au contraire chercher à lui donner ce qu'elle n'a pas reçu der Andreassian et Guillou, (2008). Elle peut vouloir un enfant pour le couple, pour lui donner une dimension supplémentaire, le faire mûrir et laisser un fruit qui lui survive der Andreassian et Guillou, (2008). Ou elle peut vouloir un enfant pour sa famille, pour être reconnue par elle (Tilmant, (2008), pour lui donner une continuité Hofman, (2011), pour transmettre une filiation symbolique der Andreassian et Guillou, (2008), pour régler sa dette face aux générations précédentes Frydman, Rufo et Schilte, (2005). Elle peut vouloir fonder sa propre famille Gaille et Barroux, (2008). Elle peut vouloir avoir un enfant pour plaire à sa propre mère, pour s'identifier à elle, dont elle envie le pouvoir, pour cesser d'être fille en devenant mère der Andreassian et Guillou, (2008) ; Faure-Pragier, (2010). (Andres, 2011, p. 40).

### **5.1.2. Désir de l'enfant chez l'homme :**

Chez l'homme on retrouve la trace du désir inconscient d'enfant dans certains fantasmes, certains rêves ou certains phénomènes psychosomatiques, par exemple les prises de poids et autres phénomènes de couvade qui peuvent l'affecter pendant la grossesse de sa femme. (Stryckman, 2009, p.153).

Pour l'homme, le désir d'enfant ne serait pas la preuve ni de sa masculinité ni de sa paternité. Son désir d'enfant s'actualiserait davantage dans sa relation d'amour avec sa

partenaire et dans ses réalisations personnelles ou sociales. Comme le souligne (Klein, 1982, p.104).

En revanche un homme, procréer, c'est tenter de jouir de la différence sexuelle qu'il y a entre lui et la femme et désirer incarner cette jouissance dans la transmission d'un nom, d'un signifiant. C'est être père du nom. L'enfant sera là le signe et le porteur de cette jouissance. Il sera le signe et le porteur de la transmission de la filiation. Procréer pour un homme, c'est aussi réactualiser ce qui a uni son père et sa mère. C'est donc le retour vers la femme, vers le lieu de la maternité. Comme le dit un héros du roman de Tobie Nathan : « *En l'aimant ce jour-là, j'ai pensé que je lui faisais un enfant et j'ai décollé comme jamais. J'aurais voulu passer des jours à dormir dans ses entrailles* ». Procréer, c'est aussi faire preuve de sa virilité, de sa masculinité. (Stryckman, 2009, p.7).

En effet le désir d'enfant est donc inconscient et commun aux deux sexes, bien que l'on s'accorde à dire qu'il est plus courant et plus présent chez la femme que chez l'homme. Le désir d'enfant permet à la femme d'accéder par et dans le réel de son corps à la maternité. Par contre l'homme accède à la masculinité non seulement par la paternité mais aussi par diverses modalités autres: par exemple par la réussite sociale, par les conquêtes féminines et par l'accumulation de biens. Néanmoins, n'oublions pas que, dans certaines cultures, la virilité d'un homme s'estime au nombre d'enfants dont il est le père et, par ailleurs une recherche hospitalière en Belgique a révélé qu'un pourcentage élevé d'hommes auquel on annonce leur stérilité en deviennent subitement impuissants. (Nicole. S, 2009, p.153).

Nous pouvons dire que mettre au monde son enfant est un acte naturel, l'attente de son arrivé est une continuité de la vie c'est événement singuliers dans la vie d'un couple, cette expérience intense, serais une source de bonheur constitue des instants fondamentaux rares et précieux. Cependant, depuis longtemps, certain couples trouvent des difficultés à procréer ce qu'est vu comme une réelle rupture en effet une grossesse qui ne vient pas expose le couple infertile à des dysfonctionnements psychiques et comportementaux.

## **Synthèse**

À travers ce chapitre nous constatons que la place de l'enfant est devenue centrale dans les liens affectifs qui unissent le couple. Par ailleurs parfois les couples trouvent des difficultés à procréer. L'infertilité des couples est une problématique de plus en plus fréquente, le retard à la parentalité ne cesse d'augmenter en effet lorsque les couples doivent faire face à cette difficulté ils se trouvent au centre de protocoles de soins visant à aboutir à une grossesse, avoir un enfant est déjà tracé dans leur inconscient à tout prix, soit

naturellement ou en faisant appelle aux différentes techniques médicales cela pour atteindre ce but de devenir parent., d'ailleurs le recours à la PMA n'a cessé de croître ces dernières années. Mais aussi divers études ont démontré que l'infertilité et ses traitements avaient un impact considérable sur la vie du couple. En revanche Dans ce qui suit nous allons démontrer le vécu psychique du conjoint la femme infertile.

**Chapitre II : vécu  
psychologique : empathie et  
résilience.**

## Préambule

Le vécu psychologique constitue l'état émotionnel dans lequel se trouve une personne face à un événement, certaines personnes éprouvent un stress intense, pour certains ce reste une expérience d'une blessure psychique, il y a ceux qui font face et s'adaptent facilement. Dans ce fait l'infertilité, le manque d'enfant, lorsqu'elle est subie généralement cette situation freine le rythme de vie du couple, pour certains couples l'annonce de cette dernière bouleverse leur équilibre et pour d'autres malgré cette situation intime est difficile mais ils font preuve de force, en effet l'infertilité féminine n'affecte pas seulement la femme mais aussi son entourage et surtout son conjoint elle touche plusieurs éléments de la personnalité que ce soit pour la femme ou le conjoint pour cela nous mettrons en lumière dans cette présente recherche l'état dans lequel se situe le conjoint d'une femme atteinte d'une infertilité primaire et afin de réaliser cette recherche nous avons opté pour deux indicateurs cliniques pour mieux cibler le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire notamment l'empathie et la résilience.

Nous allons donc diviser ce chapitre en deux parties. La première étant l'empathie, nous citerons les points suivants : préambule, Aperçu historique de l'empathie, les définitions, les deux catégories de l'empathie puis les approches théoriques de l'empathie, ensuite l'empathie et ses effets, après l'empathie des conjoints de femme atteinte d'infertilité, enfin une synthèse. De suite la deuxième partie du chapitre est consacrée à la résilience ou nous allons présenter les points suivants : Préambule, historique de la résilience, définitions de la résilience puis les approches théoriques de la résilience, les facteurs de la résilience, les caractéristiques du processus mental résilient, résilience et empathie, la résilience chez le conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire ensuite les limites de la résilience finalement une synthèse.

### I. Le vécu psychologique :

Pour aborder la notion de vécu psychologique, nous allons d'abord commencer par une définition du terme vécu ensuite nous allons présenter la dimension du vécu psychologique d'ailleurs selon le dictionnaire de la philosophie le vécu est : *«qui a fait objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde»* (Baraquin, Baudart et All, 2011, p.522).

Le vécu renvoie selon le dictionnaire de la psychologie à : « *l'ensemble des évènements inscrits dans le flux de l'existence, en tant que qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* » (Doran, Parot, 2013, p.746).

Quant au psychologique : « *désigne tous les faits existant a un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis* » (Sillamy, 1980, p.962).

Dans ce fait nous avons déduit qu'un vécu désigne tout ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne dans son mode propre. Cependant le terme psychologique est aussi définie comme appartenant à la psychologie qui est: « *la science des faits psychiques* ». (Sillamy, 2003, p.212).

Pour Rogers (1951) le vécu psychologique désigne « *expérience* » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient (Wade, Tavris, 2000, p.244).

Nous pouvons dire alors d'après l'ensemble de ces définitions que le terme de « *vécu psychologique* » renvoie une histoire une, épreuve qui a été effectivement vécu par une personne, il englobe les pensées, les émotions, et le sentiment de soi. C'est un sentiment psychologique propre à un seul individu.

Par rapport à notre thème la sens du vécu psychologique c'est ainsi, le rapport à l'autre est constitutif de la subjectivité, du vécu, de la santé mentale sans l'autre je ne suis rien. L'état dans lequel je me trouve dépend de moi, bien sûr, mais il n'est pas réductible à moi, il dépend aussi des interactions qui me relie à mon entourage. Toutes les expériences que nous traversons peuvent être décomposées en comportements, (l'agir), les émotions et les sensations (le ressenti corporel), et les pensées (le rationnel). Nous devons en expérimenter toutes les formes pour en retirer une leçon complète. (Borghet, 2016, p.120)

En revanche, le rapport entre conjoints se transforme avec l'âge au fur et à mesure que la composition de la famille et le statut social des époux se modifient. L'évolution de la relation conjugale à été explorée sous divers aspects, pour savoir jusqu'à quel point les conjoints sont d'accord sur les valeurs essentielles et sur leur rôles respectifs, comment réagissent-ils devant les tensions et quelles sortes d'efforts ils font pour réajuster leur comportement. (Zay, 1981, p.445).

Dans ce qui suit nous allons voir d'une manière détaillée l'empathie et la résilience chez ces conjoints de femme atteinte d'infertilité féminine primaire.

## II. l'empathie

Comme nous l'avons déjà vu le vécu psychologique d'un individu constitue l'état émotionnel dans lequel il se situe cet individu face à des événements, il existe trois domaines de la connaissance : la connaissance des choses, la connaissance de soi-même et la connaissance d'autrui. Le premier type a pour source la perception de la sensibilité, le deuxième type répond à la perception interne, c'est-à-dire à l'accomplissement rétrospectif du moi avec ses qualités, ses sentiments et en dernier, la source de la connaissance du troisième type est l'empathie.

Cependant l'empathie c'est l'une des qualités qui favorise l'attachement, elle permet à chacun d'être réceptif aux états d'âme et aux émotions perçus chez autrui, elle permet ainsi la socialisation et la formation de liens et de contacts entre les individus ; ce qu'est essentiel pour les relations conjugales et sociales. Cette première partie du deuxième chapitre est alors consacrée à l'empathie

### 1. Aperçu historique de l'empathie :

Le concept d'empathie, tel qu'il est véhiculé aujourd'hui, est mis en valeur principalement par Rogers vers l'année 1957 ou il le définit comme la capacité de se mettre à la place d'autrui, de comprendre ce qu'il vit intérieurement et de lui communiquer cette compréhension, Cependant, cet auteur n'est pas le premier à parler d'empathie à l'époque.

Il ya plusieurs années, l'empathie a été confondu avec la notion de sympathie comme celle défini par Adam Smith dans sa théorie « *des sentiments moraux* », Il s'agit là d'un mot d'abord emprunté aux « Grecs » (εμπάτια) et qui avait autrefois le sens de «*souffrir avec*» qu'on attribue plus généralement maintenant à la sympathie avec laquelle l'empathie est trop souvent confondue (Wispé, 1987, p.17). Selon Adam Smith l'individu partage les sentiments d'autrui par le mécanisme de sympathie. Il a posé les repères de l'empathie comme moyen naturel des autres lorsque nous les observerons, de ressentir leurs peines lorsqu'ils souffrent, leurs joie lorsqu'ils réussissent (Lacour, 2012).

Tandis que le terme « *empathie* » a été créé en allemand « *Einfühlung* » qui signifie « *ressenti de l'intérieur* » par le philosophe Robert Vischer (1847-1933) autour des années 1870 pour désigner l'empathie esthétique, le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens. Ce terme réapparaît ensuite dans les écrits de Lipps, essentiellement connu pour ses travaux sur l'empathie, qui a développé le concept pour en faire le fondement de l'esthétique au tournant du XXème siècle. Dans ses premiers écrits, l'empathie désigne un processus par lequel un observateur se projette dans les objets qu'il perçoit. Il lui apporte par la suite une dimension affective plus proche de notre définition

contemporaine en l'associant au mécanisme par lequel l'expression corporel d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur (Moreau -Tave, 2012, p. 20, Audrey, 2005, p.15).

Au-delà le phénoménologue Husserl, dans *Méditations cartésiennes* (1929/1994), s'est plus spécifiquement intéressé à la question de l'empathie. Pour Husserl, l'*empathie* est le processus essentiel de l'intersubjectivité. Celui-ci constitue une forme de connaissance, acquise par analogie, Pour ce philosophe, « *on rencontre autrui, on ne le constitue pas* » car la constitution de l'ego ne peut se faire que par soi-même: c'est le « *je* » et le « *tu* » qui créent un espace dialogique permettant l'établissement de rapports sur le mode de l'association par ressemblance. En effet, chez Husserl, l'intersubjectivité est souvent considérée comme le moyen de relier les personnes en les rendant sensibles au monde émotionnel de l'autre. Ainsi, Agosta (1984) souligne que la relation entre empathie et intersubjectivité est étroite: d'une part, l'empathie constitue à la fois le fondement de l'intersubjectivité humaine et le moyen ou la méthode privilégiée pour établir ou rétablir un contact avec autrui. Bien que les chemins de Husserl et de Freud ne se soient jamais croisés, ils considéraient le terme *empathie* de la même façon: ni l'un ni l'autre ne l'utilisait au sens de « *compréhension interhumaine* » telle qu'on l'entend maintenant mais plutôt dans le sens que Lipps lui accordait (Brunel, Martiny, 2004, p. 474).

Cependant selon Cosnier, (1998) c'est le Britannique Titchener qui fait officiellement entrer le terme empathie en psychologie en traduisant « *empathie* » par « *empathy* » dans ses lectures on the experimental psychology of the thought processes (1909).

A la suite de Lipps, Titchener désigne par le terme d'empathie un amalgame d'imageries visuelles et kinesthésiques par lequel certaines expériences perceptives sont rendues possibles. Plus tard en 1915, cet auteur définit cette variable comme un sentiment ou une projection de soi dans un objet avec des implications plus sociales, l'empathie étant alors une façon de rendre l'environnement plus humain. Ainsi il entrevoit deux rôles possibles à l'empathie: un rôle dans les phénomènes perceptifs et un rôle dans les phénomènes sociaux. Quelques années plus tard Wood-Worth évoque à son tour l'empathie comme explication possible des illusions d'optique, et remarqua comme Titchener que, pour identifier les émotions à partir de photographies de visages, l'observateur peut percevoir les affects d'autrui en imitant ses expressions. À la même époque, à partir d'une critique de la théorie de Lipps, Allport (1937) définit l'empathie comme « *la transposition imaginaire de soi dans la pensée, les affects et les actions de l'autre* » à l'aide de l'imitation des postures et des expressions faciales d'autrui, l'imitation jouant un plus grand rôle dans la vie courante qu'on

ne le réalise en général. Mais, pour cet auteur, la compréhension du processus empathique demeure, à l'époque, une grande énigme de la psychologie sociale (Brunel, Martiny, 2004, p.475).

Par ailleurs, la conception ambiguë qu'avait de l'empathie la psychanalyse en ses débuts est peut-être responsable du clivage entourant l'étude de ce phénomène qui fait que le terme empathie n'a jamais fait partie du vocabulaire de la psychanalyse, alors il semble que Freud s'est senti proche de Lipps, un contemporain, de sorte que même si le mot *einfühlung* n'est pas un mot spécifique du lexique psychanalytique, il s'agit néanmoins d'un terme technique de la psychologie que Freud utilise souvent dans le même sens que le philosophe Lipps le faisait. Par ailleurs, Freud cite pour décrire l'empathie, la métaphore du «*miroir*» qui ne fait que refléter au patient son image. Ainsi pour lui elle s'agissait d'une manière pour le thérapeute de savoir les pensées du patient et ainsi d'avoir accès à sa dynamique inconsciente pour produire des interprétations efficaces) (Brunel, Martiny, 2004, p. 476).

Cependant, Les conclusions de Lipps instiguent de nombreux auteurs à poursuivre les recherches sur l'empathie. Parmi ceux-là, sont à noter les études de Mead (1934), Sullivan (1940, 1953), Fromm-Reichman (1950), Dymond (1948, 1949, 1950) et plusieurs autres. Chacun y va de sa conceptualisation du phénomène. Les questions à savoir si l'empathie implique des composantes affectives ou cognitives, ou encore si elle exige ou non une différenciation entre soi et l'autre, sont au centre des discussions (Ducharme, 1987, p.8).

Cependant, à l'époque aucun n'attribue d'application thérapeutique à l'empathie. C'est précisément à ce niveau qu'intervient la contribution de Rogers dans l'évolution du concept (Mons, 2015).

En 1957, Rogers, cherchant alors à circonscrire les éléments actifs de la thérapie-centrée-sur-le-client, introduit l'empathie au sein des attitudes thérapeutiques (Hackney, 1978, p 35,38) Du moment où Rogers prend conscience des effets thérapeutiques de l'écoute et du reflet des émotions, il consacre beaucoup de temps et d'énergie à pénétrer ce phénomène. Dans son article: "Empathie: an unappreciated way of being" (1975), Rogers relate sa propre démarche face au concept d'empathie. Il donne plusieurs définitions au concept d'empathie (1957, 1959, 1968, 1975). En somme, la conception rogorienne de l'empathie est composée de deux volets, dans un premier temps, il y a la compréhension empathique où il s'agit d'assumer le cadre de référence interne d'une autre personne et de devenir sensible à ce qu'elle vit et ressent. Et dans un deuxième temps, il y a la communication, c'est en communiquant ce qu'il perçoit, avec des yeux frais et non-apeurés, du monde du client, que le thérapeute permet à celui-ci de prendre conscience de son vécu et de l'intégrer à son quotidien. De plus, la

communication constitue un excellent moyen pour le thérapeute de vérifier sa perception et par conséquent, d'être guidé par les réponses que le client lui renvoie d'aide. L'empathie représente un mode primaire pour comprendre l'autre et promouvoir le changement et le développement de sa personnalité (Ducharme, 1987 p.9, 19).

Plus tard il apporte des compléments en disant qu'une manière d'être empathique avec une autre personne comprend plusieurs facettes : « *It means entering the private perceptual world of the other and become thoroughly at home in it. It involves being sensitive moment by moment..., whatever he or she is experiencing. It means temporarily living in the other's life.... It includes communicating your sensings of the person's world as you look with fresh and unfrightened eyes at elements he or she is fearful. It means frequently checking with the person as to the accuracy of your sensing, and being guided by the responses you receive* »; dans cette citation, nous constatons un aspect encore plus dynamique de la compréhension empathique. Il introduit également le fait de partager avec le client nos impressions et de les soumettre à la validation de celui-ci à travers des reformulations. Il y a une notion de travail commun qui permet au client de voir les choses d'un œil nouveau, sans peur, de mettre l'accent sur l'un ou l'autre aspect plus profondément et de s'approprier son expérience (Rogers, 1995, p. 142).

En effet pour Rogers l'empathie est centrée surtout sur deux dimensions, l'une cognitive et l'autre affective, pour lui Comprendre le monde intérieur du patient comme s'il était le sien mais cependant sans jamais oublier le « *comme si* » (empathie de pensée). Plus tard, Rogers ajoute qu'il s'agit là « *d'un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui* » (empathie d'affect) (Brunel, Martiny, 2004, p.477)

Enfin, l'empathie, comme bien d'autres concepts, évolue parce que diverses écoles contribuent à son évolution et nous allons voir de manière détaillée un peu plus loin dans le chapitre.

## **2. Définitions de l'empathie :**

L'empathie est un concept au carrefour de plusieurs disciplines : médecine, philosophie, psychologie, elle trouverait son origine dès les premiers jours de la vie. L'empathie semble essentielle dans la relation entre les individus Elle permet de se faire une représentation du monde interne d'un individu, mais reste un concept difficile à définir.

Selon le dictionnaire de la psychologie l'empathie est : « *l'intuition de ce qui se passe en l'autre, sans oublier toute fois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification pour Carl Rogers, l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que*

*possible, les références internes et des composantes émotionnelle d'une autre personne et a les comprendre comme si l'on était cette personne » (Doron, 2005, p. 251).*

En effet Decety (2011) défini aussi la capacité d'empathie « *comme une simulation mentale consciente de la subjectivité d'autrui, c'est ainsi la capacité de partager et de comprendre les états émotionnels et affectifs des autres, elle correspond au fait de comprendre, voire ressentir, ce que les autres vivent et pensent* » (Decety, 2011.p12).

Cependant, pour Pédinielli « *l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de «comme si »* » (Pédinielli cité par Formarier, 2007, p.53).

Toutefois Flament (2014) définit l'empathie en psychologie comme : « *la capacité de ressentir les émotions, les sentiments, les expériences d'une autre personne ou de se mettre à sa place. Cette attitude nécessite un effort de compréhension intellectuelle d'autrui. Elle exclut cependant toute confusion entre soi et l'autre* ».

Par ailleurs, Tisseron donne une autre définition complexe pour l'empathie : « *L'autre est d'abord pensé comme moi, c'est le moment où je me laisse affecter par ce qui le touche, puis je me pense moi-même comme l'autre, j'accepte qu'il se mette à ma place pour m'enrichir de son point de vue sur moi* » (Tisseron, 2010, p.63).

Nous retenons par ces différentes définitions ci-dessus que l'empathie est cette capacité à se mettre à la place de l'autre et de ressentir les émotions et les sentiments exprimés par nous-mêmes et par les autres et comprendre leur douleur et leur monde intérieur en restant conscient de la distinction de l'autre et de soi-même ;donc pour être empathique, l'individu doit à la fois être en mesure d'identifier ses propres émotions et celles des autres ,celle-ci est probablement l'habileté la plus centrale à l'établissement de rapports interpersonnels harmonieux. Dans ce qui va suivre, nous allons présenter les catégories d'empathie.

### **3. Les deux catégories de l'empathie :**

L'empathie associée à une famille de phénomènes multi-déterminés d'ordre social, psychophysiologique et comportemental, En effet l'empathie a deux visages: d'une part elle nous permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif de nos interlocuteurs, de nous faire une idée de leurs expériences (empathie cognitive); d'autre part elle fait entrer en résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels (empathie affective). Et ces deux aspects ne sont pas forcément liés. Ce qui signifie qu'elle se présente sous deux catégories: La catégorie d'empathie affective, la catégorie d'empathie cognitive.

### 3.1. empathie affective :

Pour plusieurs auteurs l'empathie affective est tout d'abord un trait de caractère humain, c'est-à-dire ; un processus affectif inné de la nature humaine. Pour Mehrabian et Epstein, l'empathie est une réaction émotionnelle en réponse à la perception de l'émotion d'autrui, elle consiste en l'expérience de l'émotion perçue chez autrui d'ailleurs Pour Merhabian et Epstein, « empathy was defined as a vicarious emotional response to the perceived emotional experiences » (BELAUBE, 2016 p.22).

Cependant pour Gwen , Bottorff et all( 1992) « *empathie affective* » fait référence à la façon de répondre à l'émotion de l'autre par la même émotion, c'est un trait que chaque individu possède de façon plus ou moins importante, par exemple, une personne manifesterait de l'empathie envers une autre, si elle ressentait de la peine en la voyant pleurer. C'est une réaction généralement automatique et non intentionnelle, lorsque nous voyons quelqu'un souffrir, nous sommes nous-mêmes affectés, nous éprouvons généralement un ressenti désagréable.

D'ailleurs Reniers définit aussi l'empathie affective comme une capacité à être sensible et à expérimenter viscéralement les sentiments d'autrui ainsi qu'une reconnaissance intuitive des émotions d'autrui à partir des expressions faciales, du langage corporel et de la prosodie...et une réponse émotionnelle à la situation d'autrui et l'identification correcte de son propre état émotionnel par la réflexion et la perspicacité (Buffel du Vaure et All, 2012 p.1,2).

Cette notion d'empathie n'est pas spécifique au soin, puisque certains auteurs comme Smyth associent cette empathie à l'esthétique, la créativité et l'imagination. Il la définit comme la lutte pour imaginer comment un autre individu perçoit le monde. Un élément important spécifique à l'empathie affective est qu'elle n'est pas neutre chez la personne en faisant l'expérience, une personne va ressentir les mêmes émotions que celles qu'il pense que le sujet de son attention ressent.

Toutefois En 1999 Dracup et Brown définissent l'empathie affective comme une émotion spécifique issue d'une identification et d'une connexion avec une autre personne. Cette définition soutient un processus partiel d'identification à l'autre entraînant une émotion. Ce processus nécessite que le sujet ait conscience de ce que lui-même ressent pour faire la part des choses entre lui et l'autre (Bardou, Paultre, 2016 p.46).

Enfin nous concluons à travers les paragraphes précédents que la majorité des auteurs s'accordent sur cette vision que l'empathie affective ou émotionnelle se réfère à la tendance d'un individu à ressentir la même émotion que celle qu'autrui ressent. La perception d'un

comportement activerait automatiquement chez l'observateur ses propres représentations de ce comportement.

### **3.2. empathie cognitive :**

Köhler est l'un des premiers à affirmer que l'empathie doit être abordée à un niveau davantage cognitif. Pour cet auteur, l'empathie réfère davantage à la compréhension des sentiments de l'autre plutôt qu'au partage de ces derniers. Mead (1934, cité dans Stinson, Ickes, 1992) définit l'empathie comme une habileté cognitive à prendre la perspective et le point de vue d'une autre personne. Cette notion correspond au terme anglais « perspective taking ». Cela implique la compréhension à la fois du monde émotif et du monde intellectuel de l'autre. Il s'agirait donc de comprendre l'émotion vécue par une personne qui pleure sans toutefois réagir avec la même émotion (Charest, 2004, p.272) c'est-à-dire quand je suis en empathie avec quelqu'un, j'adopte en imagination un état mental censé correspondre à l'émotion éprouvée réellement par la personne. Autrement dit, j'éprouve une émotion supposée identique ou fortement semblable à celle de la personne à titre de résultat causal d'adoption de son point de vue (Decety, 2004 p.71-100).

D'ailleurs La composante cognitive de l'empathie est étroitement liée aux processus impliqués dans la théorie de l'esprit, notion pouvant être définie pour Blair (2005) comme la capacité d'un individu à se représenter les sentiments et les états d'âme d'une autre personne, tels ses pensées, ses croyances et ses intentions. En outre, la représentation des états d'âme d'autrui agirait comme signal pour l'activation de la réponse empathique adéquate à la situation en question (Blair, 2005). Or, la réponse empathique requiert la capacité cognitive d'un individu non seulement à se représenter les états mentaux d'autrui, mais également la capacité cognitive à prendre la perspective de cette personne et à adopter son point de vue. (Leclus, 2016,p.12).

En effet pour Renier et Gladstein (1983), l'empathie cognitive désigne cette capacité à construire un modèle fonctionnel des états émotionnels d'autrui, et c'est le fait de prendre le rôle ou la perspective d'une autre personne de manière intellectuelle, cette dernière correspond donc à l'habileté de repérer des indices affectifs chez les autres et à la capacité de se mettre à leur place, de comprendre l'émotion ressentie par autrui. Elle peut donc évoluer au cours du temps.

Tel que il le confirme aussi Hogan, quand il définit le concept d'empathie par « the intellectual or imaginative apprehension of another's condition or state of mind [...] an empathic disposition can be regarded as the capacity to adopt a broad moral perspective, that is, to take "the moral point of view" ». En effet C'est le fait de reconnaître les émotions et

états mentaux des autres; notion de prise de perspective, se mettre à la place, distinction soi-même/autrui (Lecluse, 2016, p.13).

En outre, l'empathie cognitive est un aspect fondamentalement important à la communication efficace et aux relations sociales et conjugales.

Enfin ces dernières précisions nous permettent de comprendre que le développement de l'empathie consiste en un processus où les composantes cognitives et affectives interagissent ensemble et demeurent essentielles et complémentaires, donc les deux empathies peuvent s'équilibrer chez une même personne, ou l'une peut définitivement dominer l'autre, selon l'environnement et les expériences vécues.

#### **4. Approches théoriques de l'empathie :**

Nous avons vu que l'empathie est un phénomène complexe, très humain au cœur du Soi, en lien avec les émotions et l'expérience, elle constitue un concept multiforme et hétérogène qui s'exprime donc à travers différents phénomènes comme la projection, l'imitation, l'identification...etc. (Decety, 2004 p.3).

Mais l'empathie reste un concept encore nébuleux fragilisé et défini par plusieurs théories, pour cela, nous allons voir de manière détaillée et par un ordre alphabétique l'empathie selon divers approches afin de bien organiser notre travail.

##### **4.1. Empathie et la psychologie humaniste :**

Carl Rogers est un psychologue humaniste nord-américain. Il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique, la relation d'aide (counselling) et l'éducation. Sa méthode, l'Approche centrée sur la personne (ACP), met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement). C'est une élaboration de ce qu'il a d'abord appelé « la non directivité », également connue aujourd'hui sous le terme de Counseling rogerien. (Mons, 2015 p.29)

Dans l'approche Rogérienne, dans une relation empathique, au moins l'un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie. L'objectif est donc de l'empathie est de permettre au patient de devenir lui-même et tirer profit de ses ressources (Lancelot, et al, 2010, p.95 ,96).

D'ailleurs pour Rogers l'empathie s'exprime par des messages verbaux et non verbaux. Les messages verbaux consistent en la répétition ou la reformulation des éléments-clés d'une problématique exprimée par un patient. Le thérapeute est capable de comprendre une situation non pas depuis son propre cadre de référence, mais depuis celui de son patient.

En effet , faire preuve d'empathie selon lui, c'est être capable de saisir les schémas internes et les composantes émotionnelles de quelqu'un d'autre et de les comprendre comme si l'on était cette autre personne ,le psychothérapeute donc se doit d'être un exemple de congruence ou d'authenticité pour son « client » afin de signifier au « client » qu'il est, lui aussi, une personne et non pas un expert ou un conseiller. Il y a congruence lorsqu'il y a correspondance exacte entre l'expérience, la prise de conscience et l'expression de soi, lorsqu'il existe en fait une cohérence dans l'expression de la personne, entre ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense et comment elle agit. Il fait alors le lien entre l'empathie et la tâche du thérapeute en disant que si nous pouvions ressentir toutes les émotions de l'autre, nous pourrions comprendre et prédire son comportement futur, ce qui est impossible. En revanche, ce qui est possible c'est d'appréhender jusqu'à un certain point, le cadre de référence intime du patient sans s'y perdre (Mons ,2015 p.29, 30).

#### **4.2. l'empathie et la psychanalyse :**

Comme nous l'avons déjà vu, l'empathie est généralement comprise comme une situation de forte participation à l'expérience de l'autre, avec lequel le sujet s'identifie et dans lequel il se projette jusqu'à partager ses états d'esprit et les sentir comme appartenant à soi. Freud été le premier à avoir employé le terme « Einfühlung » en psychanalyse. Selon lui, l'empathie est le fait de pouvoir se mettre dans la position d'un autre, soit de manière consciente, soit de manière inconsciente, elle représente un élément essentiel de la relation thérapeutique (Brunel,2004,p.476)

freud se référa à Lipps lorsqu'il introduisit « *l'Einfühlung* » dans la science de l'inconscient. Il écrit, dans « *le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient* »:

*« Si, maintenant, je perçois chez une autre personne un geste similaire (...) le moyen le plus sûr d'accéder à sa compréhension, à son aperception, va être pour moi de l'accomplir en l'imitant. Une telle poussée à l'imitation apparaît à coup sûr lorsqu'on perçoit des gestes. Mais, en réalité, je n'effectue pas l'imitation (...). À l'imitation du geste par mes muscles, je substitue l'acte de me le représenter par le moyen des traces mnésiques que j'ai des dépenses faites lors de gestes similaires. »* (Freud, 1905, p. 236). Il s'intéressa donc à l'empathie comme capacité de pouvoir partager les états psychiques de l'autre à travers une opération psychique de représentation (De Vincenzo, 2018, p.44).

En 1921, dans « *Psychologie des foules et analyse du moi* », ce concept réapparaît. Freud affirme qu'on parant de l'indentification et en suivant une certaine direction, on aboutit à travers l'imitation a l'Einfühlung une attitude déterminée par apport à une autre vie psychique (Freud 1920, p.65 ; Mons, 2015).

Le mot « *empathie* » n'apparaît pas beaucoup à l'époque, il a été cité seulement deux fois dans son œuvre et même il a été rapidement abandonné dans la théorisation Freudienne.

#### **4.3. L'empathie et la théorie cognitive comportementale :**

D'après nos connaissances, l'inscription de l'empathie est apparue dans l'approche cognitive-comportementale qu'à partir du développement de la troisième vague des TCC. Comme dans toute relation conjugale il est nécessaire d'avoir une bonne alliance avec son partenaire: chaleur, communication, l'écoute, empathie, confiance mutuelle, Acceptation de l'autre et de ses différences est la clé de l'alliance et de la satisfaction dans le couple. Comme le confirme Boulbli(2007) quand quelque chose du dedans est reconnu par l'autre, il change de statut interne ce qui renforce le lien conjugal (Golse, Simas, 2013, p.79). En effet lorsqu'un couple est en détresse il faut recréer l'intimité, la proximité, la collaboration, l'empathie, la compassion. On ne néglige pas pour autant l'échange des comportements positifs ou la résolution de problèmes.

