

**UNIVERSITE ABDERRAHMAN MIRA DE BEJAIA  
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de Master**

**Option psychologie clinique**

**Thème :**

**La qualité de vie des femmes  
abortives**

**Réalisé par :**

MEDJAHED Taous

MENDIL Hafida

**Encadré par :**

Mme MEKHZEM Kahina.

Année universitaire : 2014/2015

## *Remerciements*

*Nous remercions tout d'abord Dieu puissant qui nous a donné le courage et la volonté pour réaliser ce travail.*

*Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous remercions notre promotrice Mme Mekhzem pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et qui nous a guidées tout au long de notre recherche, pour sa qualité d'encadrement sa patience, et sa générosité.*

*Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Mme Louibaet et Mme Agabou pour leurs aide et précieux conseils dont on ait bénéficié durant le stage pratique.*

*Nous remercions De nous avoir guidées et orientées.*

*Nous sincères remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des enseignants de l'université A. Mira de Bejaia, plus précisément la faculté des sciences humaines et sociales.*

*Nous remercions tout les malades du Service Gynécologie de L'unité Hospitalière « Mère enfant » surtout les cas contribuent à la réalisation de ce travail.*

*Enfin, nos remerciements vont également à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail à :*

*A mes chères, parents, la plus belle des richesses, ceux qui ont été toujours présent tout au long de mon parcours pour me consolider, m'encourager et me donner la force de continuer jusqu'au bout.*

*Que dieu puisse vous accorder santé, bonheur et longue vie.*

*A ma chère sœur kahina et son mari salim je vous souhaite une belle vie et plus de succès.*

*A mon très cher fiancé Nabil qui ma soutenu et m'a encourager tout au long de la réalisation de ce travail ainsi qu'a sa famille.*

*A mes chers frères Lamine et Nassim.*

*A ma très chère cousine Malika ainsi que son mari Nadir.*

*A mes copines et mes amis sans oublier Chafia, Amel et Nassima.*

*A ma collègue Taous ainsi que toute sa famille.*

*Mendil Hafida*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail tout d'abord*

*A mes très chers parents qui sont les plus chères à mes yeux et sans eux je ne serai arrivée à ce stade d'étude*

*A ma très chère et adorable mère qui assez souffert pour nous*

*A celui qui m'a offert tout le soutien affectif dont j'ai besoin et celui que je trouve ici l'expression de mon attachement, à mon fiancé Amirouche.*

*A ceux que j'aime et je respecte, mes adorables frères*

*Tahar, Sadak et Amar*

*Exceptionnellement à mon frère ami Chafaa*

*A mes très chères et adorables sœurs*

*Assia et Sihem et à mes belles sœurs Asma Fouzia et Kahina*

*A mon binôme Hafida pour sa compréhension, sa patience et son soutien ainsi qu'à sa famille. Et à mes amis(es) et m'adorable Safia. Et enfin à mes neveux et nièces.*

*TAOUS*

## **Tables de matière :**

Remerciement

Dédicace

Introduction

### **Le cadre générale de la recherche**

1-Problématique .....	<b>03</b>
2-hypothèses .....	<b>04</b>
3-Choix de thème et objectifs .....	<b>05</b>
4-Définition des concepts clés .....	<b>06</b>

### **La partie théorique**

#### **Chapitre I : l'avortement**

Introduction .....	<b>09</b>
1-Définition de la grossesse .....	<b>10</b>
2-Définition de l'avortement .....	<b>11</b>
3-Les types d'avortement .....	<b>12</b>
3-1-Avortement provoquée .....	<b>13</b>
3-2-Avortement thérapeutique .....	<b>14</b>
3-3Avortment spontané .....	<b>15</b>
3-4-Avortement spontané à répétition .....	<b>16</b>
4-Distinction chronologique de l'avortement.....	<b>17</b>
5-classification clinique des avortements spontanés .....	<b>18</b>
6-Facteur de risque .....	<b>19</b>

7-Les causes d'avortements .....	20
8-Diagnostic d'avortement .....	21
9-Traitement médical d'avortemen.....	22
10- aspect psychologique de l'avortement.....	23
11-Les effets de la perte de grossesse sur la santé des femmes .....	24
12- Réaction psychologique de la mère ayant avorté.....	25
13- Trouble psychologique des femmes abortives.....	26
14-Thérapie existes et structures de soutien des personne souffrantes.....	27

## **Chapitre II : la qualité de vie**

Introduction .....	28
1-L'émergence et évolution de notion de qualité de vie .....	29
1-1-L'approche philosophique .....	30
1-2-L'approche psychosociologique .....	31
1-3-L'approche politique et économique .....	32
1-4-L'approche médicale .....	33
2-Définition du concept de qualité de vie .....	34
3-Les concepts de la qualité de vie .....	35
3-1-Conceptions objectives .....	36
3-2-Conceptions subjectives .....	37
3-3-Conception intégratives .....	38

4-Les domaines et les composantes de la qualité de vie .....	39
4-1-Le domaine psychologique .....	40
4-2-Le domaine physique .....	41
4-3-Le domaine social .....	42
5-Les composantes de la psychologie de la qualité de vie .....	43
5-1-La satisfaction .....	44
5-2-Le bonheur .....	45
5-3-Le bien être subjectif .....	46
6-Les mesures de la qualité de vie .....	47
6-1-Les mesures génériques .....	48
6-2-Les mesures spécifiques.....	49
7-L'impact des adaptations psychologiques.....	50
Conclusion.....	51

## **La partie pratique**

### **Chapitre III : le cadre méthodologique**

Introduction.....	52
1-La démarche de la recherche et groupe d'étude.....	53
1-1-Pré- enquête .....	54
1-2-La méthode clinique.....	55
1-3-Etude de cas.....	56
2-Présentation de lieu de recherche.....	57

3- Caractéristique de groupe de recherche.....	58
4-outils de recherche.....	59
5-Déroulement de la pratique de la recherche.....	60
Conclusion.....	61

## **Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats**

Introduction.....	62
1-Présentation et analyse des résultats....	63
a-1 <sup>er</sup> cas de Kahina.....	64
b-2 <sup>ème</sup> cas de Sihem.....	65
c- 3 <sup>ème</sup> cas de Samia.....	66
d-4 <sup>ème</sup> cas de Souad.....	67
e-5 <sup>ème</sup> cas de Farida.....	68
f-6 <sup>ème</sup> cas de Assia.....	69
2-Discussion des hypothèses.....	70

## **Conclusion générale**

## **Liste bibliographique**

## **Anexe I**

## **Anexe II**



### Introduction générale :

Etre enceinte est perçu comme un signe de prestige dans la fonction maternelle, la grossesse peut constituer un plaisir, qui satisfait qui donne un sentiment de complétude.

La notion de désir d'enfant est une notion extrêmement complexe c'est une pulsion naturelle appartenant à la fois, à la femme, et à l'homme avec des déterminants différents. Pour la femme ce désir recouvre le désir de maternité et celui de grossesse, il correspond au désir d'être mère et d'avoir un enfant du père. Pour l'homme, le désir d'enfant se situe plutôt autour de devenir père, de la perpétuation générationnelle et de la confirmation de sa virilité à travers son désir d'enfant.

Survenu un enfant donne un nouveau sens à la vie d'un couple, c'est un événement riche en émotion, devenir mère c'est ressentir beaucoup de joie et un attachement profond envers ce bébé. Mais parfois, cet événement heureux qui était attendu ne se passe pas comme prévu.

Chez certaines femmes leur grossesse se déroule en bonnes conditions, chez certaines d'autres, peuvent entraîner des difficultés qui vont causer l'avortement qui est la perte d'un fœtus, d'une grossesse, d'un enfant potentiel et surtout la perte d'un rêve. Et aussi c'est une grossesse qui se termine involontairement avant la 20<sup>ème</sup> semaine la plupart se produisent au cours du premier trimestre (avant 13 semaines). c'est une façon naturelle de mettre fin à une grossesse si le fœtus ne se développe pas normalement.