Les TCC interviennent dans le domaine d'empathie en fonction des émotions selon Cottraux (2007) la principale fonction des émotions est l'adaptation. Ce sont des systèmes internes qui nous orientent vers le maintien de la vie. En effet La recherche d'émotions positives peut faciliter la vie en groupe ou encore l'établissement des liens positifs d'attachement. Les réactions groupales peuvent aussi être faites d'émotions partagées qui vont entraîner les groupes dans des conduites collectives, qu'elles vont réguler. Au niveau des interactions sociales simples, les émotions servent à la communication à travers l'empathie: en particulier dans les réponses aux mimiques ou aux inflexions de la voix.

Ce concept d'empathie est devenue même une attitude très importante, elle désigne la capacité d'un individu à pouvoir prendre en considération la souffrance émotionnelle de l'autre, à en comprendre les mécanismes, sans pour autant ressentir le même type d'émotion, c'est une qualité et un processus central. Rogers, (2005) Ce processus permet au conjoint de comprendre l'état émotionnel de leurs femmes atteintes d'infertilité primaire comprendre leur émotions se mettre leur place se rendre compte de l'impact de cette empathie sur le rendement du traitement.

#### **5. L'empathie des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire :**

La famille se présente comme un système institutionnalisé relativement stable qui sécrète des règles et des valeurs et implique une spécialisation des rôles, des rapports de places préétablis et des normes relationnelles. À l'intérieur de ce système et dépendant de lui, le couple et la fratrie forment des sous-systèmes qui ont à gérer des problématiques spécifiques. Les conflits dans le couple sont souvent vus comme des perturbations du lien

interpersonnel, pour Dominique, dans le couple le fait que les choses tournent plutôt au conflit interpersonnel ou plutôt au conflit intra personnel dépend de la qualité de la relation, de l'importance accordée à certains événements il semble évident qu'une compréhension empathique de l'un des conjoints qui est défini d'abord par le dictionnaire en ligne la rousse comme : « L'un des époux par rapport à l'autre, uni par le mariage » peut améliorer les rapports humains et conjugaux, les rendre plus lisses, d'ailleurs l'empathie est définie comme le retentissement émotionnel chez un sujet de l'état émotionnel d'un autre. En partageant ce vécu, le sujet se sent concerné par la souffrance ou la joie de l'autre et finit par se vivre impliqué psychiquement avec lui, dans un couple elle apparaît dès l'engagement amoureux bonifiant le partenaire et la rencontre; elle est à l'origine de l'attachement, facteur majeur de consolidation du lien (Eiguer, 2017, p.113-128), elle consiste à comprendre autrui en se mettant à sa place et en intégrant son point de vue et cette habileté à saisir le point de vue de l'autre engendrent une plus grande satisfaction conjugale (Rowan et al., 1995). Par ailleurs, l'empathie encourage la personne à manifester de la compréhension et à faire preuve de sensibilité à l'égard des événements vécus par l'autre. Ainsi, la personne qui démontre de l'empathie cherche à mieux comprendre son partenaire.

Bien que l'empathie favorise le partage d'échanges positifs et intimes entre les partenaires, il répond également à une fonction de soutien (Dattilio, 2012). Également, une ouverture empathique de la part d'un des partenaires incite l'autre à exprimer davantage ses émotions et ses pensées (Pistrang, Picciotto, Barker, 2001). En effet, lorsqu'un individu exprime une intention, une émotion ou une pensée à son partenaire, c'est qu'il cherche non seulement à partager ces informations, mais également à recevoir du soutien (Charvoz, 2008). Cependant lorsque le couple est confronté à une situation très difficile comme le cas de l'infertilité primaire, une personne sollicite en tout premier lieu l'appui de son entourage immédiat, c'est-à-dire son partenaire, sa famille et ses amis (Charvoz, 2008; Walen et Lachman, 2000). Par ailleurs, la qualité du soutien reçu de la part du partenaire amoureux est un élément prédictif de la satisfaction conjugale (Leathhead, 2017, p.29, 34).

Toutefois, selon Barbeau-Meunier (2013) il existe des éléments favorables à la qualité de la relation empathie les premiers piliers renvoient au visage, emblème de la présence d'autrui, pose l'autre en tant que source de la stimulation empathique, c'est-à-dire de la résonance émotionnelle. Le visage est le théâtre d'une physionomie émotionnelle largement automatique et involontaire, et est ainsi considéré le plus fidèle reflet de la vie affective de l'acteur social Goleman, (2006). Même le contenu vocal et langagier laisse une trace visible sur l'expression faciale Ellgring, (2005). On soustrait que le point d'ancrage de la subjectivité

humaine se trouve, précisément, dans le regard d'autrui. Le vi sage se fait alors lieu d'ouverture et de tempérance devant l'autre. Par conséquent, Cole, (2001) affirme « the face may be necessary for the interpersonal relatedness underlying such 'sharing' mind states as empathy » pour le dire « l'empathie à besoin d'un visage ».

Notre second pilier, la résilience, témoigne de la régulation émotionnelle et représente la capacité d'autrui à employer ses émotions de manière constructive. Conséquemment, à une échelle plus large, la résilience exprime la disposition du partenaire à surmonter efficacement son propre état émotionnel, et à résister aux états d'incuriosité en faveur d'une ouverture empathique.

Pour Eisenberg et al. (2012) par exemple, un milieu trop taxant émotionnellement peut miner l'empathie dispositionnelle et, en encourageant l'incuriosité, favorise le développement d'une personnalité timide et introvertie. Ainsi, la résilience nous invite à reconnaître l'importance du respect de nos limites dispositionnelles en vue du maintien de l'ouverture empathique.

Cependant Troisième pilier attribuer à l'empathie est la capacité d'écoute. Comme l'empathie met en œuvre des compétences empathiques visant à comprendre les états affectifs et mentaux d'autrui, elle est une forme d'écoute active d'un pair. En tant qu'écoute, elle est un exercice d'attention soutenue et orientée vers autrui.

Ainsi le quatrième pilier renvoie au type de lien social, témoigne du contexte interactionnel et souligne que l'empathie s'exprime avant tout dans une relation avec un interlocuteur défini. Les stéréotypes et l'appartenance à un groupe, avons-nous montré, cadrent le lien social et peuvent encourager ou annuler la posture empathique. Nous pouvons comprendre, par exemple, qu'un couple harmonieux, que des amis de longue date ou des membres d'une famille ont, s'ils le désirent, la faculté de faire preuve d'une empathie profonde. Or, le type de lien social peut également porter une valence négative et, comme le souligne Hochmann(2012), une personne dont on se méfie « devient immédiatement un monstre privé d'empathie. TI faut seulement se protéger de lui ».

Finalement, le dernier pilier de la relation empathique est celui des modèles d'apprentissage hérités de la culture. En montrant que les compétences empathiques, comme la distinction soi/autre, la précision empathique et l'exercice de postures phénoménologiques favorisent l'ouverture empathique. Or, les compétences relationnelles de l'individu sont le résultat d'un rapport symbolique au monde et d'un apprentissage, et elles sont donc des acquis culturels. Cette culture peut exercer une influence constructive autant que destructive, peut taxer les facultés du sujet comme elle peut les épanouir.il est donc important d'investiguer

quels facteurs sociohistoriques orientent le contexte interactionnel. Quels éléments culturels, par exemple, lient les individus par rapport à leur sexe, leur âge, leurs croyances, leur ethnicité et leur statut socioéconomique. Pour dire qu'en générale, les structures sociales, les pratiques et les croyances façonnent le regard vers autrui et forment la culture empathique d'un couple. Le pilier de la culture empathique, en mettant l'accent sur la culture comme agent de développement des compétences empathiques, se pose en quelque sorte comme portevoix des quatre autres piliers.

En revanche la qualité de la relation conjugale peut être considérée comme un indicateur synthétique du fonctionnement conjugal et comme un concept très proche de celui de la satisfaction conjugale. En effet ils sont deux termes souvent employés comme synonyme. Les couples caractérisés par une qualité de relation conjugale élevée sont considérés comme « satisfaits », par contre, les couples caractérisés par une basse qualité de relation conjugale sont considérés comme « insatisfait ». (Rodet, 2000, p.231).

Finalement nous pouvons dire que si le respect peut être défini comme le minimum d'amour ou d'égard pour l'autre, l'empathie serait peut être définie comme le plus grand des égards pour l'autre, L'empathie c'est donc cette capacité chez un individu à percevoir, à comprendre le ressenti de quelqu'un d'autre à se mettre à sa place, On partage alors ses sentiments parce qu'on parvient à s'identifier à lui et à comprendre ce qu'il peut ressentir, Comme nous l'avons vu l'empathie est indispensable que se soit dans la relation d'aide ou relation familiales, conjugale ...etc., d'ailleurs l'absence d'empathie du conjoint se traduit chez la femme par un manque flagrant de soutien, a travers ce chapitre nous avons constaté que l'empathie est essentielle pour la qualité de nos relations ; c'est l'une des qualités indispensable au bon fonctionnement du couple , plus particulièrement c'est cette capacité du conjoint à concevoir et ressentir ce que sa femme vit face à cette situation difficile d'infertilité féminine, ici l'empathie c'est cette faculté que il a en lui, à force de se connaître, pour détecter les besoins, souhaits et attentes de son épouse.

### **III. Résilience**

La résilience est un potentiel dont disposent les humains pour gérer les adversités passées, présentes et futures. Il s'agit de croire qu'il est possible de faire un nouveau départ d'un événement bouleversant vécu. Aujourd'hui dans le champ de la psychologie la résilience est devenu un domaine de recherche et d'application des théories le plus féconds.

#### **1. Aperçu historique de la résilience :**

La littérature spécialisée utilise différentes définitions et approches de la résilience chez les individus et les groups. La conception tendent à se préciser au cours du temps, mais

peuvent varier en fonction des secteurs d'interventions et d'appartenance théoriques des chercheurs. La résilience est un terme Français, issu du latin « *resilientia* », qui habituellement employé en physique des matériaux pour désigner « *résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre* ».

Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs Eléments constitutifs. D'après le Dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de Re (indiquant le mouvement en ire le retrait) et salire (sauter, bondir, jaillir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter ou rejaillir. Ainsi, la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse à contrat, la résiliation se situe donc dans le processus de désengagement mais aussi de renaissance. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de flexibilité et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « *l'invulnérabilité* » qui correspondrait à une résistance au choc mais également signerait « *un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité* » (Anthony et al, 1982), ce qui s'éloignent totalement de la souplesse nécessaire à la résilience.

Les premières approches de la résilience faisaient référence à la résistance au stress chez des enfants à risque développé des problèmes de santé mentale, dans le sillage notamment des premiers travaux de Norman Garmezy et Michael Rutter. En psychologie et en psychiatrie, l'étude des risques se situe donc à son origine dans la recherche de la compréhension de l'étiologie des troubles mentaux lors des premiers travaux qui ont conduit aux études sur la résilience.

Les travaux conduits par Norman Garmezy (avec notamment Ann Masten) à partir de la fin des années 1970, se sont concentrés sur les conséquences des risques cumulés. Ces études ont postulé la définition suivante des risques : « des épreuves de vie aiguës et chroniques qui seraient difficiles ou stressantes pour la plupart des gens ». Ces risques comprennent un large éventail d'événements et de conditions de vie pouvant affecter l'enfant soit directement soit par l'intermédiaire de sa famille. On trouve parmi les risques répertoriés : la maltraitance des enfants; la perte de la maison ou du travail; la maladie, l'incarcération ou la mort d'un parent ou d'une personne de la famille proche; les conflits parentaux et le divorce;

les incendies, les inondations ou les tornades; et de nombreuses autres sources d'adversité potentiellement graves (Anaut, 2015, p.43)

L'approche de la résilience en appuis sur cette recherche longitudinal donné lieu à différents développements théoriques. Au cours des décennaires, passant notamment de la recherche d'explications du phénomène résilience tout d'abord centré sur les particularités des individus à la en compte des variables environnementales. En définitive. Emmy Werner (1995) et son équipe ont décrit et étudié la résilience comme résultant d'un équilibre évolutif comprenant plusieurs dimensions d'ordre interne et externe en interaction. Ainsi, entrent en jeu notamment la confrontation aux éléments délétères ou stressants du milieu, la vulnérabilité et les facteurs de protection internes du sujet (tempérament, aptitudes cognitives, estime de soi) mais aussi les protections externes du milieu. Celles-ci peuvent concerner des sources non officielles de soutien, telles qu'un membre de la famille élargie, les soutiens du quartier ou les ressources communautaires. Autant de pôles d'étayage qui participent au processus de résilience et qui ont dans certains cas, pu compenser les défaillances de l'environnement familial immédiat (Anaut, 2015, p.44).

Les chercheurs anglo-saxons et nord-américains ont décrit les phénomènes de résilience en termes de résistances au stress, définie comme des manifestations de compétence chez les enfants, malgré l'exposition à des événements stressants de la vie Garmezy, Masten, Tellegen. (1984). Cependant le stress étant défini par Norman Garmezy (1981) comme « la présence de contraintes de vie durables et intenses », la résilience supposait donc le maintien de la maîtrise et la mobilisation de compétences, malgré une telle exposition au stress.

Au cours des années 1990, la définition de la résilience évolue pour prendre compte les aspects dynamiques et évolutifs, ce qui se traduira par l'introduction de la notion de processus. A partir de la Ann Masten (1990) défini la résilience comme : « *le processus, la capacité ou les résultats d'une adaptation réussie en dépit de circonstances difficiles ou menaçantes* ».

Par la suite, Masten (2011) à essayer de répondre à une démarche qui inclut les ramifications contemporaines de ce concept, en proposent d'aborder la résilience comme : « *la capacité d'un système dynamique à résister ou à récupérer face à des menaces importantes pour la stabilité, la viabilité ou le développement* ».

Aujourd'hui d'après Cyrulnik et Jorland, (2012) Anaut et Cyrulnik, (2014) on s'accorde actuellement pour considérer que pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y ait eu une menace majeure, une confrontation à traumatisme ou à un contexte traumatogène. Pour les cliniciens qui se référant à la métapsychologie freudienne les atteintes traumatogènes sont le préalable à

l'émergence du processus résilient, qui réfère avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme. (Lighezzolo, Tychev. 2004).

Notons que l'étude de la résilience ne se réduit pas à l'approche des individus face à des épreuves traumatiques ou défavorables. Elle prend en compte les groupes humains (familiaux ou sociaux) considérés soit comme des systèmes de ressources et de soutien pour les individus, soit comme des entités pouvant faire preuve de résilience groupale. Dès lors, on peut dire que la résilience fait référence aux ressources développées par une personne, un groupe ou une communauté, pour tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des situations traumatiques et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible.

## 2. Définitions de la résilience :

Il existe plusieurs définitions de la résilience de ce fait nous allons commencer par une définition étymologique, car il nous semble important de connaître l'origine du concept de la résilience, puis nous allons présenter d'autres définitions selon certains auteurs.

En effet sur le plan étymologique, le mot résilience vient du latin « *salir* » qui est traduit par « *sauter en arrière, rebondir, être repousser, jaillir* » et du préfix « *re* » indiquant « *La répétition, la reprise. Résilier c'est bien « rebondir » aller de l'avant, après avoir subi un choc ou un traumatisme.* » (Poilpot, 2005, p.10).

Selon la définition du dictionnaire petit Larousse de la psychologie « *La résilience est la capacité à surmonter le malheur* » (Engel, 2005, p.496).

Cependant la résilience peut se définir comme « *la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risque et le ressaisissement de soi après un traumatisme* » (Anaut, 2003.p.7).

D'autre part, il s'agit de « *la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue fatale* » (Cyrulink, 2001.p.261).

Autrement dit, la résilience est la « *tendance pour un enfant, un adulte ou une famille à se ressaisir après des circonstances ou événements stressants et à reprendre ses activités habituelles et son succès. La résilience est le pouvoir de récupération* » (Jourdan-Ionesco, 2001, p .17).

Le concept de résilience s'agit de faire face à la souffrance interne et de trouver sens à la vie après un évènement chaotique. Il représente ainsi la capacité à vivre, à réussir, à se

développer en dépit de l'adversité. C'est une combinaison de force intérieure, d'appui de l'extérieur et d'apprentissage à partir de l'expérience acquise (Koninckx, Teneau, 2010, P. 21, 23).

Les bases du concept de la résilience reviennent essentiellement à Emmy Werner. Dans sa définition : « la résilience est un équilibre évolutif dans la confrontation, d'une part d'éléments délétères ou stressants du milieu et, d'autre part, de facteurs de protection internes et externes ». Ici, la résilience est vue comme un processus dynamique, qui évolue au cours du développement de l'individu et qui est en fonction du sujet (sexe...etc.)(Koninckx, Teneau, 2010, p.28).

En reliant le concept de la résilience au vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire nous pouvons s'étayer sur la définition de Lecomte et Vanistendae (2000), « *La résilience n'est pas une caractéristique de l'individu au sens strict du terme, mais de la personne en interaction avec son environnement humain. Nous pouvons donc concevoir la résilience à partir de l'individu, puis en cercles concentriques toujours plus vastes, jusqu'à l'ensemble de la société* ». (Vanistendae, Lecomte, 2000, p.159).

### **3. Approches théorique de la résilience :**

Lighizzolo et De Tychev, dans leur ouvrage de synthèse présentent trois approches que sont le modèle théorique cognitivo-comportementaliste, l'approche médicale et le modèle théorique de psycho-dynamique. (Tychev, 2004).

Cependant, nous pouvons de même constater différentes approches et définitions qui se rapportent au champ de la psychologie concernant la résilience chez les individus ainsi que les groupes. On pourra dire alors que ce concept s'inspire d'une approche située dans un carrefour épistémologique qui met en relation des théories psychanalytiques, développementales et comportementales, et qui inclut des approches cliniques, psychopathologiques et socio-éducatives contemporaines. (Anaut, 2005, P. 26).

A ce titre on peut rencontrer plusieurs travaux et recherches effectués par divers experts en matière du concept « résilience ». Ce qui nous mène à dire que ce concept est maintenu selon des éléments propres à des visions spécifiques pour chaque auteur. Pour cela, afin de bien organiser notre travail nous allons voir de manière détaillée et par un ordre alphabétique la résilience selon diverses approches en gardant en dernier l'approche retenue dans notre travail.

### **3.1. La résilience selon la théorie d'attachement :**

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

### **3.2. La résilience selon l'approche médicale en santé publique :**

En ce qui concerne le modèle théorique qui se dégage en santé publique, il privilégie une approche compensatoire «*Où la résilience serait fonction de l'équilibre entre un certain nombre de facteurs de risque et la balance structurée par la présence de facteurs simultanés de protection*». (Iggezzolo, De Tychev., p.52). La résilience est ici définie comme un processus dynamique qui n'est jamais totalement acquis et qui construit dans l'interaction sujet-environnement.

La majeure partie des travaux scientifiques portant sur la résilience font référence à ces deux approches. Ce n'est que récemment que des cliniciens d'orientation psychanalytique se sont intéressés à cette nouvelle notion qui recouvre en fait des phénomènes qui ont été repérés et étudiés depuis longtemps par la psychanalyse (Korff-Sausse. 2002. p. 53).

### **3.3. Approche psycho-dynamique :**

Dans les approches psycho-dynamiques de la résilience, notamment dans un cadre référentiel psychanalytique, la résilience est considérée comme un processus dynamique, mais pareil une accumulation d'événements d'aversion ou de carences graves répétées qui peuvent être traumatisants : négligences familiales, abus sexuel, maltraitance, maladie.... De ce fait nous pouvons souligner l'impact émotionnel de l'événement sur chaque sujet particulier.

Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intrapsychique. Dans les approches psycho-dynamiques, à l'heure actuelle, on peut noter que peu d'intérêt est accordé à l'influence de l'environnement (relationnel ou contextuel) dans le développement du processus résilient.

En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. La résilience peut donc se définir comme incluant : le ressaisissement de soi après un traumatisme, le (re) construction ou le développement normal en dépit des risques, un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances. On peut appréhender le processus de résilience de manière psycho dynamique suivant deux axes principaux. D'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient. (Anaut.2005.p.7)

Ainsi, l'intensité émotionnelle d'un contexte traumatique dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives. C'est donc bien la «*subjectivité*» et non les aspects objectifs qui peuvent rendre compte du caractère traumatique d'une situation donnée. En fait, les aspects traumatiques sont en quelque sorte filtrés par les modalités défensives des sujets qui articulent les ressources internes des sujets et les ressources de leur environnement relationnel et socio-affectif. (Anaut.2005.p. 8).

Cependant, selon Freud (1976) et Kreisler (2000), le rôle principal des mécanismes de défense est les traitements affectifs de plaisir liées aux situations traumatique et conflictuelles ils participent à construire la résilience face au trauma.

Les principaux mécanismes utilisés sont ; le recours à l'imaginaire qui désigne selon Bergeret (1991) l'activité de rêves et de fantasmes dont on a Conscience ou pas. Composée de fantasmes pré conscients conscient. Inconscients ou primitifs selon lui. Il s'agit d'une fonction indispensable à l'équilibre psychique. L'humour qu'est est un mécanisme défensif reconnu comme un facteur de protection important pour tous les spécialistes de la résilience. Il permettrait la sublimation des pulsions agressives. Ainsi le clivage constitue également un procédé défensif précieux protégeant le moi lors de la survenue du trauma, il permet de séparer entre les représentations, pour mettre à l'écart celles les plus insupportables. Vanistendael et Lecomte(2000), qui sont des auteurs de tendances psychanalytique ont soulignés le caractère adaptatif du mécanisme de déni, il peut porter sur différents aspects de la réalité, à condition qu'il soit utilisé à court terme. Contrairement à un usage dans le fonctionnement psychotique chez le sujet résilient il porte plus sur la signification affective de la réalité insupportable, que sur la réalité elle-même. Le mécanisme d'intellectualisation également, peut constituer une protection de l'intensité des affects de déplaisir pour privilégier

le monde des idées et de la rationalisation logique. La sublimation et la formation réactionnelle semblent d'autres mécanisme de défense présents dans des processus de résilience (Lighezzolo, De Tyehey, (2004), p.58, 63).

### **3.4.L'approche cognitive comportementale de la résilience :**

Selon les écrits de Cyrulnik et Jorland et Guenard la résilience résulte d'un maillage complexe entre des aptitudes individuelles (psychiques, cognitives et comportementales) et des compétences psychoaffectives familiales. Ces dernières peuvent être complétées ou supplées par des ressources issues de l'environnement social. La résilience s'installe quand le sujet arrive à puiser dans le réservoir de protections (les liens affectifs) qui vont l'aider à se préserver de la désorganisation psychique. Cependant les liens affectifs interagissent dans les 3 domaines intervenant dans l'élaboration du processus de résilience :

- facteurs internes au sujet (aptitudes cognitives, éléments de personnalité, modalités défensives, etc.)
- facteurs familiaux et psychoaffectifs (soutien et qualité des relations familiales)
- facteurs socio-environnementaux (étayages amicaux et sociaux, soutiens communautaires, religieux, idéologiques, etc.).

En effet nous constatons que le tissu relationnel peut permettre de trouver des étayages et extérieurs qui vont renforcer les ressources internes et parfois remédier aux défaillances personnelles, lorsque les ressources internes s'épuisent et trouvent leur limite. Il y a mise en place d'un processus de résilience lorsque la personne, ou le groupe de personnes, arrivent à réguler les effets d'un traumatisme, à juguler les séquelles de la désorganisation psychique qui en résulte et parviennent à une reconstruction psychique et sociale.

Toutefois l'approche cognitive comportementale met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux: le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt des situations stressantes auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitives et donc conscientes. (Lighezzolo, De Tyehey, 2004, p.34). Cependant, Stratégies de Coping ; ce sont les stratégies que le sujet met en place pendant la confrontation stressante pour la résoudre : les études récentes sur le coping se sont focalisées sur des processus spécifiques que les individus utilisent pour faire face aux événements stressants. Lazarus et folkman nous proposent une définition au terme de coping « il se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet variables et Instables : pour aménager (réduire : minimiser :

contrôler : dominer ; ou tolérer) les demandes internes ou externe (et le conflit entre les deux) : faite par la transaction sujet-environnement. Évalué comme dépassant ses propres ressources (Grazian, Swendsen.2005, p. 77).

Ionesco et al. (1997) ont repéré dans la littérature scientifique différentes approches ou types de stratégies de coping : Le coping centré sur l'émotion qui vise la régulation de la détresse émotionnelle, de même en contexte d'infertilité, il a été démontré que les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions sont associées à l'ajustement psychologique et relationnel chez les individus, d'ailleurs dans l'ensemble divers études soulignent que les différents comportements d'un individu face au stress en contexte d'infertilité peuvent également avoir un impact sur l'ajustement de son partenaire (Anaut, 2008. P, 62). Ainsi coping centré sur le problème, qui vise à gérer les problèmes qui se trouve à l'origine de la détresse de sujet. Le coping évitant qui permet au sujet par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation... etc.) de réduire la tension émotionnelle en effet dans le cas d'infertilité ses stratégies ont la tendance à éviter ou nier tout ce qui leur rappelle l'infertilité. Mais aussi le coping vigilant, qui permet par des stratégies actives (recherche la d'information, de soutien social... etc) d'affronter la situation pour la résoudre, d'ailleurs la réinterprétation positive est également fréquente chez certain cas d'infertiles Puisque l'infertilité peut mener à des questions existentielles quant à l'identité, les croyances et quant à la définition même de la relation de couple, les couples en traitement de fertilité peuvent être portés à donner un nouveau sens à leurs difficultés. Par conséquent, ils peuvent souvent voir l'expérience de l'infertilité comme quelque chose qui les aide à grandir en tant que personne. Sauve et ses collègues (2018) ont soulève dans leur étude qualitative que les couples ayant recours aux traitements de fertilité ont rapporté des bénéfices conjugaux tels que le sentiment d'engagement dans une épreuve commune, le rapprochement des partenaires et le développement d'un système de soutien et de communication les aidant à faire face à l'épreuve qu'ils traversent.( Arpin,2018, p. 18,19) Ainsi les échelles d'évaluations ont été mises en point afin de rendre compte des stratégies de coping des individus. Elles sont composées de questions destinées à mettre en évidence les stratégies d'ajustements choisies par les individus pour faire face à des situations problèmes. (Anaut, 2008. P, 62).

Dans cette optique nous pouvons affirmer que l'apport du courant cognitive-comportemental, au champ de la résilience, est résumé dans le point suivant : - La notion de coping et de stratégies de coping En effet, l'être humain rencontre dans sa vie des situations stressantes auxquelles il doit faire face. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une

défense cognitive connue sous le nom de « coping ». Il faut noter que dans la théorie cognitive-comportementale, le coping est une stratégie qui vise l'adaptation essentiellement comportementale. Il occupe une place importante dans l'élaboration de la résilience du sujet. Les processus de coping sont très diversifiés, pour Lazarus et Folkman (1984) « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maintenir, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne* ». Pour certains auteurs (Paulhan, 1992), (Tadzio Muller 2003), il n'existe pas de stratégie de coping efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème. La résilience dans cette optique devient, selon Patterson (1995), « *l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face au stress de la vie* ». Cette conception de concept de résilience est pour Manciaux (2001), acceptable, ils distinguent ainsi entre résilience conjoncturelle (liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique). Pour Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces tresseurs nécessite de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intelligence. Tadzio Muller et Mark Spitz (2003), dans une de leur récente étude, ont démontrés que le coping actif et l'humour sont positivement corrélés à un faible de niveau de détresse psychologique. Selon Anaut (2003), les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping.

#### **4. Les facteurs de la résilience :**

Le développement de la résilience d'un individu peut être influencé négativement ou positivement par plusieurs facteurs (de risque ou de protection), à la fois individuels et environnementaux. La résilience découle de l'interaction entre ces facteurs de risque et de protection. Ainsi, comme l'affirme Ionescu (2001), « *Les facteurs de risque et les facteurs de protection constituent une dyade inséparable et doivent être envisagés conjointement si l'on veut mieux comprendre le dynamisme du développement* ». (Ionescu, 2001, p.168) On ne peut pas parler de résilience sans toutefois mentionner les facteurs de risque et les facteurs de protection, car la résilience est considérée comme un équilibre entre les deux. La documentation de deux sortes de facteurs permettra de mieux comprendre la façon dont la résilience se construit.

##### **4.1. Facteur de risques :**

La notion risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les

facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'inadaptation. (Anaut, 2005)

Marcelli (1996) considère facteurs de risque : « toutes les conditions existentielle chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieure à celui que l'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologique ». Dans cette perspective, il s'agit avant tout d'identifier des indices de risque permettant de comprendre les perturbations présentées par les enfants et parfois leurs entourage, afin de participer au traitement des problèmes et éventuellement de les prévoir. (Anaut, 2005, p.23). Le plus souvent, les recherches en psychologie restent attachées à l'analyse des problèmes et des perturbations des enfants, voire à leurs éventuelles psychopathologiques, et ont pour but principal d'essayer de les comprendre en leur attribuant un sens. Aussi, c'est à partir de l'étude de la pathologie individuelle, et éventuellement de celle du groupe d'appartenance, que la psychologie clinique va contribuer à esquisser des pistes en vue d'une prévention fondée essentiellement sur la mise en évidence d'indices de danger, ou facteurs de risque, pour le devenir des enfants. (Anaut, 2015, p. 32)

Les facteurs de risque sont en général subdivisés selon leur provenance et sont ainsi regroupés en trois catégories : les facteurs liés à l'enfant, les facteurs liés à la configuration familiale et les facteurs sociaux-environnementaux. (Anaut, 2015, p. 33)

La première catégorie correspond aux « *facteurs de risque liée aux enfants* » et comprend les différences sexuelles, la prématurité, la gémellarité, un niveau intellectuel faible, un tempérament difficile, un handicap. Nous pouvons y ajouter la souffrance pendant la période fœtale, une séparation précoce avec la mère et une faible estime de soi.

Ensuite, la deuxième catégorie comprend « *les facteurs liés à la configuration familiale* » liés à la configuration familiale comprennent quelques conditions familiales qui peuvent devenir des facteurs de risque lorsqu'il y a des troubles psychiatriques ou des comportements d'addiction chez les parents, des pratiques éducatives incohérentes, le décès d'un ou des deux parents, une séparation prolongée avec la personne qui prend en charge l'enfant au cours des premières années de la vie, grandir dans une famille monoparentale, avoir une discorde familiale chronique (on peut parler par exemple d'un divorce ou de la séparation des parents), des violences familiales (aussi bien les maltraitances physiques et/ou psychiques que incestueux), une maladie parentale chronique (somatique ou mentale), un membre de la fratrie ayant un handicap, un isolement relationnel, vivre un placement familial ou un placement dans une institution spécialisée) (Kayitesi, 2006,p.35).

La troisième catégorie « les *facteurs de risque relatifs à l'environnement externe* » qui comprend certains éléments sociaux-environnementaux qui font partis des facteurs de risques, comprenant le chômage des parents, la pauvreté ou une situation socio-économique faible, des habits pauvres et un logement surpeuplé et il y a les menaces vitales pour l'enfant qui représentent aussi des facteurs de risque comme la guerre, une action terroriste, les catastrophes naturelles, un accident ou le déplacement forcé (situation de migration)(Kayitesi,2006,p.35).

Les facteurs de risque ont pour conséquence d'augmenter les difficultés développementales chez l'individu et de le rendre vulnérable face aux différents problèmes de la vie. En ce qui concerne les situations à risque, il est important de souligner qu'il ne s'agit pas seulement de situations extrêmes qui sont souvent collectives, d'autres apparemment moins graves, mais plus durables, peuvent aussi être potentiellement déstabilisantes (Manciaux et al., 2001)

#### **4.2. Facteurs de protection :**

Un facteur de protection, il réfère à une condition biologique, socio-affective ou socioculturelle qui favorise l'épanouissement d'une personne. (Lemay, 1999) et Il paraît tempérer des prédictions de psychopathologie ou qui sont susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité (Masten, 2005, Ionescu, 2010, 2014)

Les facteurs de protection sont généralement présents chez l'individu ou dans son environnement, alors que la résilience survient lorsque l'adversité se présente (Cubbin, 2001). Il est également possible de distinguer ces deux concepts par le fait que les facteurs de protection interagissent avec les facteurs de risque (plus il y a de facteurs de risque, plus les facteurs de protection nécessaires sont nombreux pour compenser. Alors que la résilience, elle est tributaire de cette interaction. En ce sens, nous pouvons dire que la prise en compte des facteurs de protection participe à la compréhension de la résilience, mais ne se réduit pas à la résilience et vice versa (Luthar et al, 2000, p. 543,544 ; Anaut, 2003, p.42).

Cependant Garmezy et Masten (1991), à partir d'une revue de la littérature scientifique ont identifié les principale variable qui selon les chercheurs favorisent la protection chez les sujets résilients. Les facteurs de protection se regroupent en deux grandes catégories : ceux renvoyant à l'individu et ceux relatifs à l'environnement externe. (Anaut 2005, p 40).

##### **4.2.1. Facteurs de protection individuels :**

La première vague de recherches sur la résilience s'est centrée sur les caractéristiques individuelles retrouvées chez les personnes, notamment les enfants, qui parvenaient à un

développement satisfaisant en dépit des adversités vécues. Celles-ci se sont d'abord focalisées sur leurs compétences individuelles ou les traits de personnalité (Garmezy et al., 1984). Plus tard, les recherches se sont étendues aux adultes. Ces facteurs de protection offrent donc une résistance au risque. Tout comme les facteurs de risque, les facteurs de protection résultent des caractéristiques individuelles et des appuis du milieu (famille et extrafamilial). Ces facteurs participent à la protection du sujet afin d'atténuer l'impact des situations adverses (Anaut, 2003)

Parmi ces caractéristiques, Anaut (2003) mentionne le tempérament et les aptitudes cognitives. À leur tour, Manciaux et al. (2001) mentionnent que les facteurs de protection propres au sujet résilient sont l'estime de soi, la sociabilité, le don d'éveiller la sympathie, un certain sens de l'humour, un esprit d'anticipation et de planification, un projet de vie. À ces facteurs, Vanistendael et Lecomte (2000) ajoutent la capacité de trouver un sens à la vie, aspect lié à la vie spirituelle et à la religion, des aptitudes et le sentiment de maîtrise de sa vie, l'amour-propre, le sens des responsabilités, l'engagement et l'empathie. D'autres caractéristiques qu'on retrouve chez une personne résiliente sont des compétences sociales, des capacités à résoudre des problèmes, une certaine autonomie, un sens de l'avenir avec une orientation et des objectifs (Kayitesi, 2006, p.41).

#### **4.2.2. Facteurs relatifs à l'environnement externe :**

Se sont les facteurs familiaux et facteurs extra familiaux.

##### **4.2.2.1. Facteur familiaux :**

La deuxième catégorie regroupe les facteurs provenant d'un environnement externe. Ici nous allons présenter ceux que l'on peut retrouver au sein de la famille.

D'ailleurs les chercheurs ils ont parlé des caractéristiques que l'on retrouve dans la dynamique familiale correspondant à la qualité et efficacité de la communication entre les membres de la famille, aux interactions chaleureuses et positives, ainsi qu'à l'affection et le support qu'une famille peut donner et qui doit demeurer stable (Mathiot, 2019, p.11).

Dans ce domaine ils mettent l'accent sur le rôle de la relation d'attachement. Cet attachement constitue en grande partie les ressources internes de l'individu, souligne que si cette figure d'attachement a permis à l'enfant d'acquiescer un attachement confiant, qui a créé une stabilité interne avant le fracas, cela va devenir une ressource interne. Cette ressource permet, quand il y a un événement traumatisant qui survient dans la vie de l'enfant, d'affronter le coup et de rebondir après le traumatisme. De même Vanistendael et Lecomte (2000) indiquent que la qualité de la relation affective entre parent et enfant peut stimuler le processus de résilience en ce sens qu'elle joue un rôle important dans l'estime de soi de

l'enfant, qui est à son tour une composante de la résilience. Vanistendael et Lecomte (2000) complètent ces propos en soulignant que pour favoriser la résilience, il faut responsabiliser l'enfant tout en tenant compte de ses possibilités. Ils soulignent que responsabiliser l'enfant lui donne le sentiment d'être utile et apprécié. Dans le même contexte, cependant Cyrulnik (2001) explique que pour aider les enfants blessés à surmonter leurs traumatismes; il faut les inviter à être actifs et créatifs ( Kayitesi, 2006, p.37,38).

Anaut (2003) donne d'autres indicateurs familiaux qui sont en mesure de jouer un rôle protecteur. Elle mentionne, entre autres, la chaleur humaine, la cohésion et l'harmonie familiales qui sont susceptibles de favoriser la résilience. Benard (2004), Vanistendael et Lecomte (2000) ajoutent des éléments du milieu familial ou extrafamilial qui jouent un rôle crucial dans le développement de l'enfant et par la suite dans la construction de la résilience. Il s'agit de l'amour, de l'acceptation fondamentale, de l'empathie, de la confiance que l'enfant reçoit de son entourage et vice versa (Kayitesi, 2006, p.39)

#### **4.2.2.2. Facteurs de protection extrafamiliaux :**

En dehors de la famille et des caractéristiques individuelles, la notion de groupe est essentielle ici en tant qu'unité ou entité sociale de base dans laquelle la plupart des interactions et l'appartenance se vivent (famille, communauté, entreprise, école, association, société). Les fonctions du groupe sont la sécurité, la protection, le soutien, les soins, la justice, l'amour, la culture transmise par l'éducation. De par sa stabilité et sa capacité de renouvellement, le groupe offre la continuité existentielle, même après la mort, à travers le souvenir des membres du groupe. Ces différentes fonctions font que le groupe représente un facteur de protection (Kjmessoukie, 2016, p.52).

D'ailleurs pour Benard 2004, Lecomte 2000, la construction de la résilience est favorisée par le soutien social que l'individu reçoit des personnes qui lui font confiance et en qui il a confiance ; ce sont ces personnes que les chercheurs dans le domaine de la résilience appellent des véritables tuteurs de résilience. Dans ce contexte, Anaut (2003) mentionne que les facteurs extrafamiliaux peuvent provenir par exemple d'un riche réseau social de pairs, de professeurs ou de travailleurs sociaux. Dans le même ordre d'idées, les études sur les facteurs de protection ont démontré que « *le réseau de soutien social de l'adulte constitue un facteur de protection très efficace contre les situations stressantes*» (kayitesi,2006,p.45).Le soutien social est un processus interactionnel qui agit comme une variable tampon en situation d'adversité, la Présence de personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille, Présence de milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, permettant l'expression d'affects pénibles, en augmentant les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le

sentiment d'appartenance, les compétences par un échange ou une mise à disposition des ressources psychosociales (Kjmessoukie, 2016, p.49,53)

Un autre élément qui permet la construction de la résilience que Vanistendael et Lecomte (2000) ont mis en évidence est celui en rapport avec l'idée de comparaison que les blessés utilisent pour surmonter les situations adverses. Ils soulignent que les victimes peuvent non seulement se rassurer en se comparant à d'autres personnes plus malchanceuses qu'elles, mais également en comparant leur état à une situation hypothétique pire qui pourrait leur être arrivée. Cela les aide à minimiser leur souffrance et à la surmonter. En parallèle à ceci, les auteurs mentionnent un autre élément, soit celui d'entraide entre les victimes, soit par le partage de leurs expériences et la recherche des solutions à leurs problèmes. Cependant, ils soulignent que le soutien entre victimes n'est pas toujours efficace quand il ne s'agit que de partager les expériences douloureuses qui peuvent contribuer à faire revivre la douleur qu'a provoquée l'événement traumatisant et à contrecarrer la résilience. Ici, l'aide des professionnels s'avère nécessaire. (Kayitesi, 2006, p.46)

À leur tour, Ehrensaft et Tousignant (2001) mettent en évidence le rôle de différents niveaux de l'écologie sociale (famille, quartier, communauté, société, culture). Ils indiquent, en citant l'étude d'Eldebour (1993), qu'au niveau de l'entourage la présence d'une communauté culturelle d'appartenance, l'idéologie politique, les croyances religieuses, et les attitudes envers la violence peuvent favoriser la résilience. Ils soulignent également le rôle protecteur de la mémoire collective dans la résilience face aux traumatismes (Kayitesi, 2006 ,p.47).

Tout fois Peter Fonagy (1994) confirme que la résilience est un ensemble de « processus sociaux et intrapsychiques, les quels prennent place à travers le temps et en fonction des combinaisons des différents attributs de l'enfant, de la famille et des environnements sociaux et culturels ». C'est toujours la combinaison de ressources internes et externes qui favorise l'émergence de résilience chez l'individu pour surmonter l'adversité (Fonagy et al., 1992, p.48).

### **5. Les caractéristiques du processus mental résilient :**

Rutter (1985, 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables:

- La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi ; Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. La majorité des chercheurs considèrent qu'il est nécessaire d'être doté d'un bon développement de l'estime de soi pour devenir résilient.

- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité ; Cette caractéristique correspond chez un individu à la croyance et à confiance qu'il a dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes qui sont nécessaires pour y parvenir. Ce sentiment d'auto-efficacité a été décrit et analysé par Albert Bandura (2007) qui souligne son impact sur les motivations chez les sujets. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Dans cette perspective, l'individu résilient aurait tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence.

- Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux ; Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences de résolution de difficultés, en appuis sur des compétences personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu) (Anaut 2003.p49,50).

Ces trois caractéristiques, qui font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Elles soulignent le rôle fondamental des ressources internes de l'individu résilient face à des conditions extérieures défavorables et sa capacité à tirer profit des potentiels environnementaux extra-familiaux, Lorsque la famille est défaillante. Dans cette perspective la résilience s'appuie surtout sur l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel qui le soutien.

## **6. Résilience et empathie :**

Deuils, maltraitance, abandon, la confrontation aux maladies... que ce soit durant l'enfance ou à l'âge adulte les ressources provenant de l'entourage peuvent faciliter la réussite à faire face à l'une de ses situations difficiles et sortir vainqueurs et c'est ce que l'on appelle la résilience chez un individu.

Diverses études ont montré que le « soutien social » joue un rôle essentiel de « tampon », limitant l'impact de l'événement traumatisant sur la victime, d'ailleurs Lecomte (2013) dans ses recherches menée il y a quelques années sur la résilience des enfants maltraités, à constater que l'attitude d'adultes la plus susceptible de faire émerger cette dynamique de vie était l'empathie et l'affection (Lecomte, 2013, p.42).

Audery (2015) dans ses écrits le confirme aussi en disant : « *Les professionnels exerçant dans le domaine de la santé sont exposés à de nombreuses situations difficiles, telles que le suivi d'un patient en souffrance, la confrontation aux maladies chroniques, aux annonces de diagnostics graves, l'accompagnements des personnes en fin de vie... Savoir y*

*faire face fait appel à des stratégies d'adaptation reflétant la capacité du praticien à savoir évoluer dans un contexte difficile. Ceci se rapproche de la capacité de résilience, qui peut également s'avérer nécessaire lors de la création d'une relation d'aide avec un patient projetant des émotions négatives de façon importante Il devient alors licite de se demander si ces stratégies mises en place face à des situations jugées inconfortables pourraient entraver ou au contraire faciliter la possibilité à être empathique » (Audery, 2015, p.23).*

Toute fois d'après Cyrulnik (1998) l'empathie est une caractéristique du profil d'un individu résilient quel que soit son âge il doit doter des caractéristiques suivantes :

- Un quotient intellectuel élevé.
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement.
- Ayant le sentiment de sa propre valeur.
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Et ayant le sens de l'humour. ( Anaut, 2015, p, 71).

### **7. La résilience chez le conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire :**

Il est incontestable que le diagnostic et le traitement de l'infertilité font peser un lourd fardeau psychologique et physique sur la plupart des patients. De nombreux auteurs pensent que l'infertilité provoque une crise de vie pour les couples concernés d'autres le considèrent comme l'événement le plus stressant de la vie des patients, à égalité avec le divorce ou le décès d'un être cher. Pour surmonter la crise, les patients doivent souvent se réorienter et réorganiser la situation.

Selon Hermmain, all, (2011) malgré le lourd fardeau émotionnel résultant du diagnostic d'infertilité, il n'est en aucun cas vrai que tous les couples sont émotionnellement désespérés. Pour les autres, leurs propres ressources d'adaptation semblent être suffisantes pour survivre indemne à la crise d'infertilité Jusqu'à présent, cependant, il n'y a pas d'études systématiques sur la vraie nature de ces ressources. Outre un meilleur mécanisme d'adaptation et un soutien social suffisant, certaines forces psychologiques spécifiques pourraient être impliquées, qui n'ont pas encore été identifiées. Dans ce contexte, la «résilience» pourrait être un concept approprié. Il est défini comme la capacité psychologique individuelle à résister et à s'adapter aux événements difficiles de la vie ou comme un «processus dynamique englobant une adaptation positive dans un contexte d'adversité significative» Par conséquent, il peut être considéré comme la contrepartie positive de la vulnérabilité. Bien qu'il existe plusieurs définitions de la résilience, les individus résilients peuvent généralement être caractérisés comme possédant une estime de soi, croyant en sa propre efficacité personnelle, ayant un

répertoire de compétences en résolution de problèmes et des relations interpersonnelles satisfaisantes. Si nous transférons ce concept aux conjoints de femme atteinte d'infertilité, cela pourrait signifier que les conjoints présentant un bon équilibre de vie malgré l'infertilité ont une tolérance au stress psychologique relativement élevée.

Toute fois, en reliant les déclarations de Anaut (2015) à notre étude, nous pouvons dire que le niveau de vulnérabilité du conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire peut se concevoir selon deux axes principaux. D'une part, l'étude de la vulnérabilité du sujet: selon une prise en compte de la vulnérabilité personnelle, autrement dit inhérente au sujet lui-même, du fait de sa constitution, de sa personnalité et de son développement et incluant d'éventuelles prédispositions génétiques. D'autre part, la prise en compte de la vulnérabilité liée à l'environnement : c'est-à-dire dépendant des faiblesses du milieu et des interactions relationnelles inadéquates ou pathogènes. Cet aspect de la vulnérabilité concerne les conséquences des facteurs de risque liés à l'environnement défaillant, qu'il s'agisse de la configuration relationnelle familiale ou du contexte socio-économique et culturel plus large. L'évaluation des facteurs de risque liés à l'environnement suppose la prise en compte de critères variés tels que la catégorie socioprofessionnelle et les conditions socio-économiques familiales (pauvreté, précarité), l'étude de la qualité des liens sociaux (isolement social) et des relations. Par conséquent nous pourrions que le niveau de la vulnérabilité des sujets en relation avec eux-mêmes ou avec leurs entourages, ainsi la nature des facteurs de risque et des facteurs de protection peut influencer sur disposition de la résilience. D'ailleurs Ils excitent différents courants de pensée ont pris en compte ces variables pour tenter de comprendre les réactions des sujets dans des conditions très difficiles et la variabilité de leurs adaptation au contexte a détresse.

D'autre part nous pouvons aborder le processus résilience des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire comme un résultat de fonctionnement. En effet, c'est à partir d'un ensemble de critères permettant repérer un fonctionnement considéré comme résilient que l'on s'autorise poser un diagnostic de résilience. Aussi, c'est bien souvent le résultat d'un comportement ou d'un ensemble de comportements qui est étudié en tant que manifestation de la résilience, y compris lorsque le diagnostic s'appuie sur une absence de troubles psychiques ou comportementaux. Les approches empiriques vont donc s'employer à décrire avant tout les fonctionnements réputés résilients, en repérant un certain nombre de critères qui peuvent varier d'une étude à l'autre. Dans cette optique, Masten (2001) a indiqué que « la résilience réfère à une classe de phénomènes caractérisés par de bons résultats en dépit de menaces sérieuses pour l'adaptation ou le développement »

Ainsi du point de vu dynamique la résilience du conjoint en tant que « *traits de personnalité* », ainsi comme étant un processus dynamique adaptatif selon la définition de Pedinielli, 2005) et en liaison avec les domaines de la psychologie de la santé. C'est-à-dire en référence aux courants de la psychologie qui permettent de saisir l'importance de l'inscription des événements vécus par le sujet au cours de sa construction, qui comprennent les dimensions d'ordre physique, affectif, cognitif, et social. (Anaut, 2015, p, 58).

Comme l'affirme Anaut (2012), les individus résilients montre l'importance des liens relationnels ou affectifs qu'ils ont noué avec des personnes qui ont contribué à les soutenir pendant les périodes difficiles Beaucoup de sujets réputés résilients font référence à des personnes qui les ont, disent-ils, aidés à se reconstruire, quelquefois en les conduisant à changer de trajectoire de vie de manière radicale. On considère que ces personnes ressources font office de « *tuteurs de résilience* » (Cyrulnik. 2001) pour les sujets dont ils étayent ou « autorisent » le développement sur le chemin de la résilience.

La notion de « tuteur de résilience » englobe différentes dimensions qui peuvent participer à l'étayage des personnes confrontées à des épreuves significativement adverses ou traumatiques. Cette notion peut correspondre à une ou à des personnes qui seront significantes avant tout pour le sujet résilient. Michel Delage (2004) nous rappelle que « la famille quand elle existe est le premier environnement ressource, le premier à recevoir la souffrance du sujet et le récit de ses expériences, le premier à pouvoir contenir et permettre la reprise du développement du monde interne ». Ainsi, les premiers tuteurs de résilience peuvent se trouver au sein de la famille, auprès des personnes qui partagent un lien affectif fort avec l'individu qui a subi une agression psychique. Toutefois, de nombreux tuteurs de résilience peuvent se rencontrer également parmi les relations sociales extra-familiales : c'est par exemple le cas, des pairs, des amis confidents, des enseignants, des éducateurs ou encore des soignants. Quelquefois c'est celui qui deviendra le compagnon ou la compagne de vie. Il arrive que ce soit quelqu'un qui ne fait qu'un passage plus ou moins bref dans la vie du sujet, mais il reste marquant. Beaucoup sont des tuteurs de résilience sans s'en rendre compte, car souvent les personnes qui vont contribuer à l'étayage d'un enfant ou d'un adulte qui entre en résilience ignorent le rôle fondamental qu'elles jouent dans sa trajectoire de vie. (Anaut, 2012).

Pour conclure nous pouvons dire que le processus de résilience est une conséquence de plusieurs facteurs ces derniers favorise la capacité d'adaptation des individus, notamment nos sujet de recherche, cela afin de maintenir son l'équilibre psychique suite a des événements fatales.

## 8. Les limites de la résilience :

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité, le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie etc. l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. (Anaut, 2005, p.78).

En revanche cette résilience a des limites. La résilience n'est pas toujours constante et définitive et qu'un sujet peut être résilient dans certains domaines et non dans l'autre, à ce propos, Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi Anaut (2002) affirme que la résilience réside avant tout dans l'équilibre des forces entre élément de risque et de protection. Ainsi, chez l'individu la résilience dépendra des facteurs de protection qui modifient les réactions au danger présent dans l'environnement affectif et sociale, en atténuant les effets aversifs (anaut, 2002, p.41). Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre, 2004, p 103).

Reutter affirme aussi que la résilience n'est jamais absolue, elle a des limites variables selon les risques, variable dans le temps et toujours à la fois d'origine intrinsèque et épi-génétique (Guillon, 2007, p 27).

Lorsqu'une personne fait l'expérience d'une grande difficulté existentielle dans la vie. Une telle situation est particulièrement néfaste dans le jeune âge. Pourtant, certains individus s'en tirent mieux que d'autres. On dit alors qu'ils sont résilients. Pour les couples infertiles, la résilience peut être considérée comme un facteur de protection non spécifique contre la détresse propre à l'infertilité et la qualité de vie altérée

### Synthèse

Comme nous l'avons vu déjà le désir d'avoir un enfant prend une place centrale au sein de plusieurs couples, d'ailleurs la maternité est probablement le rôle le plus important pour certaines femmes, tandis qu'être père contribue à la masculinité et à l'identité de l'homme mais Malheureusement, certains couples rencontrent des difficultés à concevoir un enfant, face à cette situation difficile certains d'eux font preuve de force vivent cette infertilité comme quelque chose qui les aide à grandir. Mais pour d'autre cette incapacité

est vécu comme un évènement traumatisant. Cependant à travers ce chapitre nous avons constaté que cette capacité chez les conjoints de se mettre à la place de leur femme et la préoccupation, la compassion et l'attitude de l'écoute qu'ils possèdent pour ressentir ce que leur femme vit, et lorsque ils refusent de rester bloqué et veulent progresser avec leurs capacités et leurs stratégies, peuvent faire face et dépasser et surmonter cet évènement, en effet le soutien d'autrui réduit la détresse et améliorer le bien-être des couples infertiles.

Nous avons donc conclu notre deuxième chapitre qui porte sur « *le vécu psychologique (résilience et empathie)* » par une synthèse. Dans ce qui suit nous allons présenter notre problématique et hypothèses, puis commencer notre partie pratique.

# **Problématique et hypothèses**

L'homme n'est pas simplement un être biologique mais aussi un être social destiné à vivre sa vie, à former une famille, et à avoir des enfants. Le lien conjugal se constitue d'une union légitime d'un homme et d'une femme à travers une alliance de mariage qu'est un événement important dans la vie de l'un et de l'autre et il est essentiel à la réussite du couple. Selon Bachelor (2012), en Afrique plus que dans le monde civilisé, le mariage demeure une règle quasi universelle, pour les femmes, comme pour les hommes, la maturité sociale passe nécessairement par le mariage et la constitution d'une descendance qu'est une richesse, une garantie pour la vieillesse.

Depuis la nuit des temps le désir d'enfant habite l'espèce humaine, l'envie d'avoir un enfant est devenu un fait de société, c'est une étape fondamentale dans la vie ; l'arrivée d'un enfant vient dans les meilleurs des cas consolider ce lien, donner la vie reste un mystère.

Selon Al-yazori (2012), pour la plupart des personnes, le mariage et la naissance d'un enfant sont considérés comme un besoin humain inné, l'une des expériences persistantes depuis l'existence humaine.

Autant dans le contexte Algérien, l'enfantement n'est accepté qu'à travers le mariage car il désigne l'institution matrimoniale qui rend l'union légitime, que ce soit au regard de la coutume, de la religion ; le mariage constitue alors le moment privilégié qui doit remettre les individus à leur vraie place. En effet, les hommes et les femmes s'efforcent de réaliser cet idéal à leur vie. Ils déclarent qu'il suffit d'avoir un enfant pour faire une famille, et les deux « *enfants et familles* » sont associés, la volonté d'enfanter n'est qu'un prolongement naturel du couple pour construire une famille, cette volonté revêt une place particulière dans l'histoire des couples, effectivement l'envie d'un bébé c'est d'abord dans la tête mais c'est le corps qui va être mis à la contribution pour lui donner la vie.

Selon Arezki (2004), dans les temps anciens, la maison et la femme étaient aux yeux du paysan la richesse du monde ; la femme enceinte était comme une terre bien travaillée, elle portait en elle la bénédiction des ancêtres que l'on a honorés, portés au prestige par un travail symbolique des rites d'institution.

En effet, devenir maman est un événement important dans la vie d'une femme, c'est une page qui se tourne, et une nouvelle vie qui commence. Dans de nombreuses régions du monde, une femme passe à l'âge adulte quand elle devient mère, la maternité est une source de fierté, elle assure la continuité de la lignée et elle renforce les liens entre les familles.

Ainsi, selon Pickman (2001), c'est dans la maternité que la femme trouve son plein épanouissement, c'est pour cela qu'elle veut prouver à elle-même et à la société que son corps

fonctionne et qu'elle maîtrise sa fertilité, elle se trouve rassurée quant à sa capacité reproductrice qui constitue une part importante de son identité et de sa féminité.

La première grossesse représente une période de stress pour certain couple car elle implique une réorganisation intrapsychique de devenir parent et le désir de grossesse peut même devenir une véritable obsession pour les femmes qui ne parviennent pas à tomber enceintes ( Abdel-Baki , Poulin , 2004, p. 06).

Cependant, pour l'homme Selon Glover(2017), faire un enfant ce serait renoncer à son statut d'enfant et passer à celui de père, chez certain hommes le désir d'enfant naît en général lorsque celui-ci voit en sa compagne la maman idéale et son désir d'enfant se mêle alors au désir de rendre sa femme heureuse si le bonheur de celle-ci passe par le fait d'avoir des enfants.

Mais aussi, depuis toujours, les hommes ont été confrontés aux problèmes de reproduction, une femme sans enfants désigne une femme incapable de procréer. Avoir un enfant c'est un rêve qui n'est pas possible pour tout le monde, après plusieurs mois de tentatives sans résultats, l'inquiétude et l'impatience commencent, et les doutes s'installent pour laisser place à une éventuelle infertilité, par le poids de la tradition, en se trouve dans l'obligation de se justifier devant autrui, mais aussi de se rassurer soi-même (Mimoun, 2003, p.38).

Dans cette présente recherche nous allons aborder « *le vécu psychologique des conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire* », sachent que l'infertilité est définie par plusieurs auteurs comme étant une absence ou et une difficulté et parfois une impossibilité de procréation chez le couple qui ne peut être diagnostiqué qu'après deux ans ou plus de rapports sexuelles réguliers.

En effet, l'infertilité a été toujours considérée comme un véritable fléau, un problème de santé publique dont la gravité dépend de la culture. Depuis des siècles, l'infertilité était considérée comme une pathologie exclusivement féminine, mais des études menées par des chercheurs ont démontré qu'elle touche les femmes comme elle touche les hommes,

L'infertilité selon Wembulula Shinga (2012), est considérée comme un tabou, qu'elle soit d'origine masculine, féminine ou mixte, l'infertilité inflige à chaque sexe la même souffrance, elle est lourde à porter dans notre culture. Pour l'homme, elle signifie souvent l'atteinte à sa virilité et à sa puissance sexuelle, d'autant plus que le père transmet son nom. Par contre pour la femme, elle signifie plus l'impossibilité de grossesse qu'absence de lien génétique d'où un sentiment d'échec personnel et social dans son identité féminine.

D'ailleurs l'infertilité est vécue généralement comme une menace pour la vie de la femme et son entourage, pour le couple l'absence d'enfant après une période est souvent la source des conflits familiaux (infidélité, divorce ...).

Selon L'OMS, l'infertilité s'inscrit à l'échelle mondiale comme un problème de santé publique par sa fréquence et son ampleur ; environ 48.5 à 72.4 millions (7% à 9%) des couples dans le monde ont un problème non résolu de fertilité (Boivin 2006, Maya et Al 2012), d'après Heffner (2003), Aux Etats unis et en Europe occidentale, ce problème concerne environ 10 à 15% des couples mariés.

En revanche, le problème de l'infertilité est considérablement différent dans ses causes, ses conséquences et sa gestion dans les pays en voie de développement comparé aux pays développés. Du point de vue statistique, la dernière enquête du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière qui remonte en 2002, montre que 7 % des couples en âge de procréer souffrent d'infertilité. Les études démographiques de (Ouadah-Bedidi et al, 2004) ont montré que la baisse de la fécondité a été induite par le retard de l'âge au mariage des femmes puis renforcée par l'utilisation massive de la contraception, mais elle n'aurait pas pu avoir lieu sans un contexte socioéconomique favorable : baisse de la mortalité infantile, généralisation de la scolarisation des filles et forte urbanisation. Toutefois en 2016, l'Association Algérienne de Fertilité et de Contraception (SAFEC) estime que le taux de l'infertilité chez les couples algériens est passé de 15 à 20% au cours des dernières années. Sur 100 couples, 35 n'arriveraient pas à concevoir d'enfants naturellement durant les deux premières années de vie commune, régulière et sans contraception (Bennabed, 2018, p.4).

Le sujet de l'infertilité est un acte intime qui se transforme en acte médical vécu en laboratoire, c'est un sujet qui a reçu une grande attention au niveau de la recherche médicale et physiologique pour trouver le traitement approprié, il est à noter que ce sujet n'a pas reçu beaucoup d'attention au niveau des études en psychologie cliniques, notamment dans notre société, malgré sa prévalence généralisée est croissante , la sensibilité de cette situation et ses conséquences sur la vie psychologique, sociale et conjugale des hommes et des femmes reste une réalité à prendre en compte. A partir d'une revue de littérature effectuée grâce au site du système nationale de la documentation (SNDL), nous avons pu mettre la main sur un ensemble de recherches menées par des chercheurs Algériens sur le sujet de l'infertilité dont celle de : Abdessalem Hichem (2016) sur les facteurs de risque de l'infertilité féminine dans l'ouest de l'Algérie et celle de Benabed Aicha (2018) sur l'expérience sociale des femmes et des hommes infertiles dans le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) à Oran ,aussi , celle de KHardouche-Bali Zahia (2011) qu'est une étude clinique et projective des

organisations identitaires identificatoires chez la femme stérile et la femme enceinte, à l'université « *KASDI Merbah* » Ouargla. Et celle de Qedache Fatiha (2013) à Constantine sur le sujet d'infertilité en langue arabe intitulé « *Les délires sexuels et leurs effets sur les perceptions reproductives des femmes souffrant d'infertilité mentale grâce au test de Rorschach* »<sup>1</sup> et Larari Fahmi (2014), qui a travaillé sur « *Le rôle du soutien social dans l'amélioration de certaines variables cognitives psychologiques chez les femmes stériles* »<sup>2</sup> et Ataar Assia (2017), qui a travaillé ainsi sur « *Compatibilité conjugale pour les femmes souffrant d'infertilité organique primaire* »<sup>3</sup> à l'université d'Alger 2, cette dernière vise à connaître les répercussions de la stérilité organique primaire dans l'harmonie de la relation conjugale des femmes stériles. L'échantillon de l'étude se constitue de deux catégories: catégorie des femmes stériles (N-50), et catégorie des femmes fertiles (N-50). Le chercheur a adopté une approche comparative, ses recherches ont été établies au centre hospitalier universitaire Mustapha Bacha au niveau du service de gynécologie obstétrique et afin d'expérimenter le degré de l'ajustement conjugal auprès de ces deux catégories, le chercheur a utilisé un critère d'ajustement conjugal et les résultats ont démontré que la stérilité affecte de manière conséquente la femme dans sa vie conjugale. Alors que statistiquement il existe des différences non négligeables constatées dans la vie conjugale d'une femme stérile et d'une femme fertile en faveur de cette dernière. Dans cette optique le sujet de l'infertilité féminine et la place de la femme enceinte dans la société Algérienne ont été assez étudiés dans le domaine de la sociologie et l'anthropologie tel que les écrits de Arezki Dalila (2004), qui s'intitule « *sens et non sens de la famille algériens* » et l'article écrit par Abdel-Baki Amal et Poulin Marie-Josée (2004), qui porte le titre : « *du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement ,I, Perspectives psycho- dynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse* » dans la revue intitulée « *psychothérapies* » (vol.24)...etc. Nous avons également pu joindre un ensemble d'études qui ont été faites par des chercheurs étrangers de différents pays sur le sujet d'infertilité féminine tel que : l'étude de Pirrello-Parnot Laëtitia (2006), sur l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez des couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée, de même l'étude de Commenges-Ducos (2005) intitulée « *La vie humaine, fruit d'une rencontre. À propos de l'infertilité conjugale* », de plus celle de Pickmann Claude-Noële (2001) qui porte le titre « *Actualité d'un symptôme féminin : la stérilité psychique* », ainsi Giami Alain (2004), qui a travaillé sur l'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple, aussi l'article de Al-yazori

الهوامات الجنسية و تأثيراتها على تصورات الإنجاب لدى المرأة المصابة بالعمق النفسي من خلال اختبار الروشاخ<sup>1</sup>

دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة المصابة بالعمق<sup>2</sup>

التوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمق العضوي الأولي<sup>3</sup>

Tawfeeq Mohamed-Ali (2012), intitulé : « *Relationship between infertility related Stress and Type of Coping among Infertile Males and females-Gaza Strip* » ...etc. Récemment Mahfoufi, Recham (2018), ont élaboré une recherche qui porte sur « *Etude socio-anthropologique de la stérilité, cas de la Kabylie Tizi-Ouzou, Bejaia et Bouira* » en s'interrogeant sur le vécu du couple stérile et les moyens mobilisés pour résoudre le problème. Quant au terrain, ils ont choisi la Kabylie dans les trois wilayas que nous avons citées au dessus afin d'aborder leur étude ils ont opté pour la méthode descriptive analytique dont l'entretien et l'observation ont été déterminant pour comprendre la situation des couples enquêtés.

Dans le cadre de notre recherche concernant le vécu psychologique des conjoints de femme infertile, en inspirant de l'ensemble de ses recherches nous avons pu avoir une clair voyance sur le sujet de l'infertilité que ce soit dans le domaine médical ou psychologique, on a constaté que l'infertilité féminine primaire est devenue le sujet d'actualité, c'est une crainte de beaucoup de nouveaux mariés elle est de plus en plus en augmentation, en effet Wembulula Shinga (2012), affirme qu'il est rare des gens évoquent le sujet en famille ou avec des proches, très souvent on ignore dans un couple lequel des deux est infertile pour des raisons socioculturelles, ou certaines croyances et même préjugé bien incrustés dans les sociétés arabo-musulman, le secret dans ces genres de situation est bien gardé. Cette situation freine le rythme de vie du couple d'ailleurs chaque changement dans la vie d'une personne, peut engendré une situation de crise, à fin de s'adapter à la nouvelle situation et c'est certainement très douloureux pour celui qui à un désir d'enfant de ne pas pouvoir en avoir c'est par conséquent cette situation engendre des répercussions négatives, elle affecte le vécu du couple sur le plan physiologique, psychologique et relationnel, elles touchent plusieurs éléments de la personnalité. La femme infertile peut se sentir incapable ou exclue de la vie sociale et soumise à des tensions internes. Elle génère plusieurs conséquences et souffrances et une véritable angoisse que se soit pour elle pour le conjoint ou la famille, cette situation est très fragile et difficile à surmontée, les réactions menées face à ses événements diffèrent d'une personne à une autre ; ils ya ceux qui font face et s'adaptent facilement et ils sont qualifiés par la psychologie clinique de personnes résilients et d'autre sombre dans l'abondance face à leurs souffrance .

Le diagnostic d'infertilité ne vient pas seulement traumatiser la femme et son compagnon: l'interaction de ces deux souffrances modifie l'équilibre du couple et les rapports avec leurs ascendants, réveillant des souffrances et des deuils enfouis. Ce sont ces effets dévastateurs de l'annonce qui pourront à leur tour, dans une boucle récursive, être de nouveaux facteurs prenant leur part dans la genèse de l'infertilité. Dans un premiers temps

nous nous sommes d'abord intéressés au concept de résilience suite aux écrits de plusieurs auteurs il s'agit de comprendre et de repérer comment au delà d'une souffrance, d'une adversité les personnes trouvent des ressources pour les surmonter et connaître une évolution normale dans leur vie.

En étayant sur les propos de l'ensemble des chercheurs scientifiques, notre pré-enquête et les orientations de notre encadreur nous avons gardé deux indicateurs cliniquement significatifs au sujet du vécu psychologique des conjoints de femmes atteintes d'infertilité primaire. D'une part l'empathie qu'est probablement l'une des compétences les plus importantes qu'une personne peut posséder. Cette capacité n'est pas seulement importante pour maintenir des relations saines et fortes avec autrui, elle permet aussi de travailler plus efficacement et d'achever de grands succès dans sa vie en général. Par conséquent, il est peu surprenant que la capacité de mieux comprendre les autres et d'essayer de « lire » leurs sentiments et émotions donne un avantage à celui qui le possède. Cela nous permet de percevoir les motivations des autres, de les traiter de la façon dont ils veulent être traités, de comprendre comment les autres nous perçoivent, ainsi dans le cas du conjoint des femmes infertiles l'empathie permet de comprendre la souffrance de son épouse se mettre à la place de sa femme. En gros il s'agit d'avoir une harmonie dans le couple et principalement l'empathie aide à convaincre et motiver plus facilement la femme infertile à poursuivre le traitement qu'est parfois très long et fatigant. D'autre part en cherchant à surmonter cette situation d'adversité, le conjoint des femmes infertiles s'appuie sur des éléments de protection qui leur permettent une réinscription dans une vie personnelle, conjugale et sociale. Ce processus de résilience fait donc appel aux ressources propres du conjoint en lui-même et de son environnement.

Nous avons donc retenu ces deux indicateurs cliniques dont l'empathie et la résilience afin de mieux le cibler, le décrire et le comprendre. En premier lieu, l'empathie qui est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve, en particulier l'empathie du conjoint envers sa femme, qu'est une capacité de compréhension de son état émotionnel, de ses croyances est une immersion dans son ressenti et son cadre de pensée, et cela est une qualité que le conjoint possède pour concevoir et ressentir ce que sa femme vit, d'ailleurs plusieurs recherches démontrent l'impact positif de l'empathie sur la relation conjugale, par exemple, une étude de Cramer et Jowett (2010) a démontré que le fait de se sentir compris par son partenaire diminue la fréquence d'apparition des conflits au sein du couple d'après Leathhead (2017), l'empathie est en effet inhérente à l'espèce humaine, d'ailleurs pour Ducharme (1987) ,c'est voir avec les yeux d'un autre,

entendre avec les oreilles d'un autre et sentir avec le cœur d'autrui, de se mettre à la place de l'autre, c'est le seul moyen qu'une personne possède pour apprécier la signification de tel ou tel événement vécu par l'autre, c'est l'une des qualités indispensable au bon fonctionnement du couple et de la famille. Comme il le dit Roger (2004) « *être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si* ». C'est pourquoi cette compétence d'empathie peut être un facteur primordial à l'entière compréhension de l'état du partenaire. En effet les pires épreuves sont surmontables, que la guérison et les solutions sont toujours possibles, et que nul n'est condamné au malheur, au-delà nous retenons notre deuxième indicateur qu'est la résilience qui peut aider ainsi à comprendre comment certains individus s'en sortent face à des situations très difficiles tel que le sujet de l'infertilité féminine ;c'est donc cette capacité chez le couple d'accepter le coup du sort, de le maîtriser et de se développer bien à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ainsi continuer à vivre normalement, et cela, même si la blessure est présente et le restera toujours.

Dans un premier temps, la résilience a été considérée comme une caractéristique de l'individu qu'est une capacité d'affronter les obstacles, de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée et elle implique l'adaptation face au danger, (Anaut.2003. p.7). Toutefois les spécialistes se sont rapidement aperçus qu'elle résidait dans son interaction avec l'environnement. Rutter (1998), assure par conséquent la résilience n'est pas une caractéristique de l'individu au sens strict du terme mais, c'est l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement, et l'aspect-clef de cette relation, c'est bien semble-t-il la capacité d'être en relation avec l'autre ,ce n'est pas donc seulement la souffrance ou l'exposition à un stress qui produisent un individu résilient mais aussi les valeurs qu'une société peut proposer à l'individu c'est de croire en la personne comme sujet irréductible et digne de respect, il s'agit de manifester du désir de vivre pour celui qui souffre (Guedeney. 1998. p. 16.).

En effet si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités, d'ailleurs savoir un sentiment de sécurité interne et le fait d'avoir quelqu'un qui soutienne l'individu, apparaissent comme très importants pour le développement du fonctionnement de résiliences d'un individu parce que cette dernière n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de

facteurs protecteurs permettant à ces conjoints de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale.

En effet, dans un but de recherche scientifique ou de demande d'aide, le psychologue clinicien dispose de trois outils d'investigations essentiels : l'observation (directe, indirecte), l'entretien clinique (de différents types : directif, semi directif et indirect) et les tests (objectifs et projectifs). Pour notre étude nous avons retenu l'entretien semi directif qui nous permettra de recueillir un maximum d'informations sur nos participants ainsi de bien décrire le vécu subjectif de l'infertilité de leurs femmes. En revanche afin de mesurer le niveau de résilience ainsi le degré d'empathie des conjoints des femmes infertiles nous avons opté pour deux échelles : une échelle de résilience ; Le CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) et l'échelle IRI (échelle d'indice réactivités interpersonnelles), (Voir de manière détaillée dans le chapitre méthodologique)

À partir de ce qui a été annoncé ci-dessus, nous concluons que le vécu psychologique d'un événement diffère d'une personne à une autre, cela dépend surtout de la vulnérabilité de la personne ainsi la qualité de la relation conjugale mais aussi le rôle de l'entourage. C'est ce qui déterminera le vécu subjectif de ces conjoints.

Notre question de recherche est ainsi formulée :

### **Question générale :**

Quelle est la nature du vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire ?

### **Questions partielles :**

- 1- Quel est le niveau d'empathie affective du conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire?
- 2- Quel est le niveau d'empathie cognitive du conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire?
- 3- Quel est le niveau de résilience et quelles sont les stratégies de résilience du conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire?

### **Hypothèse générale :**

La nature de vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire est bonne

### **Hypothèses partielles :**

- 1- le niveau d'empathie affective du conjoint de femme infertile primaire est important.
- 2- le niveau d'empathie cognitive du conjoint de femme infertile primaire est important.

- 3- Les conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire possède un niveau important de résilience et développent des stratégies de résilience.

### **L'opérationnalisation des concepts :**

**Infertilité féminine primaire:** a une origine médicale ou psychologique qui atteste la difficulté ou l'impossibilité d'avoir un enfant, après deux ans malgré que les rapports sexuels sont réguliers et assez fréquents, dans ce sens il s'agit des femmes qui ont jamais enfantées.

**Conjoint :** ce mot représente le mari par rapport à son épouse réciproquement et dans le langage traditionnel on daignait des époux sous l'appellation « de conjoints », uni par le mariage. Le code civil réserve ce concept à l'époux ou l'épouse non divorcé (e) par un jugement définitif.

**Le vécu psychologique :** notre recherche porte sur le vécu psychologique du conjoint des femmes infertiles, dans ce sens le vécu psychologique est l'état émotionnel dans lequel se trouve le sujet lorsqu'il fait face aux différentes situations dont l'infertilité féminine fait partie, cette dernière peut être vécue comme étant une expérience douloureuse et un événement pénible, traumatisant et perturbant. Amenant ainsi le couple est principalement le conjoint à une éventuelle souffrance cette dernière entraîne des perturbations comportementales émotionnelles et cognitives. Par ailleurs les conjoints peuvent mieux percevoir et raisonner et réorganiser cet événement de manière très efficace afin de maintenir leur équilibre psychique, il s'agit de la capacité de la personne à rebondir et de passer à autre chose ou d'apprendre à vivre avec cette situation ou de proposer de nouvelles solutions comme l'adoption. Pour atteindre nos objectifs de recherche nous allons l'opérationnaliser avec deux indicateurs ; l'empathie et la résilience.

**Empathie :** est un concept à la fois cognitif et affectif il s'agit de la compréhension et du partage des états émotionnels de l'autre. L'empathie cognitive est la capacité à comprendre les pensées et intentions d'autrui ; il s'agit de comprendre l'émotion vécue par une personne sans pour autant réagir avec la même émotion et l'empathie affective désigne la capacité à comprendre, non pas les pensées, mais les émotions d'autrui, il s'agit donc d'une réaction émotionnelle en réponse à la perception de l'émotion d'autrui qui veut dire répondre à l'émotion de l'autre par la même émotion.

**Résilience :** se réfère aux compétences des individus pour faire face à des situations dommageables ou déstabilisantes ainsi il renvoie à la capacité d'adaptation positive et

d'aptitude a résisté à un choc et la capacité d'intégration dans l'environnement social et psychoaffectif sans perturbations comportementale ni troubles psychique majeurs.

**Stratégies de résilience :** renvoie a la mise en scène des potentiels révélant de différentes dimensions d'ordre interne et externe. Alors que certaines ressources révèlent du domaine des relations psychoaffectives, des liens et des étayages familiaux et extra-familiaux et incluent la mise en place des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place du processus de résilience, d'autre concernant les mécanismes psychiques et la construction de la personnalité du sujet.

# **Partie pratique**

# **Chapitre III : méthodologie de recherche.**

### **Préambule :**

Comme chaque recherche après avoir présentées nos deux chapitres théoriques, on passe au chapitre méthodologique qu'est un fil conducteur entre le coté théorique et le coté pratique. En effet une recherche scientifique peut être perçue comme un ensemble d'activités et d'expériences qui se déroulent dans le cadre scientifique. Cette recherche suit une démarche particulière et une méthode précise, en utilisant des outils et des instruments divers tout au long du processus de recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de la recherche, d'orienter et d'organiser le travail et le rendre objectif, ainsi que de vérifier les hypothèses de la problématique de recherche.

Dans le but d'énoncer et d'expliquer le déroulement de notre étude à travers ce chapitre nous allons donc présenter la méthodologie adoptée. Dans ce fait nous exposerons d'abord les limites de la recherche, ensuite nous passons à la méthode utilisée, de plus de la présentation du lieu et le groupe de notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les outils de recherche que nous avons employés. Enfin nous évoquerons le déroulement de la recherche, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés rencontrées de la recherche, on clôture ce chapitre par une synthèse.

#### **1. les limites de la recherche :**

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveau de : « l'établissement hospitalier clinique HAMANI et au niveau de la clinique privé BENMERRAD et au sein de cabinet *privé de gynécologie obstétricienne docteur : ACHOURI* ».
- Limite temporelle : du mois de décembre 2019 au mois de février 2020.
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur 2 cas de conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire.
- Outils de recherche : un entretien semi-directif de recherche, une échelle d'empathie nommé échelle d'indice réactivités interpersonnelles (IRI), et une l'échelle de résilience nommé Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
- Approche théorique : TCC.

Après avoir rappelé ou précisé au lecteur quelques éléments sur la recherche menée, nous allons dans ce qui suit aborder la démarche méthodologique suivie pour réaliser cette étude.

#### **2. Méthode utilisée dans la recherche :**

La recherche, en psychologie comme dans tous les autres secteurs de l'investigation scientifique, implique la mise en œuvre d'une méthode, c'est-à-dire d'un ensemble de

principes et de règles de planification de la démonstration inductive et de l'administration de la preuve. Le choix d'une méthodologie de recherche appropriée pour mener à bien le processus de recherche n'est pas une tâche facile. Etant donné la diversité importante des méthodes.

Chaque élaboration d'un travail scientifique se base sur une méthode de recherche adéquate à la nature de l'objet d'étude du chercheur. La méthode est définie comme :

« *L'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* » (Loubet, 2000, p. 120).

Toute fois, « *Une recherche en sciences humaines et sociales est toujours une aventure. L'enquête qualitative de terrain, en particulier, comporte de nombreuses inconnues, car ses opérations ne sont pas aussi prévisibles que, disons, une recherche expérimentale. Nous entendons par « enquête qualitative de terrain » la recherche qui implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs. L'enquête est dite « qualitative » principalement dans deux sens : d'abord, dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques) ; l'enquête est aussi dite qualitative dans un deuxième sens, qui signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes* » (Paillé, Mucchelli, 2016, p.13-23)

Pour la réalisation de notre mémoire, nous avons retenu la démarche qualitative. Nous allons de ce fait présenter les raisons de ce choix en clarifiant d'abord au lecteur ce que signifie cette démarche.

Dans la même perception, Paillé, (2006) affirme que la recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par les acteurs. La méthode qualitative se caractérise par le recours à des approches et techniques d'approche directe du sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification. Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des sujets de recherche, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. L'étude a prévu un recueil des données à la fois qualitatives et quantitatives issues des différents outils utilisés. Il s'est fait à l'aide d'un entretien semi-directif permettant à la fois aux sujets de

s'exprimer librement sur leur vécu et d'aborder des thèmes précis grâce à un guide d'entretien. Ce dernier a été construit autour du thème reprenant nos hypothèses. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide d'outils psychométriques : l'échelle d'indice de réactivité interpersonnelle « IRI » qui mesure l'empathie et l'échelle de résilience « CD-RISC »

À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement la plus adaptée à notre présente recherche car elle permet un abord plus élargi de la compréhension du vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire. Ce choix de démarche va permettre de poser un regard descriptif centré sur des aspects qualitatifs relatifs au vécu des sujets de recherche, notamment ceux portant sur l'empathie et la résilience des conjoints étudiés. Cette démarche est la plus convenable au recueil des données nécessaires à la discussion de nos hypothèses formulées précédemment. Dès lors et compte tenu de notre thématique, nous avons estimé que cette méthode est la plus adéquate pour nous fournir les éléments de réponse à notre problématique. Ainsi, la description et l'interprétation sont les clés du déroulement de notre recherche.

Dans le cadre de notre recherche afin d'effectuer les vérifications de terrain nécessaires et indispensables pour nos hypothèses nous nous sommes penchés sur la «*méthode clinique* » qui se réfèrent à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, ce qui permet recueillir des informations de manière plus large et moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expressions.

Cela nous permet donc de décrire, d'explorer le vécu de nos sujets de recherche. «*La méthode clinique a pour objet, l'étude approfondie de cas individuels. Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations, et d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet* » (Benony, Chahraoui, 2003, p.11).

Toutefois, la méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. (Pédinielli, 2006, p.43). En outre, «*La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (test, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier*

*et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet dans sa totalité ».*(Pedieli,1999,P.9).

D'ailleurs Sillamy (1999), définit la méthode clinique comme une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée.

Dans cette optique la méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu et l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus 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. Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire indépendamment des aspects de diagnostic. Ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence des relations entre les faits, les événements passés et présents (Benony, Chahraoui, 2003, p.11-12).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons donc choisi d'utiliser l'étude de cas qu'est une technique méthodologique qualitative descriptive et une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Elle consiste donc à apporter un phénomène à son contexte et à l'analyser pour voir comment il s'y manifeste et se développe (Guillaume, 2009, p.06).Elle s'intéresse aux différents niveaux d'observation et de compréhension comme l'organisation de la personnalité, la relation avec l'environnement et avec l'entourage, (Bnony,Chahraoui , 2003, p.115). L'étude de cas nous permettra de bien saisir la réalité du vécu des conjoints rencontrés, relatif aux émotions, aux cognitions et aux comportements adoptés vis-à-vis de la situation présente, à savoir, l'infertilité primaires des épouses.

D'ailleurs Thomas(2011), Wilson (2003) définit l'étude de cas « *comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs* ».

De même selon Revault, « *l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière au prise avec des situations complexes nécessitant des lectures a différent niveau, et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés. De ce fait elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic et se dégage des contraintes d'une*

*psychologie médicale toute en restant clinique et psychologique*» (Fernandez, Pedinelli, 2015, p.58).

On déduit que l'étude de cas sert à élargir les connaissances concernant un individu donné, elle permet aussi de regrouper un grand nombre de donnée à l'aide de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique). Cette dernière nous permettra donc de mieux, cibler, décrire et comprendre le vécu psychologique des conjoints de femme atteintes d'infertilité primaire.

### **3. Présentation de lieu de recherche :**

Compte tenu de l'apparition de la pandémie du corona- virus qu'est le plus grand obstacle auquel nous nous sommes confrontés et pour mener à bien notre recherche nous nous sommes donc présenté vers différent établissements cela pour pouvoir rassembler notre groupe de recherche.

De ce fait notre étude s'est effectuer au sein de la clinique « *l'établissement hospitalier privé clinique HAMANI* » Qu'est un établissement d'hospitalisation privé médico-chirurgicale qui rassemble un grand nombre de compétences, ce qui lui permet d'assurer aux patients une prise en charge globale et multidisciplinaire et une bonne continuité de leurs soins. Elle est fondée en aout 2002, par Dr Hamani Farid et implanté dans la ville et la commune d'Akbou au lieu dit SIDI ALI sur site dominant dont le lot de terrain affecté est d'une superficie de 1450m. Elle se compose d'un service gynecologie obstétrique, chirurgie générale, orthopédie, urologie et ophtalmologie. Cette dernière dispose d'un plateau technique organisé autour de :

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

-au niveau du premier étage : un bloc isolé d'accouchement avec ses différentes salles de préparation du malade, un bloc de consultation et soins avec offices pour nouveau-nés, une chambre d'isolement.

-au niveau du deuxième étage : un Bloc opératoire composé de 03 salles d'opérations, salle de stérilisation et de désinfection du matériel, Un service de réanimation et sous continus, une salle de soins post-interventionnelle, pharmacie, 01 bureau du médecin, 04 chambres des malades.

- elle contient de 25 lits répartie de la façon suivante :

- Maternité : 08 lits.
- Gynécologie : 04 lits.

• Chirurgie : 13 lits repartis-en : • 08 lits chirurgie générale. • 03 lits orthopédie. • 02 lits urologie.

• Isolement : 01 lit.

• Réveil et réanimation : 03 lits.

• Urgence : 03 lits.

- Le personnel médical se compose de 02 chirurgiens qui travaillent à plein temps et de 17 chirurgiens conventionnés. au niveau des urgences son Fonctionnement assuré (7j7- 24h/24) par une équipe pluridisciplinaire

A propos d'établissement hospitalier privé «*clinique Dr Rachid Benmerad,*», qui se trouve a côté de la mosquée El Kawther, Rue Didouche Mourad, Aàmriw Bejaïa, Algérie , qui comprend à l'entrée un service d'accueil et d'orientation, et une salle d'attente, cette dernière elle se compose d'un service : Chirurgie Générale, Te-Coeliochirurgie, Gynéco-Obstétrique, Orthopédie Traumatologie, Chirurgie Pédiatrique, Arthroscopie, Urologie, Urgence Médico- Chirurgicale 7/7 et 24/24 , Imagerie Médicale, Laboratoire, Hémodialyse.

Et au sein d'un cabinet médical privé de gynécologie de «*Dr Achour Zineb* ». Cette cabinet médical privé de gynécologie obstétrique se situe dans «la cité 140 logts bâtiment «d1» souk-el thenin qui se compose : D'un bureau d'accueil à l'entrée, ou en trouve trois assistantes médicales, Une cuisine, Une salle réservée à la consultation gynécologique deux grandes salles d'attente.

#### **4. Groupe de recherche :**

Notre travail de recherche porte sur le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire pour la réalisation de cette présente recherche nous somme diriger vers le service de gynécologie obstétrique de différents établissements afin de incorporer notre groupe de recherche que nous avons sélectionnés parmi d'autre cas sur la base de déférents critères d'inclusion et de critères d'exclusion cités ci-dessous :

##### **4.1. Les critères d'inclusion :**

Pour notre travail d'exploration, nous avons retenu certains critères importants notamment la nécessité que notre groupe de recherche soient des couples mariées dont la femme est atteinte d'infertilité, la durée d'infertilité est de deux ans à dix ans en supposons que l'élément temporel pourrais influencer sur le vécu du conjoint puisque le but de cette recherche est d'étudier la nature du vécu psychologique chez le conjoint de femme atteinte d'infertilité primaire cette dernière veut dire qu'aucune grossesse ne s'est déjà déclarée dans le couple, ainsi pour la validité de notre recherche nous avons exiger trois critères concernant les conjoints ces derniers ne doivent pas présenter des altérations urologique (il doivent être

fertile), autant les conjoints n'ont pas une descendance avec une autre partenaire, ainsi des conjoints sains (sans trouble mental connu) ces critères nous permettent d'avoir un groupe le plus homogène possible pour éviter au mieux les facteurs interférents dans les résultats obtenus.

#### 4.2. Les critères d'exclusion :

Dans notre recherche nous n'avons pas pris en considération l'âge, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique, la langue des conjoints, nous avons éliminé les conjoints souffrant de pathologie mentale. Cependant nous ignorons les causes de l'infertilité primaire de la femme.

Afin de vérifier nos hypothèses nous avons sélectionné un groupe de recherche de 12 cas, mais en raison de la propagation l'épidémie coronavirus nous n'avons pas la capacité et le droit de recentrer les cas que nous avons sélectionné au préalable. Toutefois nous avons pu illustrer notre recherche avec deux cas que nous avons rencontrés avant la propagation de l'épidémie.

Dans ce qui suit nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche :

Prénom	Age	Niveau d'instruction	Niveau socio-économique	Durée de mariage	Durée d'infertilité
Cas : Karim	37	secondaire	Elevé	4ans	4 ans
Cas : Nabil	34	Universitaire	Moyen	6 ans	3 ans

#### 5. Outils de recherche :

Le chercheur présente ou expose les méthodes ou les paradigmes aux quels il recourt, puis décrit les instruments ou techniques qui seront utilisées. Divers instruments servent à mesurer les variables d'étude. Ces instruments peuvent fournir des informations de type qualitatif (entretiens, observation, etc.) ou des informations de type quantitatif (questionnaire, échelles de mesure, etc.)

Halleux, professeur d'histoire des sciences à l'Université de Liège, souligne qu'au plan épistémologique l'instrument scientifique est un trait d'union entre expérience et théorie,

entre connaissance pure et connaissance appliquée. Selon Aktouf (1987), un instrument de recherche c'est l'intermédiaire particulier dont le chercheur va se servir pour recueillir des données. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations, et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables, et réunissant de qualités d'objectivité.

Dans ce qui suit nous allons présenter les outils et les instruments que nous avons utilisés dans notre travail à savoir que nous avons commencé de mener notre entretien de recherche dans un climat de confiance pour pouvoir recueillir plus de informations sur l'infertilité de la femme et sur le vécu du couple plus particulièrement afin de fournir des indices sur les réactions éventuelle, une description de l'événement, des éléments sur l'histoire antérieurs du sujet de recherche et également afin d'indiquer l'interprétation que fait le sujet de cet événement et d'aborder les émotions accompagnant ce vécu. Ensuite entamer la batterie psychométrique qui va nous permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observé lors de l'entretien plus spécifiquement l'échelle de IRI qui mesure l'empathie et l'échelle de CD-RISC pour démontrer la capacité de nos sujets à surmonter cette souffrance, d'ailleurs d'après divers études les outils psychométriques sont censé nous permettre de mesurer quantitativement le vécu et de produire ainsi une mesure chiffrée et permettent de mesurer la grandeur à partir des indicateurs qui sont les items.

### **5.1. l'entretien de recherche :**

Selon le dictionnaire français en ligne le petit robert le terme d'entretien, qui servait à désigner la conversation entre deux personnes c'est une action d'échange des paroles avec un ou plusieurs personnes.

Comme il l'affirme Hamel (2011), s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus (Hamel, (2011), p .33).

Selon Grawitz, l'entretien c'est un mode de collecte de données ; c'est un procédé d'investigation pour recueillir des scientifiques, utilisent un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé (Dépelteau, 2000, p314).

En effet, l'entretien est une pratique ordinaire et quotidienne du psychologue clinicien. dans notre recherche, on a choisi l'entretien clinique car c'est une technique fréquemment employée comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et

sociales; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus)(Bénony,Chahraoui, 2003, p.141).

Cependant, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (Bénony, Chahraoui, 1999, p.11, 12).

Ce dernier se définit comme *«une technique directe d'investigation scientifique utilisé au près d'individus pris isolement, mais aussi, dans certains cas auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations »* (Engers, 1997, P.144).

En revanche nous avons adopté l'entretien de recherche qui n'a ni une visée diagnostique ni une visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur (Castarède, 2013, p. 139). D'ailleurs les entretiens cliniques de recherche s'inscrivent, de ce fait dans le cadre des entretiens cliniques d'investigation. En effet, leur but étant de produire de la connaissance (Proia-Lelouey, 2012, p.59)

L'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre entre le sujet et son chercheur, dans la quel le sujet répond aux questions. (Pediinielli, 2005, P. 36,37). Dans le sens commun, Il existe trois différents types d'entretien de recherche : L'entretien non directif ou l'enquêteur repose sur une expression libre de l'enquêté à partir d'un thème proposé, il se contente alors de suivre et de noter la pensée, le discours de l'enquêté sans poser de questions. Ainsi l'entretien directif ; ce type d'entretien s'apparente sensiblement au questionnaire, à la différence que la transmission se fait verbalement plutôt que par écrit. Dans le cadre de cet entretien, l'enquêteur pose des questions selon un protocole strict, fixé au préalable. Finalement l'entretien semi-directif qui porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui permet de poser des questions semi-directives bien précises sur le sujet du vécu psychologique de nos participants. Autant Chiland, (1983)le définit comme une situation ou le clinicien pose quelque questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à propose un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparé a l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple (Chiland, 1983, p.11).et il le confirme Grawitz (2009) dans ses écrits : *« l'entretien semi-directif dans lequel le chercheur dispose un guide d'entretien avec*

*plusieurs questions préparées à l'avance qui correspondent aux thèmes de recherche et dans ce type d'entretien le chercheur pose une question puis laisse parler le sujet* »(Grawitz, 2009, p153).

Pour en revenir à notre sujet de recherche, nous avons établis un guide d'entretien de recherche qui fait partie de la pratique des thérapeutes comportementaux et cognitifs qui choisissent de consacrer du temps à la recherche. La plupart d'entre eux ayant choisi cette discipline pour sa méthodologie scientifique, pour sa logique, ils ont alors souvent tendance à vouer une partie de leur activité à des protocoles de recherche. VERA, (2011) Ce qui nous permis de s'inspirer de l'ensemble de ses chercheurs afin d'effectuer un entretien de recherche semi directif qui convient a la question de notre présente recherche toute en respectant la théorie adapter au paravent, nous avons donc mise en point un outil d'enquête constitué de 32 questions. Un premier groupe de questions pour le recueil d'informations générales sur le sujet puis nous avons abordé successivement trois Axes : le premier, contenant un ensemble d'informations sur l'infertilité de la femme dont l'objectif est de récolter des informations sur le parcours de l'infertilité de la femme jusque-là, le deuxième axe comporte les informations sur le couple et la parentalité, il se compose d'un ensemble de question dans le but explorer le passage d'un partenaire a un parent de saisir la compatibilité dans couple, le désir de l'enfant chez le conjoint de femmes atteinte d'infertilité primaire ainsi repérer sa perception de la femme enceinte, ainsi marquer les points probable sur les quelles peut se produire un changement dans la relation du couple infertile.

Le troisième axe comprend les informations sur le vécu du conjoint : empathie et résilience , il s'agit de mettre l'accent sur le vécu subjective du conjoint de femme infertile en abordant les indices d'empathie du conjoint ainsi repéré la capacité du conjoint à s'investir dans la vie quotidienne autant que résilient ainsi mettre l'accent sur ses stratégies de résilience , et la manière dans la qu'elle le conjoint se projeter dans l'avenir.

La finalité de l'ensemble des questions que nous avons posées est de détecter des signes d'empathie et/ou un processus de résilience auprès de ces sujets de recherche. (Voir l'annexe n° 02 pour le guide d'entretien au complet).

### **5.2. la description de l'échelle d'empathie le « IRI » :**

Il existe de nombreuses échelles mesurant l'empathie d'un individu, chacune à ses propres intérêts et ses limites, tel que « le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) » qui a été développé par « Mehrabian et Epstein en 1972 » et il mesure l'aspect affectif de l'empathie. Ainsi « L'Échelle d'empathie de Hogan » construite en 1969, cet instrument de 64 items mesure plus spécifiquement l'habileté à prendre le point de vue d'une autre personne.

Donc, il réfère à l'aspect cognitif de l'empathie. Finalement « *Le Interpersonal Reactivity Index* » l'un des plus récents instruments construit par Mark Davis 1980.

Cependant notre choix se tourne vers le questionnaire « IRI » car cet outil est plus pertinent et répond à l'objectif de notre recherche qu'est d'évaluer à la fois l'empathie cognitive et l'empathie affective. D'ailleurs nous avons choisi le « *L'IRI* » car elle possède une version française fut validée en 2012 par Gillet et son équipe « *Gilet A-L, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G* » elle présente une validité métrologique ce pourquoi elle est utilisée à l'international dans les essais cliniques qui mesurent l'empathie (Gilet et all, 2013) Ainsi en discutent avec notre encadreur sur l'ensemble des items de cette dernière nous n'avons pas trouvé de soucie pour l'appliquer à notre population d'étude qu'est algérienne.

Cette échelle est développée en 1980 puis modifiée en 1983 par Davis, permet une approche multidimensionnelle de l'empathie. Cet instrument a comme postulat de base que l'empathie est composée de plusieurs construits indépendants mais tous reliés les uns aux autres, Elle se compose de 28 éléments évaluant quatre facettes ou aspects de l'empathie. Les items de l'IRI français ont été traduits en français et retraduits en anglais par l'équipe de Anne - Laure Gillet. Les incohérences entre la version originale et la version rétro-traduite ont été discutées. Cette procédure garantissait que la signification des éléments originaux restait similaire pour les versions. Pour l'IRI français, Gillet et son équipe ont changé l'échelle. En raison de meilleures propriétés psychométriques, ils ont utilisé une échelle de 7 au lieu de 5. Pour chaque situation le participant doit indiquer sur une échelle de Likert (de 1 « pas du tout comme moi » à 7 « tout à fait comme moi ») dans quelle mesure elle dépeint ses pensées et ses sentiments. (Gilet, 2013, p.1).

**La consigne:** Les affirmations suivantes visent à évaluer vos pensées et sentiments dans diverses situations. Pour chaque situation, indiquez à quel point elle vous décrit. Lisez attentivement chaque situation avant de répondre. Répondez aussi honnêtement que possible. Merci. (Gilet, 2013, p. 2).

Les items sont classés en quatre sous-catégories qui explorent des facettes de l'empathie que ce soit dans le domaine cognitif ou affectif :

**La première sous-échelle :** intitulée « *adaptation contextuelle* » ou « *la prise de perspective* » (traduction de perspective-taking) elle mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours.

**La seconde sous-échelle :** se nomme « *souci empathique* » ou la « *préoccupation empathique* » (traduction d'empathie concern) elle mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance.

**La troisième sous-échelle :** nommée «*détresse personnelle*» (traduction de personal distress) évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.

**Enfin, la dernière sous-échelle :** s'intitule «*fantaisie* » (traduction de fantasy) elle mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre (MZYIENE Mohammed, 2016, p.56).

**La cotation :**

Le résultat de l'IRI est obtenue par l'addition des scores de sous échelles et peut se décomposer en 4 sous-échelles: PT, CE, PD, FS.

Le résultat de chaque sous échelle du l'IRI est obtenue par l'addition des score des items inclus dans chaque sous-échelles qui sont :

Échelle de perspective (PT): 3 \*, 8, 11, 15 \*, 21, 25, 28

Échelle de fantaisie (FS): 1, 5, 7 \*, 12 \*, 16, 23, 26

Échelle de préoccupation empathique (CE): 2, 4 \*, 9, 14 \*, 18 \*, 20, 22

Échelle de détresse personnelle (PD): 6, 10, 13 \*, 17, 19 \*, 24, 27.

Remarque: \* désigne l'élément à noter en sens inverse. (Gilet, 2013, p.1).

**Interprétation :**

-L'empathie cognitive est obtenue par la sous échelle «*adaptation contextuelle* » ou «*la prise de perspective* » (pt). On s'attend à ce que des notes plus élevées pour «*prise de perceptive* » de vue soient associées à un meilleur fonctionnement social.La tendance à utiliser cette capacité, évaluée par l'échelle PT, devrait donc être associée à un meilleur fonctionnement social. Deux tiers, on s'attend à ce que des notes plus élevées soient associées à une plus grande estime de soi. En grande partie, cela devrait découler du meilleur fonctionnement social attendu pour les entrepreneurs de haute perspective. (Davis, 1983, p. 115).

- l'empathie émotionnelle est obtenue par l'addition des scores de sous échelles EC et PD et FS. A propos de la sous échelle FS aucune relation n'est attendue entre les scores fantastiques et les mesures du fonctionnement interpersonnel, car il n'est pas évident qu'une tendance à s'impliquer profondément dans le monde fictif des livres, des films et des pièces affectera intégrant les relations sociales. De même, aucune relation entre l'estime de soi et les scores FS n'est attendue. Il semble probable, cependant, les scores fantastiques présentent une relation avec des mesures de l'émotivité.(Davis ,1983,p.116) Stotland et coll. (1978) signalent que les personnes qui obtiennent un score élevé sur l'échelle ont tendance à afficher une plus grande excitation physiologique (transpiration palmaire) à une représentation filmée de l'expérience émotionnelle d'autrui et une plus grande tendance à aider une autre personne.de même pour la sous échelle EC Aucun modèle cohérent de relations n'est attendu entre les scores de

préoccupation empathique et les mesures du fonctionnement social. Il n'est pas clair si une tendance à éprouver des sentiments de sympathie et d'inquiétude pour les autres améliorera ou nuira intégrant à sa capacité de s'engager dans des relations sociales harmonieuses et enrichissantes. Deuxièmement, on ne s'attend pas non plus à ce que les notes EC soient toujours liées à l'estime de soi, en effet les scores de préoccupation empathique devraient, par exemple, montrer une certaine association avec des mesures "globales" de l'émotion, en raison de la construction de la "réactivité émotionnelle" sous-jacente aux deux mesures; On s'attend à ce que les notes d'EC deviennent des relations avec d'autres mesures plus précises de l'émotivité seulement dans la mesure où le concept spécifique est lié à la préoccupation empathique. Finalement On s'attend à ce que les scores de détresse personnelle soient clairement définis et négativement liés aux mesures du fonctionnement social. Cette prédiction découle de la croyance que les personnes sujettes à des sentiments d'anxiété et d'inconfort dans les contextes sociaux émotionnels ont plus de difficulté à établir et à maintenir des relations sociales enrichissantes que les personnes non caractérisées par de tels sentiments, on prévoit aussi que les scores de PD seront significativement et négativement associés à l'estime de soi, Étant donné que les marqueurs de Pd élevés sont supposés avoir des relations sociales moins gratifiantes, leur estime de soi devrait être proportionnellement plus faible (Davis,1983,p.117).

### **5.3. La description l'échelle de résilience « Le CD-RISC » :**

Comme nous l'avons déjà vu la résilience représente la capacité d'un individu ou d'un groupe à préserver sa qualité de vie ainsi qu'à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ou de traumatismes importants (Herrman et al, 2011, rutter, 2013). L'évaluation de la résilience a fait l'objet de la conception et de l'adaptation de plusieurs outils psychométriques. (Guihard, 2018, p.69). Parmi ceux-ci, l'échelle d'évaluation de connor et davidson (CD-RISC) de ce fait nous avons opté à cette échelle qui représente un outil valide et performant et qui peut être administrée auprès de diverses populations de cultures différentes et qu'elle est suffisamment adaptée pour être utilisée dans des études scientifiques ainsi car elle il s'agit d'un outil dont la passation est moins complexe ce qui permet à la fois une analyse quantitative et qualitative et une évaluation des facteurs de protection concourant à la résilience par conséquent le CD-RSC nous a permis de répondre à la question du vécu psychologique des conjoint des femmes atteinte d'infertilité primaire posé au préalable.

Le questionnaire utilisé pour mesurer la résilience est la version francophone de la Connor-Davidson Resilience Scale .La version originale en anglais de cette échelle a été

développée aux États-Unis par Kathryn Connor et Jonathan Davidson en 2003. L'échelle a été normalisée auprès de 806 participants (65% de femmes et 35% d'hommes) ayant un âge moyen de 43,8 ans et distribués en 5 groupes :

1) un groupe issu de la population générale, 2) un groupe de patients en unité de soins de première ligne, 3) un groupe de patients externes d'un service de psychiatrie, 4) un groupe de personnes ayant un trouble de l'anxiété généralisée, 5) deux sous-groupes de personnes souffrant de stress post-traumatique.

La CD-RISC a été élaborée à partir d'une recension d'écrits concernant les caractéristiques des personnes résilientes telles que décrites par diverses études s'étant intéressées à ce sujet, entre autres les travaux de Kobasa (1979) et de Rutter (1985).

**La consigne :**

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

L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs :

1- la compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité; les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25).

2- la confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress; qui comprend 7 items, sont :(6, 7, 14, 15, 18, 19,20).

3- l'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives; qui comprend 5 items sont : (1, 2, 4, 5, 8).

4- le sentiment de contrôle elle comprend 3 items qui sont (13, 21, 22).

5- la spiritualité elle comprend 2 items sont : (3 et 9).

**La cotation :**

Cette échelle est auto-administrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout; 1 : Rarement; 2 : Parfois; 3 : Souvent; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé. (Duchesne et All,2017,164).

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

Selon la première étude sur l'élaboration et la validation de la CD-RISC, celle-ci présente une bonne fiabilité. Globalement, elle a produit une cohérence interne élevée ( $\alpha=0,89$ ) et la fiabilité test-re test a révélé un CIC de 0,87(patry,ford ,2016,p.29).

## 6. Le déroulement de la recherche :

Pour garantir un bon déroulement de notre recherche nous avons effectué une pré-enquête qu'est indispensable pour toute notre recherche, elle nous permet de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et les enrichissements nécessaires pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses. Cela pour entamer notre enquête de recherche dans de bonnes conditions.

### 6.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (Grawitz, 2001, p.550)

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche (Angers, 2005).

Suite à nos lectures nous pouvons dire que la pré-enquête est considérée comme étant une étape capitale de la recherche. Durant cette dernière le chercheur tente de se familiariser avec son sujet et avec le terrain afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler ses hypothèses de recherche. Elle permet aussi de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche. D'avoir des renseignements sur le terrain. Concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche et de vérifier sa faisabilité (Cario, 2000)

Dans le but de vérifier la faisabilité de notre recherche. Notre première étape a constitué à palper le terrain avant de prendre la décision finale. Notre recherche porte sur le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire.

Dans le but d'opérationnaliser le vécu psychologique de nos sujets d'étude, nous nous sommes d'abord présentés au niveau de « l'établissement hospitalier privé clinique Hamani » Nous nous sommes présentés fin novembre 2019, en tant qu'étudiantes en Psychologie Clinique avec une vague idée du thème que nous souhaitons aborder lors de notre travail de fin d'étude. D'abord nous avons rencontré Docteur « Hamani » qu'est lui-même un gynécologue obstétricien et directeur de l'établissement, il a paru intéressé par le thème de ce fait il nous a directement accordé l'approbation pour entamer la pré-enquête. Il nous aura fallu une semaine Pour obtenir les papiers nécessaires, nous débutâmes enfin notre stage en mis décembre 2019. En Profitant de la période des vacances d'hiver. Nous nous sommes

présentées sur les lieux tous les jeudis parce que c'est la journée où il donne les rendez-vous pour les couples infertiles cela a duré 3 semaines. À ce moment-là nous voulons juste s'assurer de la disponibilité des cas et évidemment avoir le consentement des sujets intéressés, ainsi décider du maintien ou non de notre thème de recherche et par la même occasion les informer de notre objectif et du fait que notre stage pratique, en raison de notre thème de recherche, devra se faire dans ce même service de gynécologie.

N'est au moins nous nous sommes mis dès le début à effectuer des recherches bibliographiques. Que ce soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur le site SNDL ou d'autres sites internet et même en sollicitant notre encadreur. D'ailleurs grâce à ses recherches théoriques que nous avons pu reculer sur le choix des indicateurs. En premier lieu nous avons retenu deux indicateurs cliniques dont la résilience et le traumatisme afin de mieux cibler, décrire et d'explorer le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire.

Mais après avoir entretenu avec nos sujets de recherche et en lisant quelques thèses de doctorat nous avons déduit qu'en général le traumatisme n'apparaît pas juste après l'annonce du diagnostic de l'infertilité mais après plusieurs tentatives de traitement procréation médicalement assistée échouées. (Voir le chapitre 2)

De même Bourdet-Loubère, Pirlot (2012) annonce que l'infertilité entraîne des réactions proches de celles d'un deuil ou de l'annonce d'une maladie grave : incrédulité, parfois même déni, recherche désespérée d'une cause, révolte, jalousie, sentiment d'injustice, mais aussi, bien souvent culpabilité et perte de l'estime de soi. Selon Epelboin (2008), l'annonce de l'infertilité représente une véritable violence et s'accompagne souvent d'un vécu de dévalorisation (Epelboin, 2008, p.38, 40). C'est à cause de ça qu'un changement de variable est apparu pour divers raisons comme nous en avons cité ci-dessus. Alors après plusieurs propositions, recommandations, et discussions avec notre encadreur nous avons finalement opté pour l'empathie et la résilience comme indicateur du vécu psychologique de nos sujets de recherche. Par la suite nous avons commencé à élaborer un deuxième guide d'entretien pour notre enquête, ainsi retenir les outils adéquats à notre étude.

Pour rassembler notre groupe de recherche dans une limite temporelle restreinte nous avons eu l'idée de nous présenter vers différentes cliniques privées comme celle de « Dr Achouri » qui se situe au niveau de Souk El-thenin ainsi la clinique privée du « Dr Benmerrad » qui nous en a même accueilli et ils nous ont donné leur avis favorable pour accomplir notre recherche.

Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons pu préciser les informations nécessaires sur nos sujets de recherche et nous nous sommes assurées que ce service est

valable, pour effectuer au mieux notre enquête dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui sont déjà lancées au préalable.

### 6.2. L'enquête :

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé. (Blanchet, Gotman, 2014, p.35).

Ainsi il s'agit « *L'élément fondamental de la méthode de recherche La méthode de l'enquête définit l'ensemble de la procédure de recherche qui va des modèles théoriques jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données* ». (Chanchat, 1995, p.12)

Notre enquête s'est bien déroulée au sein de l'établissement clinique HAMANI avant la propagation de coronavirus, nous avons commencé à rencontrer les conjoints de femmes atteintes d'infertilité primaire. Lorsque nous nous sommes retrouvées en présence des patients, certains se montraient coopératifs dès le début, d'autres restaient méfiants jusqu'au bout mais nous avons quand même constitué un groupe de recherche. Nous respectons la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche, garantissant par là le consentement éclairé des participants. Nous expliquions notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer ; tous étaient informés. Nous ne leur soumettions cependant pas nos hypothèses afin d'éviter tout biais dans leurs réponses. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes ; qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique. Finalement nous avons réussi à illustrer notre recherche avec deux cas qui répandaient clairement à nos critères d'inclusion.

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par la passation de l'entretien semi-directif que nous avons préparé au préalable sous forme d'un guide d'entretien aux sujets de recherche.

Cependant nous avons formulé la consigne comme suit « *On travaille sur le vécu psychologique des conjoints de femmes atteinte d'infertilité primaire, nous allons vous poser des questions sur votre couple, on aimerait bien que vous répondiez en toute spontanéité, et si une question vous déplaît ou que vous la trouvez indiscrette, vous avez toute la liberté de refuser d'y répondre* ». Les sujets de recherche étaient très coopératifs, ils faisaient de leur mieux pour nous apporter les informations souhaitées. La durée allait d'une demi-heure à quarante cinq minutes. Cela a été effectuée dans le bureau du comptable d'une manière individuelle tout en restant seul avec nos cas, ce qui lui a permis de s'exprimer spontanément

Concernant la récolte de toutes les informations transmises par nos sujets, nous avons eu recours à la prise de notes sur un bloc note.

En ce qui concerne la langue nos entretiens se sont déroulés en langue française, dans le sens où nos questions ont été posées en langue française et ont été bien assimilées et comprises, on n'a pas eu recours à une traduction. Cependant le premier cas M. Karim a choisi de nous répondre en langue maternelle le kabyle, toutefois le deuxième cas M. Nabil maîtrisait bien la langue française le plus souvent à répondu avec un mélange de français, kabyle.

Concernant nos deux autres outils de recherche notamment l'échelle d'empathie « IRI » et l'échelle de la résilience «CD-RISC» nous avons opté pour une 2<sup>ème</sup> séance où nous avons remis en mains propres à nos sujets les deux échelles, on les a récupéré rempli après une heure et demi à deux heures en attendant que les résultats des analyses gynécologique de leurs épouses sortent du laboratoire d'analyse.

À la fin de chaque passation de l'entretien et des échelles nous avons remercié les conjoints, de nous avoir accordé de leur temps et autorisé de nous entretenir avec eux.

### **7. Attitude du chercheur :**

Afin de mener à bien notre travail de recherche, une attitude adéquate et fonctionnelle nous était indispensable. «La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche ». (Giami, 2009, p.33)

Une recherche en psychologie comme dans tout autre domaine à pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet. (Varescon, 2013, p.65).

Dans l'activité de la recherche, la déontologie et l'éthique occupe le premier plan, c'est un point très essentiels au quel le chercheur doit faire attention.

Premièrement la déontologie qu'est un terme d'origine grec « deon-deontos »; fait référence à une réflexion sur des règles, des devoirs, des obligations de comportement. Etymologiquement, il est donc presque synonyme de morale ou d'éthique (Durand, 1999).

Elle se définit selon Hottais (2001) comme « *une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu d'insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois, le droit. La déontologie médicale est fortement codifiée. Les codes de déontologie nationaux varient dans leur contenu concret, car ils ne peuvent ignorer les dispositions légales, juridiques, sociales et coutumières de chaque pays.* ». (Lecomte, 2012, p.309).

De ce fait, les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment.

Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives (Varescon, 2013).

L'éthique se trouve bien en amont de la déontologie. L'éthique est présente dès le moment où le chercheur commence à réfléchir à son thème de recherche et à l'élaboration de son protocole. Les objectifs de la recherche qu'il propose, la méthodologie qu'il retient, sa participation à la recherche, l'exploitation et la diffusion des résultats obtenus mobilisent sa façon d'être et de faire qui reflètent ses qualités éthiques. Ces considérations et réflexions éthiques doivent animer le chercheur dès la conception du protocole de recherche. Choisir un thème, l'affiner pour arriver à fixer des objectifs et poser des hypothèses est déjà en soit une démarche éthique si le chercheur se soucie de l'intérêt de la recherche et des conséquences qu'elle peut avoir sur les personnes qui y participent. Le chercheur doit veiller à ce que la recherche qu'il envisage de mettre en place permette d'acquérir de nouvelles connaissances dont le but est de mieux connaître le sujet humain et dans le meilleur des cas améliorer son état et/ou ses conditions de vie. Il doit ainsi réfléchir à l'impact que son intervention aura sur

les personnes pour éviter autant que faire se peut des effets conséquents sur l'intégrité psychologique et sur la vie privée.

La formulation des hypothèses nécessite une vigilance accrue. Elles ne doivent pas être accusatrices, dévalorisantes mais bien respectueuses des personnes qui seront sollicitées. L'étape suivante consistant à choisir des outils méthodologiques (tests, échelles, entretiens de recherche...) constitue en elle-même une démarche éthique en ce sens qu'elle implique un souci d'objectivité. Avant de solliciter les personnes susceptibles de participer à la recherche, le chercheur établit des critères de sélection dans le but d'homogénéiser la population de recherche. Les critères reposeront sur des aspects éthiques évitant par exemple de proposer la recherche à des personnes dont le chercheur sait qu'elles n'auront pas, de par leur situation, la liberté nécessaire de refuser leur participation (relations hiérarchiques, patient en thérapie avec le chercheur, etc...) ou d'engager des personnes dans une démarche de recherche à leur insu. Une fois les critères d'inclusion bien établis, le chercheur se doit de réfléchir à la façon dont il va présenter la recherche aux personnes retenues, en toute clarté. Outre les aspects éthiques directement liés aux personnes sollicitées, le contexte de la recherche doit conduire le chercheur à prendre en considération les particularités de l'environnement. Les conditions de recueil des données comportent également une dimension éthique. Le chercheur doit être attentif au bien-être de la personne sollicitée en se préoccupant que son état physique et mental au moment de la rencontre soit compatible avec le degré de sollicitation. Les considérations éthiques concernent également l'exploitation des données recueillies qui doit se faire avec la rigueur nécessaire, en choisissant le moyen le plus adapté (analyse de contenu, outils statistiques...) et en toute objectivité. En fait, tout le travail d'élaboration et de préparation d'une recherche s'accompagne d'une réflexion éthique dont le souci majeur est de penser les conséquences du thème et de la méthode retenue sur la personne sollicitée pour la recherche. Le risque est, notamment pour les jeunes chercheurs, de se laisser envahir par l'objectif final qu'ils souhaitent atteindre au point de ne plus se soucier des effets. C'est au chercheur qu'incombe la responsabilité de faire une évaluation éthique de son projet de recherche. (Varescon, 2013).

D'ailleurs au cours de notre prés-enquête nous avons adopté une attitude de neutralité, on a ni cherché à proposer des réponses ni à les influencer, notre intervention était que dans le cas où on devait expliquer certains points incompris ou pour relancer le sujet, on a été dans l'écoute attentive du discours, aussi dans le respect des moments de silence qu'on devait savoir gérer.

### 8. Difficulté de recherche :

Comme dans toute recherche, il est évident qu'un chercheur se trouve face à certaines difficultés, comme il l'affirme Quivy en disant que « *chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes* » (R.Quivy, 2006, p.27). C'était notre cas notamment avec :

- les refus d'accès au stage pratique dans quelques établissements hospitaliers pour différentes raisons tel que: le blocage de stage et l'indisponibilité de cas au niveau de « *l'Hôpital KHALIL AMRANE, Bejaïa* », ainsi nous étions confrontés à l'absence de psychologue et au sien de « *l'HOPITAL RACHID BEL HOCINE, SIDI AICH* » pour nous encadrer dans notre présente recherche, ces conditions nous ont imposé de nous présenter au près des cliniques privées et d'autres cabinets médicaux de gynécologie obstétrique privée.

- Après avoir eu l'accord pour entamer notre pré-enquête le manque du cadre de recherche est apparu dans quelques lieux de stage ce qui nous a obligés de bien équiper les salles d'attente pour les transformer en bureaux afin d'effectuer nos entretiens de recherche et nos échelles.

- L'élimination de quelques sujets de recherche qui ne répondent pas à nos critères de sélection.

- la propagation de l'épidémie du corona-virus est fondamentalement le plus grand obstacle que nous avons rencontrée au cours de notre recherche, cette dernière a provoqué un blocage dans différents domaines tel que : le transport, l'accès à l'université, de ce fait tous les étudiants se retrouvant face à trois situations à savoir : ceux qui ont finalisé leur enquête de terrain, ceux qui n'ont pas eu l'accès au terrain et ceux qui ont effectué seulement leurs pré-enquêtes, au-delà du ministère de l'enseignement supérieur pour ne pas mettre la santé des étudiants et les enseignants et les sujets de recherche en danger nous avons proposé de présenter un mémoire comprenant une partie théorique et une partie pratique avec la présentation uniquement de : la pré-enquête à savoir le lieu de recherche, le groupe d'études, la méthode et la technique de collecte de données adéquates à la recherche et les aspects importants observés sur le terrain en relation avec le sujet traité, dans ce cas nous avons pu seulement illustrer notre recherche avec une seule présentation de cas que nous avons effectuée avant l'apparition de cette épidémie.

### Synthèse :

La méthodologie est la base de toute recherche dans n'importe quel domaine (sociologie, psychologie ... etc.). Elle permet une bonne application pour l'ensemble des techniques d'investigation choisies.

A fin d'étudier le vécu psychologique des conjoints de femme infertile, on s'est appuyé sur trois outils de recherche qui sont l'entretien clinique semi directif et l'échelle d'empathie IRI et l'échelle de résilience CD-RISC ainsi on s'est basé sur la méthode clinique qu'est l'étude de cas afin de récolter des données pour avoir des résultats fiables. Par le biais des méthodes effectuées ; la passation des entretiens et l'application des échelles nous avons contribué à ramasser les informations nécessaires pour notre recherche.

À travers ce chapitre nous avons essayé d'assurer une certaine organisation dans notre travail de recherche afin de mieux comprendre le déroulement de la méthode clinique que nous avons adoptée dans cette présente recherche ainsi la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique.

# **Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses.**

## Préambule

Dans ce chapitre, nous allons présenter les données de notre enquête de terrain nous allons plutôt se concentrer sur la présentation et l'analyse de l'entretien et des deux échelles destiné au conjoint, d'abord la première échelle qui est nommée « *IRI* », cette dernière est destinée pour mesurer le niveau d'empathie cognitive et affective exprimé par le conjoint, ensuite la deuxième échelle « *CD-RISC* », destinée pour mesurer le niveau de la résilience chez les conjoints. Dans notre étude, nous avons utilisé ces deux échelles pour mesurer le niveau d'empathie et le niveau de la résilience plus précisément après l'annonce de l'infertilité primaire de l'épouse.

Nous avons réussi à rencontrer deux cas clinique, nous allons donc aborder une présentation et l'analyse des résultats obtenus par l'utilisation de l'entretien semi directif de recherche puis nous allons passer a la présentation et l'analyse des résultats obtenu dans l'échelle d'empathie « *le IRI* » et l'échelle de résilience « *le CD-RISC* » ces outils nous permettra de confirmer ou d'infirmier les hypothèses énoncées à notre problématique de recherche.

Pour se faire, nous allons procéder cas par cas en commençons par la présentation et l'analyse des résultats du guide d'entretien, en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet et son interprétation selon l'approche TCC. Ensuite, nous allons passer à la présentation de chaque sous-échelle ; l'échelle d'empathie « *IRI* » et celle de la résilience « *CD-RISC* » et leurs résultats. Enfin, nous allons présenter des synthèses de chaque cas.

### I. Présentations des cas clinique :

#### 1. Présentation du cas M. Karim :

##### 1.1. Présentation d l'entretien semi-directif de cas M. Karim :

M. Karim âgé de 37 ans, propriétaire d'un restaurant il a arrêté ses études en niveau troisième années secondaire. Le jour de la rencontre M. Karim a accompagné sa femme « Nawal » âgée de 32 ans pour un rendez-vous il s'agissait d'un contrôle d'après la gynécologue.

##### **Axe1 : informations sur l'infertilité de la femme**

A notre rencontre la gynécologue nous a présentés alors ce couple mariée il y a 4 ans dont la femme souffre d'une maladie nommé les ovaires poly-kystiques qu'est une cause majeure d'infertilité féminine ; en réalité, le SOPK est la cause la plus courante d'anovulation chronique, ce dernier d'après divers auteurs peut signifier qu'une femme présente de multiples kystes aux ovaires et cela est dû à un déséquilibre hormonal.

A notre tour nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes en master 2 psychologie clinique, on a pris le temps de lui expliquer l'objet de notre recherche. M. Karim nous a semblé intéresser, il était tout le temps souriant, à l'aise, nous l'avons sollicité de faire partie de notre groupe de recherche, M. Karim accepta notre demande de répondre à nos questions d'entretien et de répondre aux items de nos échelles d'évaluations.

**Remarque :** Pour la langue M. Karim comprend très bien le français mais il a préféré de s'exprimer avec sa langue maternelle le kabyle. langue maternelle est un support identitaire privilégié qui s'ajoute à d'autres repères identitaires (histoire et traditions, religion, éducation, famille) et devient un support identitaire privilégié autour duquel s'articulent des éléments qui participent à la construction de l'appartenance ethnique : histoire, rites, codes de droits et revendications basées sur ces codes, symboles et emblèmes, patrimoine culturel en général dans notre cas M. Karim nous semble qu'il se sent plus en sécurité en ayant recours à la langue maternelle, surtout pour rapporter son vécu, il l'a choisi afin de pouvoir bien s'exprimer car il y a des mots qui ne saurait être dits avec une autre langue.

#### **Axe 2: informations sur le couple et la parentalité :**

Étant donné que le gynécologue nous a présenté le cas du couple au préalable pour cela nous avons commencé directement dans l'axe qui concerne couple et la parentalité.

En racontant leur rencontre M. Karim avait les yeux qui brillent il s'exprime;« *quant on s'est rencontré Nawal travaillé chez un avocat tezga tettassed akk temdoukalis ar restaurent innou, je l'ai trouvé tranquille, t3ejviyi, hedraghas i themdakoultis seqssay fellas ma thezwejtennak outhzwijara, après chitouh chtouh nemyoussan akken 6 mois khedvaytt* » (Quant on s'est rencontré... elle venait toujours avec ses copines à mon restaurant, je l'ai trouvé tranquille, elle ma plu, alors J'ai parlé avec sa copine pour savoir si elle est mariée ou pas, après petit à petit on a appris à se connaître et après environ 6 mois je l'ai demandé en mariage ). On lui demandait de décrire leur couple M. Karim« *achou amdiniy... hemdoullah deg ljiha ayi ntemssefham* (il rigole) *ya3ni Am akkith les algériens... mais koulech del moufama et le respect* »(qu'est ce que tu veux que je te dise... hemdou'allah on se comprend je dirais comme tous les algériens ce qui est important c'est la communication et le respect).

En ce qui concerne le désir d'avoir un enfant, M.Karim accorde à ce sujet une très grande importance. Comme nous l'avons abordé dans le chapitre théorique d'après Klein (1982) Son désir d'enfant s'actualiserait davantage dans sa relation d'amour avec sa partenaire et dans ses réalisations personnelles ou sociales ainsi dans la transmission d'un nom, être père du nom. Comme le déclare M. Karim « *seg mi nezwej nevyā an3ich akken qaren on profite chiwya ensemble, c'est après un an inkhemem akken adness3ou, toura twality que c'est*

*quelque chose de magique adse3ouyhed ara yirefden ismiw wattafeydeg themgher innou, sur tout akk dtin vyiy ad kemlaydounith innou*» (après notre mariage nous ne voulons pas avoir d'enfant on voulait profiter ensemble, après un an de mariage que le désir d'enfant s'est installé, maintenant je trouve que c'est magique avoir quelqu'un qui portera mon nom et que je le trouverais à mes cotés quand je serais vieille, surtout avec celle que j'ai choisie de continuer ma vie ).D'après l'ensemble des questions posées nous apercevant que l'envie d'être parent est une provenance sensible dans son couple« *Ahlil je ferais le possible akken athid sekray dans de bonne condition, athen rebbi outhittkhous walou* »(je ferais le possible pour l'élever dans des conditions favorables ) Il poursuit sont discours« *inach'allah am assa dayen kann iyikhoussen deg dounith* »( inach'allah un jour on aura un bébé c'est ce qui nous manque dans la vie ) comme le l'affirme Charton (2006)le désir d'enfant est la conséquence même de l'amour il prend généralement le sens à travers les émotions qu'il peut faire naître dans le cadre d'une expérience personnelle, et conduire à une « *renaissance* » des parents qui surgissent un sentiment de nouvelles responsabilités vis-à-vis de leur enfant mais aussi d'eux-mêmes. Arrivant aux questions au sujet de sa femme ses émotions réapparaissent à nouveau, il déclare avec un sourire.il s'exprime avec enthousiasme pour décrire encore sa femme comme une très bonne future maman en disant« *Nawal comme mère, elle serrait tolérante, henineth yakan akk d derya wayethma, thekhdemassen akk levyi nssen* » (Nawal comme mère, elle serrait tolérante, très douce même avec mes neveux elle leurs fait tout ce qu'ils veulent) en appuyant sur nos connaissance nous pouvons dire que le désir d'enfant chez M. Karim est devenu conscient en trouvant la femme idéale cela comme nous l'avons affirmé au préalable dans le chapitre théorique. Ainsi, d'après Corbeil (2016)le fait de désirer un enfant est souvent confondu, dans le discours commun, avec celui de vouloir et programmer un enfant; ceci étant que le désir d'enfant est porteur de significations et motivations inconscientes. Le projet conscient de vouloir un enfant représente celui qu'est dit dans la parole, dans le discours plus ou moins explicite de justification, celui qui mène à l'action d'avoir l'enfant, celui qui s'appuie sur la motivation et la demande à l'autre.

### **Axe 03 : informations sur le vécu du conjoint : empathie et résilience**

M. Karim déclare qu'il n'était pas présent au moment de l'annonce de l'infertilité de sa femme, ainsi il ignorait les conséquences de sa maladie, mais aussi il n'était pas au courant de la difficulté des traitements« *Non ouhdiragh ara liy dakhedam, déjà trouh fendjala n le problème g le cycle innes* » ( non j'ai été pas avec elle parce que je travaillé, déjà elle a consulté a cause d'un dérèglement dans son cycle ) il poursuit sont discours« *Thazwara nwiyy normal am akkith lehlakath tela dwa et aussi attas iges3an le mêmeproblème ma3nawrwented*

*normal, dacou kann ami thevda thettidawi akk d leqrih nni chaque fois iseqlalq tagaday fellas melih* » (au début j'ai cru que c'était comme toutes les maladies, ça va y'aller avec les traitements médicamenteux, en plus il y a plusieurs femmes qui ont pu le dépasser, mais avec les difficultés du traitement les douleurs qu'elle subi chaque fois, ça me stresse, j'aitoujours eu peur pour elle ). D'après nos connaissances nous pouvons dire que se rendre conscience et reconnaître qu'après des mois ou des années leur rêve d'avoir un enfant ne peut se réaliser, provoque un choc et un sentiment de consternation. La perspective de l'infertilité primaire et d'une vie sans enfant peut être si effrayante qu'elle amène à nier l'existence de cette maladie.

En abordant l'aspect affectif, relationnel, et sexuel d'avant et après l'annonce de l'infertilité de son épouse M. Karim déclare qu'ils ont pas affronter de visible changements dans leur couple cependant ils subissent une pression et un stress instance dans la période de traitement «*Amek ya3ni tqesded seg mi 3elmagh slehlak-ayi, non sel jihaw khati après lann des moments anda l3eved azed daklent akkith mais en gros khati* » ( qu'est ce que tu veux dire après l'annoncé, de ma part non après y'a des moments ou on se trouve dépasser mais en gros non ) ici nous avons intervenu pour toucher a l'aspect sexuel ; totalement calme, et en regardant par terre il nous répond « *...amek akmid sfhemay toura Nawel suit des traitements donc akken iydenna la gynécologue innes ankhedem* » ( ... Nawal suit des traitements donc on fait exactement comme la gynécologue nous dit ) alors ici nous pouvons pas ignorer l'impact de cette infertilité sur la vie sexuelle de ce couple infertile en s'étayant sur les assertions Jaoul (2011) les conséquences sur la vie sexuelle ; les recherches cliniques s'accordent à souligner l'impact délétère des traitements sur la sexualité des couples, particulièrement une diminution du désir, due à l'intrusion du médical dans leur vie sexuelle les hommes peuvent se sentir remis en cause dans leur virilité et soumis à une exigence de performance, les femmes peuvent vivre une subordination de leur vie sexuelle à leur désir de grossesse, celle-ci, recherchée principalement en période ovulatoire, perdant ainsi de sa spontanéité et de sa qualité hédonique, au détriment de la relation de couple.

« *Oui, déjà toujours tettloumou imanis, achehal davrid itid taffay tssetrouy, c'est vrai yu3ray lhal mais hakda wala kter* ». (Oui elle se culpabilise toujours, je là trouve entraîne de pleurer plusieurs fois, c'est très difficile pour nous je dirais mieux ça que pire) comme nous l'avons vu dans le chapitre théorique en abordant le vécu psychique de la femme infertile le sentiment de culpabilité est très fréquent chez la femme atteinte d'infertilité primaire comme le souligne Noëlle Pour certains couples se sentiment soulagés d'avoir trouvé la cause de leur infertilité qui peut désormais être résolue. Mais pour d'autres la preuve de l'existence d'un problème peut faire naître des sentiments de culpabilité, de rancune, de colère, un manque

(pourquoi moi), ils peuvent également se sentir honteux et gêner de ne pas fonctionner « *normalement* ». (P.C. Noëlle, p.117). Cependant en se référant à l'approche cognitive-comportementale nous déduisant que M. Karim est conscient que les sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux. Donc on voit bien l'importance de la Conscience, prise de conscience et reconnaissance de l'existence d'un problème. Ainsi il possède des capacités à partager ces sentiments avec son épouse et ce qui peut l'aider à surmonter le problème.

Nous percevons une forme d'empathie cognitive dans le discours de M. Karim qui essayait de comprendre sa femme « *Oui déjà toujours qaryass aloukan ihi d nekki ig-helken amek? 3elmagh que Nawal atesver yidi atteqim sidisiw donc toura ilaq attid fehmay machi gffousis anechtha tikchi n Rebbi.* » (Oui je lui dis toujours si c'était moi à ta place sa serrait comment ? Je sais bien que Nawal restera avec moi donc maintenant il faut que je sache que ce n'est pas de sa faute c'est le destin de dieu) .On constate donc, dans le discours de notre sujet, des indices révélant une présence empathique. Comme on l'a déjà vu dans la théorie, l'empathie c'est ressentir le monde intérieur de l'autre avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « *comme si* » Formarier, (2007).

D'après les paroles de M. Karim nous remarquons la présence du sens de l'humour qu'est fréquemment répertorié comme une des caractéristiques des individus résilients, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes de tout âge. Ainsi, l'humour apparaît comme une ressource étayant chez les personnes affrontées à des situations traumatogènes. Le sens de l'humour se traduit par une aptitude à repérer les aspects divertissants de la vie. C'est l'art de se saisir des aspects incongrus, absurdes ou insolites des situations de la vie, pour en dégager les aspects cocasses ou plaisants. Non seulement, l'humour aide les sujets à se raconter, mais il soutient également les conditions de l'écoute en délimitant un espace empathique Anaut, (2014). « *3la hssavle sujet il rie, je rigole mais hamdou'allah Nawal tessent amek atedj winn ilan zathes azed ihess, yarna ma ounheder ara amek ara netemssefham amek ara yved wekham ?* » ( ça dépend du sujet mais hamdou'allah Nawal sait bien comment attirer l'attention des gens, en plus si on ne communique pas, on ne comprend pas nous allons pas préserver notre couple ) ici M. Karim met la lumière sur la communication en écoutant et en prenant en considération les dires de sa femme comme le confirme Bodenman (2003), Dans son livre « *Une vie de couple heureuse* » en mettant en évidence les nombreuses études qui montrent que ce n'est pas l'amour, l'attraction physique, le niveau d'études, la profession, l'argent ou le statut social qui maintiennent deux personnes ensemble, mais bien leur façon de communiquer, de résoudre les problèmes et de gérer le stress.

Passant à la question qui concerne l'influence de la qualité relationnelle sur le rendement du traitement M. Karim défend « *Oui c'est sur kerhay winn ara tissfeq3en, sur tout gmi nettdawi akka thoussay melih syess, tseyiy amek anvdel, j'aime bien atsoufghay anhewess, ghass kann akka anedou chwiya attid iwedeth ouvehri ad nouyal sakham* » ( J'aime pas quand quelqu'un là stresse, surtout depuis qu'elle est sous traitement, je sens ce qu'elle subi, par contre j'essaye souvent de sortir de cette routine, en sort ensemble, parfois même pour un petit moment, elle se calme en prend de l'air puis en revient à la maison ). Nous retenant que M. Karim essayait de comprendre ce que sa femme a vécu, et il partageait avec elle ses émotions et il manifeste de l'affection « *une empathie émotionnelle* » (voir le chapitre théorique) il poursuit ( ...même la gynécologue nous a dit qu'elle doit éviter toutes sources de stress parce que le stress va compliquer sa situation) nous remarquons que M. Karim est impliqué dans la situation, il fournit des efforts cognitifs et comportementaux afin de procurer un environnement favorable pour le bien être de son épouse.

M. Karim accorde une grande valeur à la communication comme le suggère Ahzoul (2016) Pour communiquer sainement avec son/sa conjoint, il est avant tout important de bien le/la connaître. Au début du mariage, il est important d'être dans l'observation et l'écoute afin de connaître l'autre et prendre le temps à deux pour parler de nos goûts, nos projets, nos envies, nos défauts, nos qualités, notre vécu, notre histoire... En bref, il faut faire preuve d'une grande écoute. « *A oui tina i delssas n la relation l3ali, nettath adini nekki adniy apres anemssefham et on prend une décision c'est comme sa* » (c'est la base d'une relation)

Ainsi au fur et à mesure nous distinguons la présence de l'aspect spirituel dans les dires de M. Karim que nous considérons comme ressource de résilience « *inchallah ma yevya oukhelaq nekni nettef dgess, nkhdem ayen mounzmer nchlh aghed irzeq* » (inchallah on tient à dieu, et on fait le possible et inchallah dieu nous bénira ). De ce fait Chouinard (2010) définit la spiritualité comme étant ce qui donne du sens à l'occupation humaine (travail, loisirs, relations interpersonnelles) et sous-tend une volonté ou une motivation intrinsèque à faire des choix et agir. Cette définition séculière est aussi partagée par les tenants de l'approche humaniste pour qui la spiritualité est ce qui donne à la personne la capacité de trouver du sens à ce qui lui arrive, notamment lorsqu'elle est confrontée à des problèmes de santé (Frampton et Charmel, 2009). Donc la spiritualité, définie autour de la notion de sens à l'activité humaine, est considérée comme un important facteur de résilience. Celui qui cherche à trouver un sens à ce qui lui arrive a généralement plus de facilité à surmonter les écueils de la vie (Bonanno, 2004). À l'inverse, l'absence de sens mène à la détresse, voire au suicide (Yalom, 2008).

En ce qui concerne le partage de ce qu'il ressent principalement avec sa femme ou avec d'autres personnes de votre entourage M. Karim nous déclare « *Amdinigh ma tichki dekra l3ali oui serte, mais des fois teffragh akhater hacha lhezzen ara tesheznagh ma3na koulech it3eday* » (quand c'est quelque chose de bien je lui dis directement, mais parfois je trouve que je vais juste la rendre triste alors je préfère de le garder pour moi après tout ça passe). Bonanno (2004) affirme au contraire que le résilient souffre émotionnellement et ressent de la tristesse comme n'importe quel individu à la suite d'un événement difficile. Ce qui le distingue, c'est le caractère occasionnel et transitoire de ces perturbations émotives, et le maintien d'un équilibre physique et psychologique relativement stable, qui lui permet de retrouver graduellement un état normal.

Pour faire face à cette situation M. Karim reçoit du soutien de la part de sa femme, de son entourage, en revanche il préfère de se rebondir tout seul sans l'aide de quelqu'un « *deg l'entourage nay tella yemma ayethma akham akkith vedend ar youri hemdoulah ,del haja l3ali ma theylid touffid l3eved yourek ma3na ilaq adekray imaniw* ». Cependant nous pouvons considérer sa femme comme tuteur de résilience comme le souligne Anaut (2015) l'exploration des récits de vie des individus résilients montre l'importance des liens relationnels ou affectifs qu'ils ont noué avec des personnes qui ont contribué à les soutenir pendant les périodes difficiles. Beaucoup de sujets réputés résilients font référence à des personnes les ont, disent-ils, aidés à se reconstruire, quelquefois en les conduisant à changer de trajectoire de vie de manière radicale. On considère que ces personnes font office de « *tuteurs de résilience* ». De ce fait M. Karim déclare « *Koulech garany kann wa attili ar yidis nwayed d nettath kann itafay, yarna tess3a le courage, nettataf g rebbi,* ». (Ma femme m'aide beaucoup à faire face à cette situation on partage tout, elle est courageuse, on tienne à Dieu). Il répond par la suite à la prochaine question à propos de M. Karim trouve que ça lui fait du bien de partager son expérience, conseiller les couples qui souffrent de même problème et sa rassure de voir des couples qui souffraient de même problème mais ils ont réussi à enfanter « *Oui c'est important aussi t3awanagh akk widak ayid yezzin yass s wawal, Je ne connais pas akka hed mais tichki inemyager g les salles d'attentes c'est beaucoup plus Nawal tettawid ismawen n tehchichin akkith* » (oui c'est important d'aider les gens parfois même avec un mot, en ce qui concerne d'autres couples infertiles je connais pas directement des couples souffrant du même problème, c'est beaucoup plus Nawal qui partage les noms des herbes médicinales... ).

En répondant à la question qui renvoie à sa perception de l'avenir M. Karim dénonce qu'ils ont tout ce dont ils ont besoin, le seul manque c'est bien un bébé « *Hemdou'allah*

*uyixus walu necca nellssa net3ich dayen iy kethven iyixussen alla ltuffan adi3mer axam inchallah* » (rien nous manque Jai tout ce qui faut il me manque un bébé inchallah) nous déduisant que malgré sa capacité à gérer cette crise M. Karim malgré leur désir profond d'avoir un enfant cela n'a jamais changé leurs façon de voir le monde ni influencé sur leurs perception de l'avenir.

En abordant le sujet de l'adoption M. Karim était surpris. Il a essayé de garder sont calme en disant qu'il ignore ce qui va se passer dans le future en percevant ses dires nous avons remarqué la présence de quelques idées négatives pessimistes consternant la parentalité, mais il arrive quand même à les gérer. Par ailleurs il ne semblait pas d'accord avec le sujet de l'adoption mais il préfère considérer ses neveux comme si s'était ses enfants «*Oui c'est sur même atilid positive mais matkemel akka oune3lim ahath ouyed ittak ara rebbi avec tristesse outiliy ara da vavath, c'est dure nchlh khati, amdiniy l'adoption je ne suis pas d'accord, lan waraw wayethma nhessvit am waraw nay*».

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole à dire, si il ya des choses à rajouter qui lui sembleront importantes et que nous n'avons pas abordé avec lui ? Il nous à répondu «*Jai rien à rajouter aktid inniy bon courage inchallah atejhemet et si vous cherchez quoi que cesoit atak Nawal elle va vous donner son numéro de téléphone*» ( j'ai rien à rajouter je vous dis bon courage inchallah vous allez réussir et si vous voulez quoi que ce soit n'hésitez pas à appeler Nawal ).De suite nous l'avons remercié à notre tour d'avoir accepté de participer à cette recherche et d'avoir était coopérative et spontanée tout le long de l'entretien.

### **Synthèse de l'entretien de recherche de M. Karim**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, M. Karim présente des indicateurs significatifs d'un vécu psychologique plus ou moins bon. En se basant d'abord, sur la forte présence d'empathie et l'intérêt que porte notre sujet pour son épouse et son ardeur de toujours soutenir et aider les autres que soit son entourage ou même les couples qui souffre du même problème cela pour leur procurer le soutiens possible. Il réussit à contrôler et à gérer d'une manière assez bonne l'annonce de l'infertilité de son épouse, de même M. Karim dispose d'une aptitude à gérer son désir d'enfant, ainsi il possède une capacité importante de dépasser l'éventuelle souffrance que peut susciter en lui une bonne capacité de rebondir. Cependant nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de M. Karim une personne résiliente et empathique.

Dans ce qui suit nous allons présenter les résultats de l'échelle «*IRI*» obtenus par M. Karim

### 1.2. Présentation de l'échelle IRI de M. Karim :

**Tableau n° 3 :** Tableau des scores à l'échelle IRI de M. Karim

1 <sup>ère</sup> sous échelle PT	Les items	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	1/7	<b>7</b>	7	1/7	5	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>44 p</b>
2 <sup>ème</sup> sous échelle EC	Les items	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	6	1/7	7	1	1/7	4	4	<b>36 p</b>
3 <sup>ème</sup> sous échelle DP	Les items	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	2	3	2/6	4	6/2	1	1	<b>19 p</b>
4 <sup>ème</sup> sous échelle FS	Les items	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	3	4	4/4	4/4	4	2	6	<b>27p</b>
Score Total des sous échelles	<b>126 points</b>								

Le tableau ci-dessous représente les résultats finals des sous échelles de l'échelle « IRI » du M. Karim, d'après ses résultats nous remarquons qu'il a obtenu un score total de 126 points.

À propos de la première sous échelle qui présente « l'adaptation contextuelle » qui mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours. M. Karim a marqué un sous score de 44 points en répondant par la dimension n°7 « *tout à fait comme moi* » pour les items (11. 8) ainsi les items (3.15) ou il a répondu par la dimension n°1 « *pas du tout comme moi* » qui sont notés en sens inverse et renvoient aussi à la dimension n°7, de même aux items (21.25) il a répondu par la dimension n°5 qui se penche vers un accord, à l'exception de l'item (28) M. Karim a marqué la dimension n°6.

Cependant dans la deuxième sous échelle, qui correspond au « souci empathique » qui mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance. M. Karim a obtenu un sous score de 36 points en répondant à l'item

(9) par la dimension « *tout à fait comme moi* », par la suite aux items (4.18) M. Karim note la dimension n°4 qui signifiait qu'il est « ni en accord ni en désaccord », de même aux items (20 et 22) il annonce toujours que il est « ni en accord ni en désaccord », à l'exception de l'item (14) il répond par la dimension n°1 « *pas du tout comme moi* » et à l'item (2) il répond par la dimension n°6 qui se penche vers un accord.

Prochainement à la troisième sous échelle, nommé « détresse personnelle » qui évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres. M. Karim a enregistré un sous score de 19 points. En répondant aux items (27.24) par la dimension n°1 « *pas du tout comme moi* » et à l'item (17) par la dimension n°4 « *ni accord ni désaccord* », ainsi à l'item (10) M. Karim répond par la dimension n°3 qui se penche vers un désaccord et à l'item (6) il répond par la dimension n°2 qui se penche toujours vers un désaccord, par ailleurs à l'item (13) M. Karim répond aussi par la dimension n°2 qui se penche toujours vers un désaccord qui doit être noté en sens inverse et renvoi à la dimension n°6 contrairement de l'item (19) il répond par la dimension n°6 qui doit être noté en sens inverse et renvoi à la dimension n°2.

En revanche pour la quatrième sous échelle nommé « Fantaisie » qui mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre. M. Karim a indiqué un sous score de 27 points. Il accord à l'item (26) la dimension n°6 qui se tend vers un accord. Contrairement de l'item (23) il répond par la dimension n°2 qui se penche toujours vers un désaccord, de même M. Karim accord à l'item (1) la dimension n°3, par contre aux items (.5.7.12.16) M. Karim indique avec la dimension n°4 qu'il est ni en accord ni en désaccord.

Dans ce qui suit nous allons présenter une interprétation des scores de l'échelle IRI de M. Karim en illustrons avec un tableau récapitulatif.

**Tableau n° 4 :** Tableau récapitulatif des scores et l'interprétation de l'échelle IRI de M. Karim

Composante de l'empathie	Les sous Echelles	Items des sous échelles	Scores des Composante de l'empathie	Niveau d'empathie
Empathie cognitive	1 <sup>ère</sup> sous échelle Adaptation Contextuelle	3-8-11-15-21-25-28	44	Important
Empathie affective	2 <sup>ème</sup> sous échelle Souci empathique	2-4-9-14-18-20-22.	82	Important
	3 <sup>ème</sup> sous échelle Détresse personnelle	6-10-13-17-19-24-27		
	4 <sup>ème</sup> sous échelle Fantaisie	1-5-7-12-16-23-26		

Le tableau ci-dessous représente un tableau d'interprétation de l'échelle IRI comme nous l'avons vu précédemment M. Karim a obtenu un score globale de 126 points qui signifie qu'il est empathique.

En s'étayant sur le manuel de l'échelle d'IRI qui vise à mesurer les composantes de l'empathie M. Karim a obtenu un sous score de 44 points dans l'échelle d'adaptation contextuelle qui elle-même renvoie à la composante cognitive de l'empathie. De ce fait nous pouvons dire que M. Karim possède un niveau d'empathie cognitive important en grande partie, cela devrait découler du meilleur fonctionnement social et de la meilleure perception et raisonnement des événements venant de l'extérieur. Cela lui permet de garder un équilibre psychique ainsi, la capacité de prendre des perspectives devrait permettre à une personne d'anticiper le comportement et les réactions des autres, facilitant ainsi les relations interpersonnelles plus agréables et plus avantageuses. Concernant l'empathie affective qui rassemble les sous échelles ; Souci empathique, Détresse personnelle, Fantaisie M. Karim a obtenu un score moyen de 82 ce qui signifie qu'il a tendance à afficher une excitation

physiologique à la représentation des expériences émotionnelles d'autrui ainsi il a tendance à aider et à montrer une certaine inquiétude pour les autres.

### Synthèse IRI cas de M. Karim

Notre cas présente une empathie affective et cognitive importante, cela est bien clair à partir des résultats obtenus à l'échelle IRI. Par ce fait, on conclut que M. Karim a cette capacité à se mettre à la place de l'autre, et tente de se projeter dans les différentes situations et position d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir. Cependant, il reste toujours prudent et essaye de ne pas se laisser submerger par ses émotions afin de ne jamais perdre son objectif qui est de comprendre au mieux le ressenti, l'émotion de l'autre particulièrement les ressentis de son épouse.

Nous allons dans ce qui suit passer à la présentation de l'échelle de CD-RISC de cas de M. Karim.

### 1.3. Présentation de l'échelle CD-RISC cas de M. Karim

**Tableau n°5.** Scores à l'échelle de résilience CD-RISC cas de M. Karim

Sous échelles	Score moyen sur le total d'items (%)	Étendue
Sentiment de compétence(32)	84%	27/32
Effets positifs du stress (28)	71%	20/28
Acceptation positive des changements(20)	65%	13/20
Contrôle (12)	66%	8/12
Spiritualité (8)	75 %	6/8
<b>Total</b>	<b>73 %</b>	<b>73/100</b>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que M. Karim a obtenu un score total élevé de 73%, ce qui signifie un caractère résilient. (Voir l'annexe n°6).

À propos de la première sous échelle qui présente *le sentiment de compétence*, Mr Nabil a marqué un sous score de 27/32 avec un pourcentage de 84%. En répondant sur la dimension *Presque tout le temps* pour les items (4, 12, 24), et la dimension *souvent* pour les items (11, 16, 17, 25) A l'exception de l'item (23) « *J'aime les défis* » M. Karim a répondu sur la dimension *parfois*. Au delà nous pouvons dire que M. Karim possède une confiance en

soi suffisante, avec une croyance en son efficacité compétences personnelles, il dispose d'un répertoire de solutions qui lui permet de faire face aux événements stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux *effets positive de stress* nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression M. Karim a enregistré un sous score de 20/28 avec un pourcentage de 71%, en répondant à la dimension *Presque tout le temps* item(6)« *J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes* »et l'item (19)« *Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère* ».Cependant la dimension *souvent* renvoie aux items (7)« *devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)* » et l'item (15) « *Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions* ».En revanche pour les items (14, 18, 20) M. Karim à concorder la dimension *parfois*. Ses réponses expliquent il possède un sens de l'humour très élevé ainsi une bonne capacité de gestion des sentiments négatives, autant il dispose d'une capacité émotionnel et cognitive qui lui permet de prendre des décisions tragique dans mes situations délicates ce qui lui offre une bonne capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommé *Acceptation positive des changements* notre sujet a obtenu un sous score de 13/20 dont le pourcentage estimé et 65%, en convenant sur la dimension *souvent* pour l'item (1, 2, 8). Cependant pour les items (4, 5) M. Karim à accorder la dimension *parfois*. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance faces aux épreuves de la vie ainsi il possède une capacité de rebondir importante âpres des avoir vécu des situations délicates.

Pour la quatrième sous échelle nommé *contrôle*, M. Karim à obtenu un sous score de 8/12 pour un pourcentage estimé 66%, en accordant aux items (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* », et (21)« *Je sais ou je veux aller dans la vie* » la dimension *souvent*. En particulier a l'item (22) « *Je sens que je maîtrise ma vie* » M. Karim à accorder la dimension *parfois*. D'après ses réponse nous pouvons dire que M. Karim sait ou il va dans la vie donc il possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi il maîtrise souvent ses crise en trouvant les meilleurs solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, M. Karim à obtenu un sous score de 6/8 points pour un pourcentage de 75%, encordant a des item (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* » la dimension *presque tout le temps* et a l'item (9) « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* »la dimension *parfois*. Nous déduisons que le

coté spirituelle est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de M. Karim.

### **Synthèse CD-RISC de M. Karim**

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisons que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui lui permet de se construire et de se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi il possède d'une capacité d'adaptation réussie en dépit de circonstances difficiles, et une bonne capacité d'anticiper et de planifier, et ayant un sens de l'humour et une croyance en Dieu ces critères font de lui une personne résiliente.

### **Synthèse générale du cas**

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, M. Karim présente un vécu psychologique plus au moins bon d'après ses déclarations lors de l'entretien, dû à l'éventuelle souffrance psychologique engendrée par la difficulté d'avoir un enfant. Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'il s'implique, s'investit et réagit avec émotion au ressenti et aux émotions de son entourage ainsi, il est attaché et a une forte présence empathique lorsque ça concerne son épouse, d'ailleurs nous pouvons dire que M. Karim possède d'une puissance dont il fait recourir afin de affronter toutes les épreuves délicates.

D'après les résultats obtenus dans l'échelle « IRI » M. Karim a obtenu un niveau important d'empathie, avec un sous score de 44 points qui est représentée par la sous échelle d'adaptation contextuelle et renvoie à l'empathie cognitive. Cette capacité lui permet de se mettre à la place de l'autre et détecter rapidement et facilement leurs émotions, ainsi prévoir l'attitude et les sentiments d'autrui, pour la composante d'empathie affective M. Karim a marqué un sous score de 82 points en rassemblant les scores des trois sous échelles; Souci empathique, Détresse personnelle, Fantaisie. Cela présente la contagion émotionnelle entre et son épouse.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, M. Karim a obtenu un score total de 73% ce qui signifie un niveau de résilience important avec un niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 27/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression ou il a enregistré un sous score de 20/28. Cependant M. Karim a obtenu un sous score de 13/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, En ce qui concerne le contrôle, M. Karim a obtenu un sous score moyen de 8/12. En parlant de la spiritualité M. Karim a marqué un sous score élevé de 6/8 points.

On déduit donc, que M. Karim a un niveau de résilience bénéfique pour son couple. En apercevant ses réponses lors de l'entretien nous pouvons dire que cette empathie et ses ressources de résilience font de lui une personne qui comprend parfaitement les émotions et dispose d'une capacité de se projeter à la place d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir. Toutefois ses ressources de résilience suscitent en lui une confiance en soi et une positivité qui lui permet affronté toute les épreuves délicate.

## **2. Présentation du cas M. Nabil :**

### **2.1.Présentation du l'entretien semi-directif de cas M. Nabil :**

Notre deuxième sujet de recherche concerne le cas de M. Nabil âgé de 34 ans, avec une situation économique moyenne. Il possède un master 2 anglais et il exerce actuellement la profession d'enseignant dans une école privé. Cette réussite est due à sa volonte de réussir professionnellement.

L'entretien s'est déroulé seulement avec de M. Nabil vers 10 h du matin au sein d'un cabinet médical privé de gynécologie ou nous avons équipé une salle d'attente pour effectuer notre entretien qui a duré 35 minutes, nous nous sommes présentées donc comme étant des étudiantes en master 2 psychologie clinique, nous avons d'abord pris le temps de lui expliquer l'objet de notre recherche, M. Nabil Il n'était pas un homme gentil seulement, mais c'était un homme poli, honnête sensible et compatissant très compréhensif, il avait l'air à l'aise, il était impatient de faire part de son ressenti et il nous a confié :« *nous sommes tous passé par cette étape étant étudiant comme vous aujourd'hui alors j'espère que cet échange vous apportera toutes les réponses claires à vos questions et sera très enrichissants*».Il à accepter de répondre à nos questions facilement et n'a pas trouvé de soucie à nos répondre en langue française.

### **Axe1 : informations sur l'infertilité de la femme**

Au moment de notre rencontre la gynécologue nous a présentés d'abord ce couple M. Nabil et sa femme Sarah âgée de 30 ans, le couple est marié depuis 6 ans dont la femme souffre d'une infertilité primaire due à une malformation secondaire de l'utérus depuis 3 ans qui est nommé « hypoplasie utérine » d'ailleurs Rossier, 2008 définit « Aplasie ou hypoplasie utérine » que se sont des malformations secondaires à l'absence de développement (partielle ou complète) des canaux de Müller. Elles sont souvent associées à des malformations rénales. Il ya : l'agénésie complète bilatérale qui est une malformation rare, incompatible avec la vie en raison de l'agénésie rénale bilatérale associée. Et l'agénésie bilatérale partielle (syndrome de Mayer-Rokitansky- Küster Hauser) dans ce cas les femmes présentant cette malformation sont infertiles en l'absence d'un utérus fonctionnel (présence de deux cornes utérines

rudimentaires sans cavité utérine) et l'agénésie unilatérale complète (utérus unicorne) : cette malformation est caractérisée par l'absence d'une corne utérine. L'échographie montre un utérus dévié vers un côté.

Dans ce qui suit nous allons se focaliser sur leur couple et leur vécu face à cette situation.

### **Axe 02 : informations sur le couple et la parentalité :**

Étant donné que la gynécologue lors de la présentation du couple nous à donner diverse informations sur l'infertilité de sa femme et avec le consentement du patient et dans le respect des règles déontologiques et éthiques.

Nous avons directement abordé l'axe qui concerne le couple et la parentalité vu que la gynécologue nous a présenté le cas du couple au préalable. Au début le conjoint a commencé à nous parler de leur rencontre « *On s'est rencontré à l'université en faisant nos études dans une même université (moi en spécialité Anglaise et elle Française) et grâce à des amis en commun, cela m'a permis de la voir plusieurs fois et de tisser des liens entre nous, après quelques mois nous avons échanger nos contacts et consolidé notre relation qui a abouti à un mariage* » tout heureux il poursuivra l'entretien en évoquant son couple basé sur une relation à long terme construite par un amour sincère et une bonne compréhension, et un respect mutuel « *...cela nous a permis de s'engager et de se marier* ».

Ensuit nous avons entamé quelques questions sur le désir d'enfant, Il semble interpellé par nos questionnements et apparait pensif et soucieux; ces expressions faciales montrant qu'il accorde une importance intense aux enfants. Après un petit moment de silence il annonce avec émotions que « *un enfant pour lui signifie : le bonheur, la richesse, l'avenir* » Il rajoute: « *un enfant sera le fruit de notre amour et de notre relation* » « *inch'Allah* » *je ferai tout pour aimer, protéger, et donner la meilleure éducation à mes enfants, Je pense que nous serions des parents responsables et exemplaire sa fin fonder une famille heureuse et j'aimerais bien qu'il me ressemblera* ». D'après l'ensemble des questions posées nous apercevant que l'envie d'avoir un enfant est une réalité important dans son couple que n'en peut pas cacher comme le confirme Jo-Thiel (1994) dans ses écrits : « *le désir d'enfant s'inscrit dans l'histoire d'un homme et une femme et la procréation leur apparaît comme la continuation de leur tendresse mutuelle, comme un salut de ce qu'ils sont en train de vivre de grand et de beau ; une partie d'eux-mêmes sera, comme le fil de lin* ». Arrivent les questions au sujet de sa femme ses émotions réapparaissent à nouveau, il déclare « *ma femme enceinte je l'imagine souvent, elle sera sublime sans doute belle, douce à mes yeux* ». Il s'exprime avec enthousiasme pour décrire encore sa femme comme une très bonne

future maman en disant : « *Ma femme autant que maman !! Elle sera une mère attentionnée et responsable envers ses enfants, j'en suis sûr qu'elle sera la maman idéale qui assurera tous les besoins pour leur bien-être* » dans cela nous pouvons confirmer alors les énoncés de Glover (2017) que nous avons déjà vu dans la partie théorique ou il déclare que chez certains hommes le désir d'enfant peut naître en général lorsque ces derniers voyant en leurs compagnes la maman idéale.

### **Axe 03 : informations sur le vécu du conjoint : empathie et résilience**

« *Oui, nous étions ensemble* » il rajoute ensuite « *quand le gynécologue nous à annoncer cette mauvaise nouvelle ma réaction était partagée entre la tristesse en rendant compte que je ne pourrais peut-être jamais devenir papa, et le sentiment de peine à l'égard de ma femme, je voyais les larmes dans ses yeux, difficile pour moi de la voir dans cet état. je sais bien que c'était très difficile également pour elle, j'imagine ce qu'elle a dans sa tête et à quoi elle pense, je comprends cette douleur je me sentais incapable de réagir pour la rassurer et l'apaiser* », voici la réponse de M. Nabil concernant l'annonce de l'infertilité de son épouse, d'après ces réponses nous voyant que cette événement été très difficile pour lui, d'après la théorie TCC que nous avons adopté, M. Nabil avait directement pensé d'une façon négative ce qui répond aux dires que les pensées négatives des personnes sont généralement erronées et elles se manifestent particulièrement lorsque la personne est stressée, démenée et elle vit des épreuves difficile émotionnellement, en effet la TCC vise notamment à faire prendre davantage conscience de la perception distordue des expériences du quotidien, particulièrement lorsque la personne est bouleversé, au-delà nous retenons que ces pensées ont été accompagnées d'émotions d'impuissance de tristesse et de peine chez M. Nabil qui semble sidéré par l'annonce, ce qui a empêché toute réaction de sa part.

En revanche il essayait de comprendre ce que sa femme a vécu, et il partageait même avec elle ses émotions et il manifeste de l'affection « *une empathie émotionnelle* » apparaît dans ses réponses; d'ailleurs selon Staub (1987) en appel une empathie émotionnelle cette réaction affective en réponse à l'émotion vécue par autrui s'apparente généralement à de la sympathie ou de la compassion et plus précisément, la personne qui fait preuve de souci empathique peut ressentir de la peine, la tristesse, de la colère, de la culpabilité... lorsqu'elle est témoin d'une situation où une autre personne se trouve dans un état de souffrance.

Il répond par la suite à la prochaine question à propos des changements concernant leur vie de couple au niveau affectif, relationnel, sexuel par : « *Au début elle était très stressée, sensible, la plupart du temps elle me disait en pleurant : que fait tu avec une femme qui ne pourrais peut-être jamais te donner un enfant et réaliser ton rêve ! Mais j'essayais de*

*la rassurer en lui disant que nous allons surmonter cette situation ensemble et ce qui nous a encouragé à avoir l'espoir mais hamdou'allah ça n'a jamais impacté notre amour d'ailleurs on profite de chaque moment ensemble, faire des sorties, des voyages et favorise chaque bon moment ».* De ce fait, nous pouvons dire que le conjoint investi bien dans sa relation avec son épouse, il est optimiste cela renvoi aux critères du profil d'une personne résiliente d'après ce que nous avons abordé dans le chapitre théorique, malgré ce manque ils arrivent toujours à trouver d'autres sources d'épanouissement.

En observant de la même façon, sa manière de s'exprimer et à travers ces prochains discours tels que : « ... oui bien sur j'essayais toujours de me mettre à sa place ... je comprends sa réaction, son comportement... elle me fait de la peine ... Je suis toujours à l'écoute...je donne beaucoup d'importance à ses dires d'ailleurs cette dernière est la base de notre relation parce que nous accordons souvent de l'importance à tous comme il le doit ; l'un comprend l'autre et l'un respecte les sentiments d'autre... » Nous constatons donc qu'il comprend l'état émotionnel de son épouse et qu'il se met à sa place ; comme nous l'avons déjà vu dans la théorie selon Pistrang, Picciotto, Barker (2001) qui affirment qu'une ouverture empathique de la part d'un des partenaires est très importante dans une relation et qu'elle incite l'autre à exprimer davantage ses émotions et ses pensées, tous ces indices révélant donc une présence empathique.

M. Nabil nous a bien expliqué par la suite que tous peuvent influencer sur le rendement du traitement, même leur qualité relationnelle et surtout les idées négatives, la pression des gens, les problèmes de la vie quotidienne, le stress... mais ils ont jamais perdu l'espoir et il déclare aussi qu'ils ne seront ni les premiers ni les derniers à ne pas avoir d'enfant et tout est destinée et tout pourra changer de jour au lendemain et que la foi les aide à surmonter cela signifie que la religion occupe une place très importante dans leur vie.

Au fur et à mesure M. Nabil confirme encore une fois que la solidité de leur communication joue un rôle important au quotidien et qu'ils partagent tout entre eux et que l'un aide l'autre ; comme elle le valide Gohin (2012) aussi que la bonne écoute prévient les difficultés parce que quand on a la volonté de comprendre et d'écouter l'autre, l'autre à son tour aura plus facilement la même attitude d'ouverture. En comprenant également dans son discours qu'ils font toujours d'efforts cognitifs et comportementaux afin de surmonter ces difficultés rencontrées, d'ailleurs d'après Lazarus et Folkman(1984) l'ensemble de ses efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques sont évaluées comme très fortes et dépassant ses stratégies de coping.

Toutefois, malgré leur désir profond d'avoir un enfant M. Nabil affirme que cela n'a jamais changé leurs façon de voir le monde ni influencé sur leurs perception de l'avenir, comme elle l'indique la littérature sur les thérapies conjugales; le développement d'une vision commune de la situation adverse inciteraient les partenaires à contribuer activement au bien-être du couple , d'ailleurs il insiste même que le soutien social joue un grand rôle et déclare « certainement, c'est bien d'avoir des personnes qui nous rassure et nous encourage...et c'est très difficile de rencontrer des couples infertiles, mais face à eux je me doit être fort et je faisais de tout mon possible pour les aider, les orienter et les soutenir même je me sentais bien dans ce rôle de partager mon expérience» nous avons donc aperçu qu'ils accordent une grande importance au soutien que les autres peuvent leur apporter et qu'il fait donc preuve d'altruisme et de son aptitude et sa disponibilité à porter d'aide aux autres à son tour, d'autant plus il le perçoit ainsi comme un paramètre qui lui permet d'apaiser ses souffrances psychiques,

Arrivent l'adoption M. Nabil assure «pour le moment l'adoption est loin d'être aborder mais si jamais sa arrivera nous feront de notre mieux pour l'accueillir et l'élever avec amour comme si c'était le n'autre, j'aimerai bien lui donner la vie qu'il mérite parce que vraiment nul ne mérite d'être abandonné». Dans ce fait, face à cette réalité perçue comme intense, M. Nabil fait preuve de force, plusieurs caractéristiques d'une personne résiliente apparaissent dans ses dires. Comme nous confirmons d'après Cyrulnik (2009)« la résilience est la capacité a faire face aux adversité de la vie, de transformer la douleur en force motrice pour surpasser et en sortir fortifié , une personne résiliente comprend qu'elle est l'architecte de son bonheur et son destin ».

Nous concluons cette entretien en lui donnant la parole à dire le mot de la fin et si il ya des choses à rajouter qui lui sembleront importantes et que nous n'avons pas abordé avec lui. Il nous à répondu avec un beau sourire: « normalement tout a était dit » nous l'avions remercié d'avoir participé dans cette présente recherche et que sa participation était constructive et pertinente.

### **Synthèse de l'entretien de recherche de M. Nabil**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, M. Nabil semble présenter des indicateurs significatifs d'un bon vécu psychologique face à une situation qui est très difficile, avec forte présence d'empathie cognitive et émotionnelle en se référant à ce qu'il ressent à l'égard de son épouse lors de l'annonce de résultat de l'examen gynécologique et d'après sa façon de traitement des idées négatives et son comportement et ses réactions envers sa femme et d'autres couples infertiles. Nous pouvons affirmer que M. Nabil possède une

capacité à surmonter et à contrôler d'une manière assez importante son éventuelle souffrance, en notons sa façon positive de percevoir les choses, son optimisme, et la présence de l'altruisme ainsi l'aspect religieux.

Dans ce qui suit nous allons présenter les scores obtenus par M. Nabil dans l'échelle d'indice de réactivité interpersonnelle.

### 2.2.Présentation de l'échelle IRI de M. Nabil

**Tableau n° 6:** tableau des scores à l'échelle IRI de M. Nabil

1 <sup>ère</sup> sous échelle PT	Les items	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	3/5	<b>7</b>	6	2/6	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>38 p</b>
2 <sup>ème</sup> sous échelle EC	Les items	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	6	1/7	7	3	1/7	6	6	<b>42 p</b>
3 <sup>ème</sup> sous échelle DP	Les items	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	4	5	1/7	4	7/1	1	2	<b>24 p</b>
4 <sup>ème</sup> sous échelle FS	Les items	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>Total</b>
	Les réponses	4	6	2/5	3/6	6	5	5	<b>37p</b>
Score Total des sous échelle	<b>141</b>								

Le tableau ci-dessous représente les résultats finals des sous échelles de l'échelle « IRI » du M. Nabil, d'après ses résultats nous remarquons qu'il a obtenu un score total de 141 points. (Voir l'annexe n°7).

À propos de la première sous échelle présente « l'adaptation contextuelle » qui mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours. M. Nabil a marqué un sous score de 38 points en répondant par la dimension « *tout à fait comme moi* » pour les items (8, 2, 28) et par la dimension n°6 qui se penche vers un accord pour les items (11, 21) à l'exception de l'item (15) « *Si je suis sûre d'avoir raison à propos de quelque chose je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des uns et des autres* » M. Nabil a répondu par la dimension n°2 qui se penche vers un désaccord qu'est censé être noté en sens inverse, cependant à l'item (3) « *Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre* » il a répondu par la dimension n°3 qui se penche aussi vers un désaccord qui renvoie à la dimension n°5.

Concernant la deuxième sous échelle, qui correspond au « souci empathique » qui mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance. M. Nabil a noté un sous score de 42 points en répondant par la dimension « *tout à fait comme moi* » pour l'item (9) et l'item (4) « *Il m'arrive de ne pas être désolé pour les gens qui ont des problèmes* » et l'item (18) « *Quand je vois quelqu'un être traité de façon injuste je ne ressens pas beaucoup de pitié pour lui* » qui sont noté en sens inverse, et par la dimension n°6 qui se tend vers un accord pour les items (2, 20, 22) particulièrement M. Nabil à accorder à l'item (14) la dimension n°3.

Au regard de la troisième sous échelle, nommé « détresse personnelle » qui évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres. M. Nabil a enregistré un sous score de 24 points en accordant pour l'item (13) la dimension n°3 qu'est noté en sens inverse et renvoi à la dimension « *tout à fait comme moi* » contrairement à l'item (19) ou il a répondu par la dimension « *tout à fait comme moi* » qui doit être noté aussi en sens inverse avec la dimension n°1. Cependant M. Nabil à marquer pour les items (6, 17) la dimension n°4 qui signifie qu'il est « *ni accord ni désaccord* », toutefois à l'item (10) il a répondu par la dimension n°5 qui se penche vers un accord relative. Concernant l'item (24) M. Nabil a répondu par la dimension « *pas du tout comme moi* » qui renvoi à la dimension n°1. À propos l'item (27) il a accordé la dimension n°2 qui se pense vers un désaccord.

En revanche pour la quatrième sous échelle nommé « Fantaisie » qui mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, des films et des pièces de théâtre. M. Nabil a obtenu un sous score 37 points en

répondant par la dimension n°6 qui se tend vers un accord pour les items (5, 16), à l'exception l'item(12) « *Il est relativement rare que je me laisse prendre par un bon livre ou un bon film* » M. Nabil à accorder la dimension n°3 qui se penche vers un désaccord noté en sens inverse donc elle renvoie à la dimension n°6 qui se tende vers un accord. M. Nabil à également mentionné la dimension n°5 pour les items (23, 26). De suite a l'item (7) il répondu par la dimension n°2 qui est noté en sens inverse, et renvoi à la dimension n°5. Finalement M. Nabil à accorder a l'item (1) la dimension n°4 celle-ci indique qu'il « *ni en accord ni en désaccord* ».

Dans ce qui suit nous allons présenter l'interprétation des scores obtenus à l'échelle IRI.

**Tableau n° 7 :** Tableau d'interprétation des scores à l'échelle IRI de M. Nabil

Composante de l'empathie	Les sous Echelles	Items des sous échelles	Scores des Composante de l'empathie	Niveau d'empathie
Empathie cognitive	1 <sup>ère</sup> sous échelle Adaptation Contextuelle	3-8-11-15-21-25-28	38	Important
Empathie affective	2 <sup>ème</sup> sous échelle Souci empathique	2-4-9-14-18-20-22.	103	Important
	3 <sup>ème</sup> sous échelle Détresse personnelle	6-10-13-17-19-24-27		
	4 <sup>ème</sup> sous échelle Fantaisie	1-5-7-12-16-23-26		

Le tableau ci-dessous représente un tableau d'interprétation de l'échelle IRI comme nous l'avons vu précédemment M. Nabil a obtenu un score globale de 141 qui signifie qu'il est empathique.

En s'étayant sur le manuel de l'échelle d'IRI qui vise à mesurer les composantes de l'empathie M. Nabil a obtenu un sous score de 38 points dans l'échelle d'adaptation contextuelle qui elle-même renvoie à la composante cognitive de l'empathie. De ce fait nous pouvons dire que M. Nabil possède un niveau d'empathie cognitive important en grande partie, cela devrait découler du meilleur fonctionnement social attendu pour les promoteurs de haute perspective. La capacité de prendre des perspectives devrait permettre à une personne d'anticiper le comportement et les réactions des autres, facilitant ainsi les relations interpersonnelles plus harmonieuses et plus enrichissantes. Concernant l'empathie affective qui rassemble les sous échelles ; Souci empathique, Détresse personnelle, Fantaisie M. Nabil a obtenu un score important de 103 ce qui signifie qu'il a tendance à afficher une grande excitation physiologique à une représentation filmé de l'expérience émotionnelle d'autrui ainsi il a tendance à aider les autres personnes et il montre une certaine préoccupation pour les autres.

#### **Synthèse du « IRI » de M.Nabil :**

Nous pouvons dire que M. Nabil présente une empathie affective et une empathie cognitive importante. Par ce fait, on conclut que M. Nabil met en action un processus intellectuel d'identification et de compréhension du ressenti et des émotions d'autrui ainsi il montre une sympathie et une préoccupation pour les autres personnes plus précisément son épouse.

Dans ce qui suit nous abordons une présentation et l'interprétation de l'échelle de résilience CD-RISC.

### **2.3. Présentation de l'échelle de CD-RISC de cas de M. Nabil**

**Tableau n°8:** Scores à l'échelle de résilience CD-RISC de cas M. Nabil

Sous échelles	Score moyen sur le total d'items (%)	Étendue
Sentiment de compétence(32)	87%	28/32
Effets positifs du stress (28)	64%	18/28
Acceptation positive des changements(20)	80%	16/20
Contrôle (12)	91,6%	11/12
Spiritualité (8)	100%	8/8
<b>Total</b>	<b>80 %</b>	<b>80/100</b>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que M. Nabil a obtenu un score total élevé de 80%, ce qui signifie un caractère très résilient. (Voir l'annexe n°8).

À propos de la première sous échelle qui présente *le sentiment de compétence*, M. Nabil a marqué un sous score de 28/32 avec un pourcentage de 87%. En répondant sur la dimension *Presque tout le temps* pour les items (10, 12, 24, 25), et la dimension *souvent* pour les items (11, 16, 17). A l'exception de l'item (23) « *J'aime les défis* » M. Nabil a répondu sur la dimension *parfois*. D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, et une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité compétences personnelles et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux *effets positive de stress* nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression M. Nabil a enregistré un sous score de 18/28 avec un pourcentage de 64%, en répondant à la dimension *Presque tout le temps* Just pour l'item (7) « *Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)* ».Cependant la dimension *souvent* renvoie au items (6) « *J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes* », et l'item (19) « *Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère* ». En revanche pour les items (14, 15, 18, 20) M. Nabil a répondu par la dimension *parfois* ces réponses expliquent qu'il une capacité à gérer les situations de stress, ainsi M. Nabil fait preuve d'une

caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience le sens de l'humour, ainsi il possède une aptitude à gérer les émotions négatives pénibles, autant il dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive dans la régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous-échelle nommée Acceptation positive des changements notre sujet a obtenu un sous-score de 16/20 dont le pourcentage estimé est de 80%, en convenant sur la dimension *Presque tout le temps* pour l'item (2) « *j'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée* » il affirme ici que cette personne c'est sa femme, et l'item (5) « *Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés* », en ce qui concerne l'item (1) « *Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent* » et l'item (8) « *j'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves* » notre sujet a répondu par la dimension *souvent*. En particulier à l'item (4) « *je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi* » M. Nabil a accordé la dimension *parfois*. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi il possède une capacité de rebondir importante.

Pour la quatrième sous-échelle nommée contrôle, M. Nabil a obtenu un sous-score de 11/12 pour un pourcentage estimé de 91%, en accordant aux items (21, 22) la dimension *Presque tout le temps* ces dernières concernent « *Je sais où je veux aller dans la vie* » « *Je sens que je maîtrise ma vie* », cependant à l'item (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » notre sujet a accordé la dimension *souvent*. À ce titre nous pouvons dire que M. Nabil est apte à contrôler sa vie, et il sait où trouver ses sources d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous-échelle qui présente la spiritualité, M. Nabil a obtenu un sous-score de 8/8 pour un pourcentage de 100%, en accordant à l'ensemble des items (3, 9) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* » et « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension *Presque tout le temps*. Nous déduisons que le côté spirituel prend une grande importance chez notre sujet de recherche d'ailleurs d'après nos connaissances la spiritualité est considérée comme un critère positif dans le processus de résilience.

#### **Synthèse « CD-RISC » de M. Nabil :**

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC nous constatons que M. Nabil a une tendance à voir les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie, ainsi il a une tendance à avoir confiance en ses capacités à résoudre la majorité des obstacles affrontés en

donnant une grande importance à l'aspect spirituel pour cela nous pouvons dire que M. Nabil possède un profil d'une personne très résiliente.

### **Synthèse générale du cas :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche, M. Nabil présente un vécu psychologique d'allure bon, ceci en se basant sur le fait qu'il a cette capacité de comprendre et de se mettre à la place de l'autre. Ainsi il possède un potentiel à gérer toute situation à laquelle il fait face, ceci ne l'empêche pas d'être empathique et de se soucier du devenir de son couple.

Dans l'échelle IRI, M. Nabil a obtenu un niveau important d'empathie, avec un sous score de 38 points qu'est représentée par la sous échelle adaptation contextuelle et renvoie à l'empathie cognitive. Ainsi pour la composante d'empathie affective M. Nabil a marqué un sous score de 103 points en rassemblant les scores des trois sous échelles; Souci empathique, Détresse personnelle, Fantaisie.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, M. Nabil a obtenu un score totale de 80% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 28/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression ou il a enregistré un sous score de 18/28. Cependant M. Nabil a obtenu un sous score de 16/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, En ce qui concerne le contrôle, M. Nabil a obtenu un sous score élevé de 11/12. En parlant de la spiritualité M. Nabil a marqué une totalité en obtenu un sous score de 8/8.

On déduit donc, que M. Nabil a une forte empathie à l'égard de son épouse et un niveau de résilience élevé ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie ce qui est bénéfique pour son couple. En apercevant ses réponses lors de l'entretien nous pouvons dire que cette empathie a fait de lui une personne compréhensif et capable de contrôler ses propres émotions et veille à ne pas se laisser submerger par ses pensées et sentiments cela afin de donner une meilleure qualité de support et son épouse lors du traitement, toutefois ses ressources de résilience suscite en lui une confiance et un sentiment de bien faire les choses et lui permet donner le meilleur de lui-même.

Nous allons à présent passer à la deuxième partie de ce chapitre qui porte sur la discussion des hypothèses.

## **II. Discussion des hypothèses**

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique. Afin, d'affirmer ou d'infirmer les trois

hypothèses partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, étant de décrire et d'explorer le vécu psychologique des conjoints de femmes atteintes d'infertilité primaire. En décrivant et évaluant leur niveau d'empathie et celui de la résilience ainsi distinguons les ressources adopter pour faire face a cette événement. Cependant pour répondre à nos questions de recherches et vérifier nos hypothèses, nous avons appliqué un entretien de recherche semi-directif et nous avons utilisé deux outils psychométriques dont l'IRI pour l'empathie et le CD-RISC pour la résilience.

### **Hypothèse N°1 : le niveau d'empathie affective chez les conjoints de femme infertiles est important**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle d'empathie IRI cela pour évaluer l'empathie affective des conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire, dans le but d'affirmer ou de d'infirmer cette hypothèse.

#### **Cas 1) : M. Karim**

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, M. Karim présente des signes d'empathie affective modéré de par, son attachement et l'importance qu'il accorde à son entourage et son implication, son investissement et par le fait qu'elle réagisse avec émotion au ressenti de son épouse, qu'on a perçu à travers son discours « Oui c'est sur kerhay winn ara tissfeq3en, sur tout gmi nettdawi akka thoussay melih syess, tseyiy amek anvdel, j'aime bien atsoufghay anhewess, ghash kann akka anedou chwiya attid iwedeth ouvehri ad nouyal sakham » « J'aime pas quand quelqu'un là stresse, surtout depuis qu'elle est sous traitement, je sens ce qu'elle subi, par contre j'essaye souvent de sortir de cette routine, en sort ensemble, parfois même pour un petit moment, elle se calme en prend de l'air puis en revient à la maison ».

Cependant à l'échelle IRI M. Karim a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 82. En répondant notamment à l'item (26) « *Quand je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient* » par la dimension n°6 qui se penche vers « *tout a fait comme moi* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle IRI, nous pouvons à présent affirmer notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir que M. Karim présente bien un niveau important d'empathie affective.

#### **Cas 2) : M. Nabil**

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que M. Nabil manifeste des signes d'empathie affective « *quand*

*le gynécologue nous à annoncer cette mauvaise nouvelle ma réaction était partagée entre la tristesse en rendant compte que je ne pourrais peut-être jamais devenir papa, et le sentiment de peine à l'égard de ma femme, je voyais les larmes dans ses yeux, difficile pour moi de la voir dans cet état. Je sais bien que c'était très difficile également pour elle, j'imagine ce qu'elle a dans sa tête et à quoi elle pense, je comprends cette douleur je me sentais incapable de réagir pour la rassurer et l'apaiser ».*

Cependant à l'échelle IRI M. Nabil présente un niveau d'empathie affective élevé 103 points car il ressent de la tristesse à l'égard des malheurs d'autrui cela manifeste dans sa réponse à l'item (20) « *Je suis souvent touchée, affectée par les événements qui arrivent* » par la dimension n°6 qui se penche vers « *tout a fait comme moi* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle IRI, nous pouvons à présent affirmer notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que M. Nabil présente bien un niveau important d'empathie affective.

### **Hypothèse N°2 : le niveau d'empathie cognitive chez les conjoints de femme infertiles est important**

Pour vérifier cette deuxième hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et du questionnaire d'empathie IRI, pour évaluer l'empathie cognitive des conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

#### **Cas 1) : M. Karim**

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, M. Karim présente des signes d'empathie cognitive « *Oui déjà toujours qaryass aloukan ihi d nekki ig-helken amek? 3elmagh que Nawal atesver yidi atteqim sidisiw donc toura ilaq attid fehmay machi gffousis anechtha tikchi n Rebbi.* » (Oui je lui dis toujours si c'était moi à ta place ça serait comment ? Je sais bien que Nawal restera avec moi donc maintenant il faut que je sache que ce n'est pas de sa faute c'est le destin de dieu ). Nous déduisons ici que M. Karim possède un potentiel qui lui permet de comprendre le ressenti et les pensées et les émotions de son épouse.

Cependant comme nous l'avons constaté suite à la l'application de l'échelle d'empathie IRI. M. Karim à enregistrer un score de 44 points possède un niveau d'empathie cognitive important en grande partie, cela devrait découler du meilleur fonctionnement social et de la meilleure perception et raisonnement des événements venant de l'extérieur comme l'affirme à l'item (3) « *Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre* » en répondant par la dimension n°1 « *pas du tout comme moi* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle IRI, nous pouvons à présent affirmer notre deuxième hypothèse pour ce premier cas, à savoir que M. Karim présente bien un niveau important d'empathie cognitive.

### **Cas 2) : M. Nabil**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que M. Nabil manifeste des signes d'empathie cognitive en disant « *la plupart du temps elle me disait en pleurant : que fait tu avec une femme qui ne pourrais peut-être jamais te donner un enfant et réaliser ton rêve ! Mais j'essayais de la rassurer en lui disant que nous allons surmonter cette situation ensemble et ce qui nous a encouragé à avoir l'espoir* »

Cependant à l'application de l'échelle IRI nous déduisons que M. Nabil a obtenu un score de 38 points dans l'échelle d'adaptation contextuelle qui elle-même renvoie à la composante cognitive de l'empathie. Nous apercevons ainsi à l'item (28) « *Avant de critiquer quelqu'un j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place* » M. Nabil a répondu par la dimension n°7 « *tout a fait comme moi* » de ce fait nous pouvons dire que M. Nabil possède un niveau d'empathie cognitive important.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle IRI, nous pouvons à présent affirmer notre deuxième hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que M. Nabil présente bien un niveau important d'empathie cognitive.

### **Hypothèse N°3 : les conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire possède un niveau important de résilience et développe des stratégies de résilience**

Dans le but de vérifier cette troisième hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de résilience IRI, afin de mesurer le niveau de résilience des conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire infirmer ou confirmer cette hypothèse.

### **Cas 1) : M. Karim**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que M. Karim trouve des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter au différent changement qui survient dans sa vie en analysant ses dires nous distinguons une présence de l'aspect spirituel une capacité de contrôle ainsi une bonne maîtrise ses émotions tout en restant optimiste dans les moments de détresse « *Oui, déjà toujours tetteloumou imanis, ahehal davrid itid taffay tssetrouy, c'est vrai yu3ray lhal mais hakda wala kter* ». ». (Oui elle se culpabilise toujours, je la trouve entraîne de pleurer plusieurs fois, c'est très difficile pour nous je dirais mieux ça que pire).

Cependant à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC M. Karim a obtenu un score total élevé de 73%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que M. Karim fait recours à des ressources internes ou il obtient des scores élevés dans ; le sentiment de compétence ou il a enregistré des sous-scores de 84%, et la spiritualité où il a eu un sous-score de 75%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer que M. Karim présente un niveau important de résilience.

### **Cas 2) : M. Nabil**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que M. Nabil manifeste des signes de résilience face aux différentes situations il déclare : *« Au début elle était très stressée, sensible, la plupart du temps elle me disait en pleurant : que fais-tu avec une femme qui ne pourrait peut-être jamais te donner un enfant et réaliser ton rêve ! Mais j'essayais de la rassurer en lui disant que nous allons surmonter cette situation ensemble et ce qui nous a encouragé à avoir l'espoir mais hamdoulillah ça n'a jamais impacté notre amour d'ailleurs on profite de chaque moment ensemble, faire des sorties, des voyages et favoriser chaque bon moment »*. Nous pouvons déduire d'après ses dires que malgré que la situation est sensible il reste optimiste et il essaye de sarmenter sa souffrance en cherchant de nouvelles sources d'épanouissement.

Toutefois les résultats obtenus à l'échelle de résilience CD-RISC démontrent qu'il existe un niveau important de résilience avec un score global qui atteint les 80%. Dans cette optique nous constatons que M. Nabil possède des ressources de résilience dont le contrôle qui enregistre un sous-score de 91.6% et la composante de la spiritualité avec un sous-score de 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer que M. Nabil présente un niveau important de résilience.

**Hypothèse générale : La nature du vécu psychologique des conjoints de femmes atteintes d'infertilité primaire est bonne.**

Dans ce qui suit nous allons présenter deux tableaux récapitulatifs des résultats des deux outils psychométriques utilisés et discuter notre hypothèse générale grâce aux données obtenues à l'entretien de recherche ainsi que différents résultats obtenus par l'échelle IRI qui mesure l'empathie affective et cognitive et CD-RISC qui mesure la résilience.

**Tableau N°9** : Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle IRI :

Composante de l'empathie	Cas de M. Karim	Cas de M. Nabil	Le niveau
Empathie affective	82	103	Important
Empathie cognitive	44	38	Important

D'après le tableau ci-dessus qui représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas, nous constatons que nos sujets de recherche ont un niveau important d'empathie affective et cognitive.

**Tableau N°10** : Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC :

Sujet de recherche	Sentiment de compétence (32)	Effets positifs du stress (28)	Acceptation positive des changements (20)	Contrôle (12)	Spiritualité (8)	Score Total (100)	Le niveau
M. Karim	27/32	20/28	13/20	8/12	6/8	73/100	Important
M. Nabil	28/32	18/28	16/20	11/12	8/8	80/100	Important

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif des résultats obtenus par nos sujets de recherche, nous constatons d'après ces résultats qu'ils possèdent un niveau de résilience important.

**Cas 1) : M. Karim**

D'après les résultats obtenu dans les échelles M. Karim possède un niveau important néanmoins nous pouvons remarquer que d'après l'entretien de recherche semi-directif que M. Karim présente un vécu psychologique plus ou moins bon a cause de la réel souffrance et la non satisfaction de son désir d'enfant. En analysant ses dires nous trouvons une certaine souffrance exprimé par ailleurs M. Karim a comme même pu développer des stratégies pour faire face à cette souffrance. D'abord son regard optimiste envers le sujet de l'infertilité, voir

qu'il est bien soutenue à la maison. Ainsi il a tendance à utiliser un mécanisme de défense qui est l'humour qui permet de dépasser un conflit émotionnel ce qui a pour conséquent un effet sur la résistance et l'épanouissement chez notre sujet de recherche. Nous confirmons cela des réponses données au moment de la passation de notre échelle CD-RISC, ce qui indique que M. Karim arrive à s'épanouir et à dépasser sa souffrance comme on l'a déjà cité dans la partie théorique, c'est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative. (Theis, 2006). Comme on a pu le détecter cela est bien renforcé par des thèmes divers, commençant des capacités individuelles, interactions sociales. Ainsi en analysant l'échelle d'empathie IRI nous déduisant que M. Karim dispose d'un potentiel qui lui permet de se mettre à la place de l'autre gérer ses émotions dans les moments les plus difficile pour conclure nous pouvons à ce titre affirmer notre hypothèse générale la nature du vécu psychologique des conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire est bonne.

#### **Cas 1) : M. Nabil**

D'après les résultats rassemblés à partir de notre entretien de recherche semi-directif. M. Nabil exprime un vécu psychologique plutôt bon, on voit bien que notre sujet de recherche semble présenter un bon vécu psychologique. D'abord cela se laisse à voir par son tempérament calme, compréhensive, maîtrise sa tristesse, cela le montre très bien dans son discours et dans ses réponses que se soit dans l'entretien de recherche semi-directif ou dans les scores obtenues dans les deux échelles comme nous l'avons affirmer dans le chapitre théorique la résilience « *c'est cette capacité d'affronter les obstacles et les difficultés, de faire face à l'adversité, voire à l'outrepasse, de se relever après des échecs et de faire face aux défis de la vie avec confiance et persévérance* ». (J. Luc 2004, p.75). Nous déduisant que M..Nabil est empathique envers l'infertilité de son épouse, ainsi il exprime une résilience renfoncer par le soutiens de son épouse et de sa famille comme l'affirme Deglage (2006), « A chaque instant, la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui même et son entourage entre les empreintes, sociales, humaine ». (Delage, 2006, p, 14). Toutefois malgré cette incapacité à procréer il arrive à se reconstruire et de réussir sa vie et sur tout son couple cela en trouvant d'autre sources d'épanouissement. Pour conclure nous pouvons à ce titre confirmer notre hypothèse que la nature du vécu psychique des conjoints de femme infertile est bonne.

**Synthèse :**

En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de résilience CD-RISC et l'échelle de l'empathie IRI. Nous déduisons que malgré la difficulté d'avoir un bébé est un problème persistant M. Karim et M. Nabil ont arrivé à le surmonter en se mettant a la place de leurs épouses ce qui fait preuve d'empathie ainsi ils possèdent un potentiel qui leur permet de s'adapter a cette situation délicate. Toutefois ils ont pu gérer leur émotions négatives tout en restant optimiste et gardant une bonne perception de l'avenir. Ainsi nous pouvons même lai considérer comme tuteurs de résilience en se basant sur le soutiens et l'attention qu'ils démontrent à l'égard leurs épouses. Pour conclure nous pouvons à présent confirmer notre hypothèse générale la nature du vécu psychologique des conjoints des femmes atteinte d'infertilité primaire est bonne.

Dans ce qui suit, nous allons présenter une conclusion puis une liste des références et une liste des annexes.

De tout temps et en tout lieu, l'homme a situé la reproduction humaine dans un cadre normatif et fait de l'inscription du nouveau-né dans la parenté un processus d'identification, lui-même issu d'idées culturelles, Il est donc généralement reconnu que les liens de parenté, loin de constituer un simple donné de la nature, d'ailleurs devenir parent est un cheminement qui commence avant la naissance du bébé dans l'esprit et le cœur de chaque futur parent ; l'annonce de l'arrivée de l'enfant provoque chez chacun des émotions particulières, la naissance renouvelle la vie et rassure la continuité, il s'agit donc d'événement heureux qui influence profondément sur la vie de la femme et de l'homme.

Le désir de grossesse chez la femme cache souvent un désir de réussite, une envie de prouver qu'elle peut tomber enceinte, d'ailleurs la femme passe à l'âge adulte quand elle devient mère, elle veut ressentir la complétude du fait d'être enceinte. Pour la femme la maternité devient une source de fierté. De ce fait nous parlons souvent du désir d'être maman, mais un bébé ça se fait à deux, l'homme s'investit de plus en plus aujourd'hui dans la grossesse et le désir d'enfanté se développe généralement dans la vie d'un homme petit à petit; d'abord lorsqu'il pense avoir trouvé la bonne personne et pour certain il s'agit de renouveler la chaîne de la vie et de laisser une trace sur terre et ce permettre de continuer à vivre à travers lui pour cela le processus de « faire famille » est donc souvent perçu comme une étape naturelle dans le parcours conjugal, mais aussi c'est un rêve qui n'est pas possible pour tout le monde.

D'ailleurs depuis toujours les Hommes ont été confrontés à des problèmes de reproduction et l'infertilité primaire est toujours un sujet qui affecte de nombreux couples et devient de plus en plus important dans notre société et c'est sans aucun doute très douloureux pour ceux qui souhaitent avoir des enfants de ne pas pouvoir en avoir.

En effet avant d'être confrontés à des problèmes d'infertilité, les couples entendent la procréation comme un processus naturel et biologique qui va de soi, mais l'infertilité vient bousculer les représentations initiales, cette incapacité de concevoir un enfant après deux ans de relations sexuelles non protégées est vécue chez certain couple comme une cassure dans le parcours de vie de l'être adulte et comme un événement perturbant qui met en jeu la stabilité et la qualité des relations sociales des personnes concernées, certains couples se retrouvent dans une situation de soumission a des règles de leur environnement et se justifient devant autrui, et devant eux même. De plus pour les femmes qui ne peuvent pas tomber enceinte le désir d'enfanter peut même devenir une obsession, de même leur conjoints se retrouvent confrontés à de très fortes émotions; la colère, culpabilité, rancune, rancœur, frustration, injustice et autres sentiments d'incompréhension se succèdent et personne ne peut les

comprendre, dès lors le couple se renferme sur lui-même ce qui renforce le lien conjugal, ou du moins le consolider. C'est pourquoi nous avons essayé de souligner cet état émotionnel.

Dans le cadre de notre présente recherche nous avons mis en lumière « *le vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire* », En effet en vue d'éclairer la nature du vécu de ces conjoints quant à l'infertilité de leur femme nous avons effectuée notre recherche dans la wilaya de Bejaia. Cependant pour la vérification de nos hypothèses de recherche nous avons eu recours à l'entretien clinique de recherche semi-directif, à l'échelle d'empathie IRI et à l'échelle de résilience CD-RISC. Ces outils de recherche ont été appliqués pour les deux sujets de recherche dans le but d'affirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

A partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons déduit que notre première hypothèse partielle intitulée « *le niveau d'empathie affective chez les conjoints de femme infertiles est important* » a été affirmé pour les deux sujets de recherche qui ont obtenu un niveau important d'empathie affective. De même d'après l'analyse de données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle IRI, nous pouvons à présent affirmer la deuxième hypothèse partielle intitulée « *le niveau d'empathie cognitive chez les conjoints de femme infertiles est important* » pour l'ensemble de nos sujets qui possèdent un niveau d'empathie cognitive important.

Cependant pour la troisième hypothèse partielle qui porte sur « *Les conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire possède un niveau important de résilience et développent des stratégies de résilience* » nous pouvons à présent affirmer d'après l'analyse de données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC que M. Nabil et M. Karim présente un niveau important de résilience.

En ce qui concerne l'hypothèse général qui porte sur « *La nature de vécu psychologique des conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire est bonne* » En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de résilience CD-RISC et l'échelle de l'empathie IRI. Nous constatons que malgré la difficulté d'avoir un bébé est un problème persistant nos sujet de recherche font preuve d'empathie en se mettant à la place de leurs épouses ainsi qu'ils possèdent un potentiel qui leur permet de s'adapter a cette situation difficile et qu'ils ont arrivé à la surmonter.

Tout au long de cette recherche Nous avons essayé de se rapprocher à nos enquêtés et de comprendre leur vécu ainsi les moyens auxquels ils font recours pour résoudre ce problème d'infertilité surtout dans la société Algérienne afin d'y arriver à la satisfaction du désir d'enfant et sur les bases des résultats obtenus dans cette étude.

Nous pouvons proposer du côté médical de se prévenir des causes d'infertilité qui résultent de maladies sexuellement transmissibles ou une mauvaise hygiène de vie est bien plus important que les traiter, parce que la majeure partie de ces causes peuvent être évitées. Nous pouvons proposer ainsi d'encourager les consultations préventives et régulières du médecin et aussi de sensibiliser les jeunes et moins jeunes sur cette question à travers des matières enseignées à l'école dans un cadre scientifique et préventif.

D'autre part du côté psychologique nous proposons premièrement qu'il y est des psychologues cliniciens formés dans le domaine de l'écoute et de la prise en charge des patients présentant une infertilité partout dans les cliniques et les établissements concernés en Algérie car ce n'est pas toujours le cas, et qu'on sensibilise aussi les médecins traitants à l'aspect psychologique de l'infertilité et à ses conséquences sur les sujets concernés pour qu'ils puissent orienter leurs patients convenablement. Ainsi d'organiser des groupes de soutien pour les couples infertiles et des thérapies de couple afin de minimiser leur souffrance et promouvoir leur état de santé. Ainsi une éducation thérapeutique des patientes sous traitement pourrait être envisagée surtout dans le cadre de l'Assistance Médicale à la Procréation. En effet, on pourrait facilement envisager d'établir des entretiens individuels pour les patientes sous traitement pour infertilité qui pourrait permettre aux patientes de poser ou reposer plus de questions et de comprendre leurs traitements grâce à des outils pédagogiques car aujourd'hui, la plus part des couples qui éprouvent une difficulté d'enfanter et qui cherchent une solution à satisfaire leur désir d'enfant se tournent vers la médecine reproductive, celle-ci faisant office d'autorité sur les questions relatives à la grossesse et à la reproduction, d'ailleurs avec développement rapide des nouvelles technologies reproductives et des traitements de l'infertilité a fait en sorte de multiplier les options possibles pour les couples infertiles et qui prolonge l'espoir de voir leur désir d'enfant comblé. Mais aussi si les démarches en milieu clinique s'avèrent infructueuses certains couples choisissent de vivre sans enfant, alors que d'autres renonceront à l'enfant biologique et se tourneront plutôt vers l'adoption.

D'ailleurs dans divers études les couples affrontent ensemble la possibilité de ne pas avoir des enfants et acceptent dans un premier temps de vivre une vie différente de ce qu'ils avaient envisagé au départ. Par contre, ils sont nombreux à mentionner que ce désir a fini par les rattraper et qu'une existence sans enfant était devenue avec le temps plus difficile à accepter et à intégrer au niveau du couple pour cela l'adoption est alors aussi l'une de nos recommandations de base.

De ce fait nous pouvons dire que l'adoption est trop souvent vécue comme la dernière solution, le dernier recours en cas d'échec de l'Assistance médicale à la procréation surtout en Algérie car la procédure est compliquée mais elle ne devrait pourtant pas être considérée comme la dernière alternative mais plutôt comme une autre forme de parentalité. Pour cela nous pouvons proposer de lancer aussi un débat de société pour encourager et faciliter l'adoption d'enfants en Algérie et les gens de sciences (médecins, psychologues, les spécialistes en droit et en sciences islamique) doivent se pencher sur cette question car l'adoption est la rencontre d'un enfant sans famille et d'une famille prête à l'accueillir et même la loi confère à l'enfant adopté le même statut et les mêmes droits que ceux de l'enfant biologique du couple. Dans ce sens l'adoption est une autre façon d'avoir un enfant, une autre façon de devenir parent en adoptant un enfant conçu par un autre couple.

Nous espérons vivement qu'à partir de ce travail, nous avons pu mettre en lumière le vécu psychologique de ses conjoints de femme atteinte d'infertilité primaire. En effet le sujet du vécu psychologique, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous avons estimé nécessaires à étudier tel que : Des études sur les différentes techniques d'assistance médicale à la procréation existant en Algérie, leurs avancés, résultats, la représentation psychique de l'adoption chez les couples infertiles, le vécu psychologique chez les conjointes des hommes infertiles ainsi le dysfonctionnement sexuelle chez couple infertile .

# **Liste des références.**

## Liste des Références

### - Référence en française et en anglais :

1. Abdel-Baki, A., Poulin, M.J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapie*, 24(1), 3-9.
  2. Addi, L. (2004). Femme, famille et lien social en Algérie
  3. Agosta, L. (1984). Empathy and intersubjectivity. *Empathy I*, 43-61.
  4. Alaine de Broca, (2006), *Deuil et endeuillé* (3éd). Paris : Masson. DOI : 9782294054723.
  5. Allport, G-W. (2016). *Studies in expressive movement*. Read Books Ltd. DOI : 1406772305.
  6. Al-yazori, M-T. (2012). Relationship between infertility related Stress and Type of Coping among Infertile Males and females-Gaza Strip. *Relationship between Infertility Related Stress and Type of Coping among Infertile Males and Females-Gaza Strip*.
  7. Anaut, M. (2003). *La résilience: surmonter les traumatismes* (2éd). Paris: Armand Colin.
  8. Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 4-11.
  9. Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3ed) Paris: Armand Colin.
  10. Anaut, M. (2005), *La résilience surmonter les traumatismes*, Paris, Armand Colin.
  11. Ander, C (2011). *le désir d'enfant chez la femme, importance pour la pratique clinique en gynécologie obstétrique* (thèse doctorat) .université de Genève.
  12. Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie*. Paris : Dunod.
  13. Arezki, D. (2004). *Sens et non sens de la famille algérienne*. Paris : Publisud. DOI : 978-2866009311.
  14. Audery, M. (2015). *Approche Psychométrique de l'Empathie, de la Résilience et de la Maîtrise Emotionnelle chez les Internes de Médecine Générale de Nantes*. Université de Nantes. N°134.
  15. Benabed, A. (2018). *l'expérience sociale des femmes et des hommes infertiles dans le recours à la procréation médicalement assistée (PMA)*. Oran.
  16. Benmedioun, F. (2016). *La procréation médicalement assistée*. Université Amar telidji Faculté de médecine de Laghouat.
- <http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/deonto1an03-06procreation.pdf>

17. Bénony, H. Chahraoui, K., (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique* : Dunod.DOI : 978-2100068050.
18. Blaguez, C. (2010). *gynécologie obstetrique* . paris.France: masson ,SAS.
19. Blondel, M.,Lejeune,V.(2008). *Gynécologie, obstétrique et soins infirmiers*. France : Wolters Kluwer France.DOI : 978-2757301906.
20. Bologne, J-C. (2016). *Histoire du couple*. Paris: Perrin.DOI : 9782262066376
21. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20.
22. Bottorff J, Anderson G,Beyond (1992) empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advenced Nursing*. Jul, 17(7):809-21.
23. Braconnier, A., Collette, C. (2003).*les parents d'aujourd'hui*. paris : Mason.
24. Braquin,N.,Baudart,A.,et all.(2011). *dictionnaire de philosophie*. Paris :armand Colin
25. Brunel, M. L., Martiny, C. (2004). Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. *Carriéologie*, 9(3-4), 473-500.
26. Buffel du Vaure C.(2012).*Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique (Thèse d'Exercice)*. Université Paris Descartes.
27. Bydlowski.M . (1997).*Dette de vie (1éd)*.paris : presse universitaire de France.
28. Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête? Histoire et représentations de l'infertilité. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 85-98.
29. Carbonnier-Burkard, M. (2013). Luther et le mariage pour tous. *L'Histoire*, (386), 28-28.
30. Cario, R. (2000) *Victimologie de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration social*. Paris : Harmattan. DOI : 9782747514934.
31. Castarède, M-F. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. *L'entretien clinique*, 118-145. DOI : 978-2-13-062128-7.
32. Charest, C. (2004). *Effet du rapport d'expertise psychologique et de l'empathie des jurés envers l'accusé sur le processus attributionnel* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières). <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/1329>.
33. Charton, L., Lévy, J. (2017). Présentation: désir d'enfant et désir de transmission: quelles influences sur la formation des familles?. *Anthropologie et sociétés*, 41(2), 9-37.
34. Christion, B. (2010). *Gynécologie obstétrique* : Elsevier

35. Commenges-Ducos, M. (2005). La vie humaine, fruit d'une rencontre. À propos de l'infertilité conjugale. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 33(12), 998-1002.
36. Constantine, C. (2010). *Fécondation in vitro* :labourse de la vie. université de Genève.
37. Corbeil, S. (2016). *Désir de maternité et de paternité dans les couples en processus d'adoption d'un enfant à l'étranger : exploration psycho dynamique de la différence dans le désir d'enfant chez futur parents* (thèse doctorat en psychologie). <https://archipel.uqam.ca/9159/1/D3137.pdf>.
38. COSNIER, J. (1998). *Le retour de Psyché. Critique des nouveaux fondements de la psychologie*. Paris: Desclée de Brouwer.(88).
39. Courbière, B., Carcopino,X. (2014). *Gynécologie obstétrique*. France : Ecn.DOI : 2818312175.
40. Cyrulnik, B (2001), « Famille et résilience ». Paris, Odile Jacob.DOI : 9782738196019.
41. de Tychey, C., Lighezzolo, J. (2004). L'évaluation de la résilience: quels critères diagnostiques envisager?. *Perspectives psy*, 43(3), 226-233.
42. Decety,J.Jackson, P-L .(2004).the functional architectur of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100.
43. Delcourt, M. (1938). *Stérilités mystérieuses et naissances maléfiques dans l'Antiquité classique* (Vol.83).Librairie-Droz. DOI : [10.3406/rbph.1944.1682](https://doi.org/10.3406/rbph.1944.1682).
44. Dépon-gadet. M, (2011) *stérilité et infertilité*.paris : dangels.DOI : 2703308825
45. Desrochers,J.( 2012).La communication conjugale dans le contexte du cancer(thèse du doctorat en psychologie).université du Québec À Trois-Rivières.<http://depote.uqtr.ca/id/eprint/5181>.
46. Doron, R, Parot, F, (2005).*Dictionnaire de psychologie*. Paris : puf.
47. Doron, R, Parot,F. (2013).*Dictionnaire de psychologie*. Paris: puf.
48. Ducharme, G, (1987). *L'empathie et l'actualisation de soi chez les étudiants thérapeutes*. (mémoire en psychologie). Université de Québec. Canada.
49. Dugnat, M. (2004). *Devenir père, devenir mère*. Eres. DOI: 9782865865949.
50. Eiguer, A. (2017). L'empathie, l'intersubjectivité et le couple. *Corps Psychisme*, (2), 113-128. DOI: 10.3917/cpsy2.072.0113.
51. Empereire, J-C. (1990) *Gynécologie endocrinienne du praticien (4ed)*.paris: Frison-Roche.

52. Epelboin, S. (2008). Suivi des femmes après AMP. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 37
53. Faure-Pragier, S. (2015). *Les bébés de l'inconscient: Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Presses universitaires de France.  
<https://www.cairn.info/les-bebes-de-l-inconscient--9782130542902.htm>
54. Fernandez,L., Pedinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 41-51.
55. Fonagy, Pet All (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(2), 231-257.
56. Formarier, M. (2007). *Relation de soin, concepts et finalité*. Toulouse : ARSI. 89
57. Frydman, R. (2016). *Infertilité: Prise en charge globale et thérapeutique*. paris : Elsevier Masson. DOI : 978-2294745904.
58. Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines. *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris, France: PUF, 33-52.
59. Gillet, A-L et All, (2013), Assessing Dispositional Empathy with the French version of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). University of Geneva.
60. Girard,E. et all. (2017). Détresse psychologique des couples infertiles: une approche globale. *Revue médicale suisse*, 13(549), 371-374.
61. Giulia, R et all. (2008). *Infertilité et procréation médicalement assistée*.
62. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*(11). Paris : Dalloz.DOI : 2247041132 9782247041138.
63. Guedeney, A. (1998). Les déterminants précoces de la résilience. *Ces enfants qui tiennent le coup*, 13-26.
64. Guéguen, C. (2017). *Métamorphoses conjugales et périnatales: l'arrivée d'un premier enfant au sein du couple* (Doctoral dissertation). <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02334947/document>.
65. Guihard, G. et All. (2018). Évaluer la résilience des étudiants en santé en France: adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation*, 41(2), 67-96.
- Hamel, N. (2011). *Procédure et normes scientifiques de l'élaboration de questionnaire d'enquête*. Cas des mémoires de magister de FLE. Université Mohamed Kheider, Biskra.  
<http://thesis.univ-biskra.dz/755/1/m%C3%A9moire%20de%20magister%20PDF.pdf>.

66. Haynala, A., Coll. (1997). *médecine psychosomatique médical (3éd)*.pris : Masson.DOI : 9782225855771.
67. Heffner,L-J.(2003). *Reproduction humaine*. De Boeck Supérieur.DOI : 9782744501531.[http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296\\_2/site/html/2.html](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296_2/site/html/2.html)).
68. [http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/article.php3?id\\_article=566](http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/article.php3?id_article=566)).
69. <https://monblocop.wordpress.com/2018/04/17/anatomie-et-pathologie-4/>).
70. Jaspard, M. (2005). *Sociologie de comportement sexuel*. France : la découverte. DOI : 9782707145819
71. Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention éco systémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
72. Kian-Thiébaud, A. (2016). *Famille et mutations sociopolitiques: L'approche culturaliste à l'épreuve*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme. Doi : 10.4000/books.editionsmsh.7266
73. Koninckx, G., Teneu,G. (2010).*Résilience organisationnelle, Rebondir face aux turbulences* éd, paris :boeck.DOI : 9782804116262.
74. Lacour, M, (2012). *Empathie des enseignants et souffrance psychologique des élèves* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Franche Compte. France.
75. Lancelo, L. (2010). *L'empathie des soignants perçus comme les patients de cancer de bronchique* (thèse de doctorat en psychologie). Université Paul Verlaine- Metz, France.
76. Larané, A., Grégor, I. (2013). *Le mariage dans tous ses états : Herodote*.DOI :978-2-9523882-7-6.
77. Laubet,D-B. (2000) *Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales* .Paris: L'Harmattan. DOI : 10.1522/030329268
78. LE Gall, D. (2005).*Genres de vie et intimités*. Paris : L'Harmattan. DOI : 9782296392038
79. Engel. (2005).(résilience).*Le Petit Larousse De La psychologie*.(2005).Paris : Larousse.
80. Lecluse, V. (2016). *Évolution des bases neurobiologiques de l'empathie cognitive dans le vieillissement: apport de l'imagerie optique proche infrarouge* (Doctoral dissertation,Université du Québec à Montréal). <https://archipel.uqam.ca/9130/1/D3156.pdf>.
81. Lecomte, J. (2013). L'empathie, source essentielle de résilience. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, (9), 10-10.

82. Lévy-Dutel,L.(2015).*Le grand livre de la fertilité*. paris,france : eyrolles.DOI : 9782212559590
83. Lighezzolo, J., De Tychev, C. (2004). *La résilience: se (re) construire après le traumatisme*. In Press.DOI : 9782848350455.
84. Lipps, T.,Nakov, A. (2013). L'empathie. De l'empathie en général. L'ensemble de l'empathie aperceptive. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 3(2), 19-37.
85. Mallard, B.(2010). *Gynécologie et obstétrique*. De Boeck Supérieur.DOI : 9782843715167.
86. Marieb, E. N. (2008). *Biologie humaine: principes d'anatomie et de physiologie*. Pearson Education France.DOI : 9782761327275
87. Mascarenhas, M-N., et All. (2012). *National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys*. *PLoS Med*, 9(12), e1001356.
88. Mehrabian, A., Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of personality*;40(4):525-43.
89. Mimoun S, (2003). Des maux pour le dire, J'ai lu.DOI : 978-2290335598
90. Mons, M, (2015). Empathie et odontologie. Université Toulouse III, France
91. Morse, J. M., Bottorff, Jet All. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of advanced nursing*, 17(7), 809-821.
92. Narbanou,H.,Israil. N. (2006).*nouveaux cahiers de l'infirmier* (4éd).Paris, Masson.
93. Neil,A.(2010). *La thérapie cognitivo-comportementale Guide d'information*. Toronto: Camh. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>.
94. Neirinck, C. (2001). De la parenté à la parentalité. *De la parenté à la parentalité*.DOI : 9782865869503
95. Néomie, M. (2014). Un parcours motivé par l'amour : impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare.
96. Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, (1), 71-88.
97. Nouhau, L. (2015). *Stérilité Féminine et son Traitement et le rôle du phrmacien d'officine dans le parcours de soin de la patiente* .université de Limoges.DOI : 2015 LIMO3325.
98. Olivennes, F., Beauvillard, L. (2008). *N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant*. Odile Jacob. DOI : 9782738193308.

99. OUNIS, L. (2004). *Les anomalies morphologiques responsables des infertilités masculines dans l'Est Algérien : Aspect épidémiologique et génétique*. thèse doctorat à l'Université Constantine 1.
100. Paillé, P., Mucchielli, A. (2012). *choisir une approche d'analyse qualitative*. DOI : 9782200249045.
101. Patrick, M. (1984). *La vie quotidienne des couples mariés*. Paris
102. Patry, D., Ford, R. (2016). Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur.
103. PEDINIELLI, J-L. (1994). L'étude de cas. *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Nathan, 66-70.
104. Pedinielli, J-L, Fernandez. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*(3). Paris : Armand Colin. DOI: 978-2-200-27448-1.
105. Perrault, F. (2016). Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiantes 4èmes années médecine.
106. Pickmann, C. N. (2001). Actualité d'un symptôme féminin: la stérilité psychique. *La clinique lacanienne*, (1), 109-123.
107. Poilpot, M-P. (2005). *La résilience : le réalisme de l'espérance*. Paris : Eres. DOI: 9782865868223.
108. Poujade, O et al. (2012). *Gynécologie Obstétrique*. Paris : ellips. DOI : 2729874291.
109. Poussin, G. (2011). *Fonction parentale*. France : Dunod. DOI : 9782100082537.
110. Proïa-Lelouey, N. (2012). *L'entretien en psychologie clinique*. DOI : 740417.
111. Puech, F. (2010). *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris, collège national des gynécologues et obstétriciens français. DOI : [10.1684/stv.2011.0601](https://doi.org/10.1684/stv.2011.0601).
112. Rodet, CH. (2000). *La transmission dans la famille secrets, fictions et idéaux*. Paris : l'Harmattan. DOI : 9782296339590.
113. Rozenberg, P. (2009). *Manuel du généraliste gynécologues et obstétrique*. Paris : Elsevier.
114. samadja, E. (2011). *le couple et son histoire*. Paris: presses universitaires de France. DOI: 9782130578321.
115. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. France: Larousse.
116. Stryckman, N. (2009). Le désir d'enfant chez l'homme. *Le bulletin freudien*. n°54. [http://www.associationfreudienne.be/pdf/bulletins/2-12\\_Stryckman\\_54.pdf](http://www.associationfreudienne.be/pdf/bulletins/2-12_Stryckman_54.pdf).

117. Taverne, C-M. (2012). *L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière* (Doctoral dissertation).
118. Tisseron, S. (2010) *L'Empathie au cœur du jeu social*, Paris: Albin Michel.
119. Varescon, I. (2007). Différences entre éthique et déontologie. Le cas de la recherche. *Éthique et pratique psychologique. Mardaga*, 63-76.
120. Wade,C,Tavris,C.(2000). *Introduction à la psychologie, la grande perspective*. Bruxelles: De Boeck.
121. Woodworth, R-S., Schlosberg, H. (1938). *Experimental Psychology*. New York: Henry Holt, Co.
122. Yalom, I-D. (2008). *Thérapie existentielle*, Paris : Galaade. DOI : 9782351761083.
123. ZAY, N. (1981) Dictionnaire. Manuel de gérontologie sociale, Québec : Les presses de l'université de Laval. DOI : 276376925X.
124. Zorn,J-R.(2005). *La stérilité du couple*. DOI : 2294015339.

- **Référence en Arabe :**

125. Kedache ,F.(2014). (الهوامات الجنسية و تأثيراتها على تصورات الإنجاب لدى المرأة المصابة بالعقم ) .النفسي من خلال اختبار الرورشاخ. Université Constantine.
126. Attar,A.(2017). (thèse doctorat) التوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعقم العضوي الأولي. Université d'Algérie -2.
127. Larrari, F.(2015). دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة. دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة (thèse doctorat) Université d'Algérie -2.

# **Annexes**

**Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi-directif de la pré-enquête.**

**Informations personnelles :**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quelle est votre situation socio-économique ?

**Axe 01 : informations sur l'infertilité de la femme :**

4. Depuis quand êtes vous au courant de l'infertilité de votre épouse ?
5. Quel type d'infertilité présente-elle ?
6. Quelles sont les causes de l'infertilité de votre épouse ?

**Axe 02 : informations sur le couple et la parentalité :**

7. Depuis quand êtes vous mariés ?
8. Comment vous vous êtes rencontrés ?
9. Pouvez-vous nous décrire votre couple ?
10. Comment est-il né en vous le désir d'enfant ?
11. Comment vous voyez-vous comme parents ?
12. Comment vous décririez votre femme comme mère ?

**Axe 03 : informations sur le vécu du conjoint : trauma et résilience**

13. Êtes-vous présent au moment où le médecin a annoncé le résultat des examens gynécologiques ?
14. Quelle est votre première réaction et pouvez vous nous décrire votre ressenti à l'annonce de l'infertilité de votre épouse ?
15. Avez-vous vécu des changements concernant votre vie de couple au niveau affectif, relationnel, sexuel ?
16. Au cours de ses derniers jours avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement ?
17. Avez-vous rêvé ou avez-vous eu fréquemment l'impression de revivre cette situation ?
18. Après avoir rendu compte que vous ne pouvez pas concevoir un enfant ensemble, avez-vous des difficultés d'endormissement ? Et des difficultés de concentration ?
19. Qu'est ce qui vous aide à faire face à cette situation ? Sur qui vous comptez ?
20. Quel rôle donnez-vous à la communication dans votre couple ?
21. Pensez-vous que le traitement va donner des résultats ? Avez-vous gardé l'espoir d'une conception spontanée ?

22. Arrivez-vous à partager ce que vous ressentez principalement avec votre épouse ou avec d'autre personne de votre entourage ?
23. Quelle importance accordez-vous aux soutiens que les autres peuvent vous apporter ?
24. Quelle importance accordez-vous aux soutiens que vous pourriez apporter aux autres à votre tour ?
25. Vous vous sentez épanouis dans votre couple ?
26. Qu'est ce que vous ressentez lorsque vous rencontrez d'autres couples qui présentent une infertilité ?
27. Croyez-vous que cet événement a changé votre façon de voir le monde ?
28. Cet événement à-t-il influencé sur votre perception de l'avenir ? Que pensez-vous de l'adoption ?
29. Avez-vous une chose à rajouter qui vous semble importante et qu'on n'a pas abordé avec vous ?

**Annexe N° 2 : Guide d'entretien clinique semi-directif de l'enquête.**

**Informations personnelles :**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quelle est votre situation socio-économique ?

**Axe 01 : informations sur l'infertilité de la femme :**

4. Depuis quand êtes vous au courant de l'infertilité de votre épouse ?
5. Quel type d'infertilité présente-elle ?
6. Quelles sont les causes de l'infertilité de votre épouse ?

**Axe 02 : informations sur le couple et la parentalité :**

7. Depuis quand êtes vous mariez ?
8. Comment vous vous êtes rencontrés ?
9. Pouvez-vous nous décrire votre couple ?
10. Comment est-il né en vous le désir d'enfant ?
11. Comment vous voyez-vous comme parents ?
12. Imaginez-vous votre femme enceinte ?
13. Comment vous décririez votre femme comme mère ?

**Axe 03 : informations sur le vécu du conjoint : empathie et résilience**

14. Êtes-vous présent au moment où le médecin a annoncé le résultat des examens gynécologiques ?
15. Quelle est votre première réaction et pouvez vous nous décrire votre ressenti à l'annonce de l'infertilité de votre épouse ?
16. Avez-vous vécu des changements concernant votre vie de couple au niveau affectif, relationnel, sexuel ?
17. Essayez-vous de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de votre épouse ?
18. Vous arrive-t-il de vous mettre à sa place ?
19. Avez-vous tendance à écouter votre épouse ? Donnez-vous de l'importance à ses dires ?
20. Avez-vous tendance à montrer une importance aux ressentis de votre épouse ?
21. Pensez-vous que votre qualité relationnelle influence sur le rendement du traitement ?
22. Qu'est ce qui vous aide à faire face à cette situation ? Sur qui vous comptez ?
23. Quel rôle donnez-vous à la communication dans votre couple ?

24. Pensez-vous que le traitement va donner des résultats ? Avez-vous gardé l'espoir d'une conception spontanée ?
25. Arrivez-vous à partager ce que vous ressentez principalement avec votre épouse ou avec d'autre personne de votre entourage ?
26. Quelle importance accordez-vous aux soutiens que les autres peuvent vous apporter ?
27. Quelle importance accordez-vous aux soutiens que vous pourriez apporter aux autres à votre tour ?
28. Vous vous sentez épanouis dans votre couple ?
29. Qu'est ce que vous ressentez lorsque vous rencontrez d'autres couples qui présentent une infertilité ?
30. Croyez-vous que cet événement a changé votre façon de voir le monde ?
31. Cet événement à-t-il influencé sur votre perception de l'avenir ? Que pensez-vous de l'adoption ?
32. Avez-vous une chose à rajouter qui vous semble importante et qu'on n'a pas abordé avec vous ?



## Annexes

- 17- Être dans une situation de tension émotionnelle me fait peur.
- 18- Quand je vois quelqu'un être traité de façon injuste je ne ressens pas beaucoup de pitié pour lui.
- 19- D'habitude je suis plutôt efficace face aux situations d'urgence.
- 20- Je suis souvent touché-e, affecté-e par les événements qui arrivent.
- 21- Je crois qu'il y a toujours deux facettes à chaque question ou problème et j'essaie de les prendre en compte toutes les deux.
- 22- Je me décrirais comme une personne au cœur tendre, plutôt compatissante.
- 23- Quand je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place du personnage principal.
- 24- J'ai tendance à perdre mes moyens dans des situations d'urgence.
- 25- Quand je suis en colère contre quelqu'un j'essaie de me mettre à sa place pendant un moment.
- 26- Quand je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.
- 27- En cas d'urgence, quand je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide je m'effondre totalement.
- 28- Avant de critiquer quelqu'un j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.

(Gillet et All, 2013, p.3,4).

### Annexe N°4: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

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

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

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

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

(Audery , 2015, p.84)

## Annexe N° 05 : échelle IRI cas de M. Karim

Les affirmations suivantes visent à évaluer vos pensées et sentiments dans diverses situations. Pour chaque situation, indiquez à quel point elle vous décrit. Lisez attentivement chaque situation avant de répondre. Répondez aussi honnêtement que possible. Merci.

	Pas du tout			Tout à fait			
	Comme moi			Comme Moi			
	1	2	3	4	5	6	7
1- Je rêve régulièrement tout éveillée aux choses qui pourraient m'arriver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- J'éprouve souvent de la tendresse pour les gens moins chanceux que moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Il m'arrive de ne pas être désolée pour les gens qui ont des problèmes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Je m'implique vraiment dans les sentiments ressentis par les personnages d'un roman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Dans les situations d'urgence je suis inquiète et mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- D'habitude, je ne suis pas complètement prise par les films que je regarde, je reste objective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Lors d'un désaccord, j'essaie d'écouter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9- Quand je vois une personne dont on a profité, j'ai envie de la protéger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10- Je me sens parfois désemparée quand je me trouve au beau milieu d'une situation fortement émotionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment ils voient les choses de leur perspective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12- Il est relativement rare que je me laisse prendre par un bon livre ou un bon film.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Quand je vois quelqu'un de blessé, j'ai tendance à rester calme.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Je me soucie très peu du malheur des autres.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Si je suis sûr-e d'avoir raison à propos de quelque chose je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des uns et des autres.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Après avoir regardé un film ou une pièce de théâtre c'est comme si j'étais l'un des personnages.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexes

- 17- Être dans une situation de tension émotionnelle me fait peur.
- 18- Quand je vois quelqu'un être traité de façon injuste je ne ressens pas beaucoup de pitié pour lui.
- 19- D'habitude je suis plutôt efficace face aux situations d'urgence.
- 20- Je suis souvent touché-e, affecté-e par les événements qui arrivent.
- 21- Je crois qu'il y a toujours deux facettes à chaque question ou problème et j'essaie de les prendre en compte toutes les deux.
- 22- Je me décrirais comme une personne au cœur tendre, plutôt compatissante.
- 23- Quand je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place du personnage principal.
- 24- J'ai tendance à perdre mes moyens dans des situations d'urgence.
- 25- Quand je suis en colère contre quelqu'un j'essaie de me mettre à sa place pendant un moment.
- 26- Quand je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.
- 27- En cas d'urgence, quand je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide je m'effondre totalement.
- 28- Avant de critiquer quelqu'un j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.

**Annexe N°6: Questionnaire CD-RISC cas de M. Karim**

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

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

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

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	2
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	3

## Annexe N° 7 : échelle d'indices réactivités interpersonnelles, cas de M. Nabil

Les affirmations suivantes visent à évaluer vos pensées et sentiments dans diverses situations. Pour chaque situation, indiquez à quel point elle vous décrit. Lisez attentivement chaque situation avant de répondre. Répondez aussi honnêtement que possible. Merci.

	Pas du tout			Tout à fait			
	Comme moi			Comme Moi			
	1	2	3	4	5	6	7
1- Je rêve régulièrement tout éveillée aux choses qui pourraient m'arriver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- J'éprouve souvent de la tendresse pour les gens moins chanceux que moi.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3- Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Il m'arrive de ne pas être désolé-e pour les gens qui ont des problèmes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Je m'implique vraiment dans les sentiments ressentis par les personnages d'un roman.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6- Dans les situations d'urgence je suis inquiet-e et mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- D'habitude, je ne suis pas complètement pris-e par les films que je regarde, je reste objectif-ve.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Lors d'un désaccord, j'essaie d'écouter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
9- Quand je vois une personne dont on a profité, j'ai envie de la protéger.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
10- Je me sens parfois désemparé-e quand je me trouve au beau milieu d'une situation fortement émotionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment ils voient les choses de leur perspective.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12- Il est relativement rare que je me laisse prendre par un bon livre ou un bon film.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Quand je vois quelqu'un de blessé, j'ai tendance à rester calme.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Je me soucie très peu du malheur des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Si je suis sûr-e d'avoir raison à propos de quelque chose je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des uns et des autres.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Après avoir regardé un film ou une pièce de théâtre c'est comme si j'étais l'un des personnages.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



**Annexe N°8: échelle CD-RISC cas M. Nabil**

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

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

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

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

## Résumé :

Notre recherche porte sur le vécu psychologique des conjoints des femmes atteintes d'infertilité primaire, cette dernière a pour objectif de décrire et d'explorer la nature du vécu, subjective des maris de femmes présentant une infertilité primaire et de vérifier l'impact de cette incapacité sur leur santé mentale, spécifiquement leur empathie à l'égard de leurs épouses et leurs capacités à se mettre à leurs places mais aussi leur aptitude à explorer des stratégies de résilience pour faire face à cette situation vécue. Pour vérifier nos hypothèses nous nous sommes présentés au sein des établissements suivants : établissement hospitalier HAMANI, clinique privée BENMERRAD, cabinet privé de gynécologie obstétricienne Dr ACHOURI. Nous avons illustré notre recherche avec deux cas cliniques que nous avons rencontrés avant l'apparition de la pandémie du corona-virus qui est fondamentalement le plus grand obstacle que nous avons affronté. Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, une échelle d'empathie nommée « *indice réactivités interpersonnelles, le IRI* » et l'échelle de résilience « *Connor-Davidson Resilience Scale, Le CD-RISC* ». Les résultats obtenus s'inscrivent dans un bon vécu notamment, le résultat de l'échelle IRI qui a révélé un niveau important d'empathie cognitive et affective et à propos de l'échelle CD-RISC nos sujets ont démontré la présence d'un niveau important de résilience.

**Mots clés :** vécu psychologique; conjoints; infertilité féminine primaire; empathie; résilience.

## Abstract:

This research focuses on the psychological experience of the spouses of women with primary infertility. It aims to describe and explore the nature of the subjective experience of the husbands and to verify the impact of this disability on their mental health, specifically their empathy towards their wives and their ability to put themselves in their place. But also their aptitude explored strategies of resilience to face this lived situation. To check our hypotheses, we went to the private clinic HAMANI, and private clinic Dr BENMARRAD and the private office of the obstetrician gynecologist Dr ACHOURI. We illustrated our research with two clinical cases that we encountered before the appearance of the Corona-Virus pandemic, which is basically the biggest obstacle we have faced. To carry out this work, we opted for the clinical method of the descriptive type by case study, as well as the semi-directive clinical interview, an empathy scale called "Interpersonal Reactivity Index, The IRI", And the Resilience scale "Connor-Davidson Resilience scale, The CD-RISC". The results obtained are part of a good experience, in particular, the results of the IRI scale which

revealed a high level of cognitive and affective empathy. About the Connor Davidson Resilience Scale, our cases demonstrated the presence of a significant level of resilience.

**Key Words:** psychological experience, spouses, female primary infertility, empathy.