La souffrance et la solitude d'une femme qui doit décider de son nouvel état de mère, alors que ni elle ni son entourage ne s'attendaient à ce bouleversement, entraînant de profondes douleurs psychologiques.

La perte inattendue d'un enfant peut influencer sur la qualité de vie des femmes abortives, cette perte entraîne des changements psychiques, physiques et relationnelles, Persuadé que la qualité de vie est un concept abstrait, complexe, situationnel, multidimensionnel relié à une multitude d'autres concepts : satisfaction, bien être subjectif c'est une collection de dimension.

Notre étude à porté sur le thème « la qualité de vie des femmes abortives » nous avons choisie comme terrain d'étude l'unité hospitalière « Mère enfant » de CHU de Bejaïa et l'unité hospitalière « Akloul Ali » EPH d'Akbou, nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36), notre but est de décrire la qualité de vie chez les femmes abortives et mieux clarifier l'impact de l'avortement sur leurs vies quotidiennes. Nous avons utilisé la méthode descriptive pour identifier les composantes de notre recherche et pour décrire la relation entre celle-ci.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de deux parties :

- la première partie aborde l'aspect théorique qui contient deux chapitres : l'avortement, et la qualité de vie.
- la deuxième partie consacré pour la pratique elle contient le cadre méthodologie, présentation et analyse des résultats, et la discussion des hypothèses, et enfin on termine par une conclusion générale.

### **Problématique :**

L'arrivée d'un enfant est un véritable bouleversement pour les futurs parents. Ce bouleversement commence bien avant naissance, car devenir parent ne se fait pas sans un profond réaménagement identitaire qui ressemble peu ou beaucoup à celui que l'on vit à l'adolescence. (Jacques.L,Nicolas E,2012.p17).

La maternité déborde le corps et l'esprit d'un sujet et les replonge dans la totalité originaire au sein de laquelle va avoir lieu la genèse de l'enfant.

La maternité humaine est sans doute un néo-ensemble corporel et psychique dévolu à l'existence d'un enfant, mais il est aussi ce par quoi une femme accède à la totalité dont l'être humain est porteur. (Jacques,L.Nicolas.E ,2012.p299).

Etre enceinte est une source de bonheur est d'épanouissement, pour une femme extrêmement heureuse de porter un enfant, de sentir en elle le miracle de la vie. Même si le bébé n'est pas là, cette relation, qui commence dans notre tête et notre cœur, deviendra plus réelle si on le parle, si on le touche à travers le ventre de sa mère et si on participe à la rencontre prénatale. (Jean.C,2014.p45).

Les parents prennent en effet le risque de réinvestir ce bébé encore inversible en créant tout au long de la grossesse, une représentation anticipatrice de l'enfant ils peuvent l'imaginer brun aux yeux verts ou sportifs... ou encore se projeter en relation avec lui.

L'enfant est un avoir innée, il est en nous avant l'amour... c'est son désir d'être qui nous fait ouvrir les bras. Toutes les femmes, tous les couples veulent-ils un enfant.

L'enfant est rêvé avant même être conçu. Le désir d'enfant trame dans la conscient des parents une étouffe de rêve, de secret, de souvenir comme Paul Valéry énonce que, « l'enfant est la venir de tous les souvenirs qui sont en lui ». (Parreau.2008. P24-25)

La grossesse est un moment unique dans la vie c'est un état particulier au cours duquel on a besoin de se sentir rassurée et sécurisée. (Carole Serrat.2010.p9).

La grossesse est une période de vie d'une femme pendant laquelle elle porte un enfant, entre la fécondation est l'accouchement, durant lesquelles l'embryon puis le fœtus se développe dans l'utérus maternel. La mère est centrée totalement sur le futur bébé et sa sensibilité.

Certaines femmes leurs grossesses déroulent de manière normal, et chez certain d'autres trouvent des complications durant leurs grossesse surtout pendant les premiers mois qui menace l'arrêt de la grossesse ou que l'on appelle l'avortement spontanée.

Ce dernier, c'est un arrêt accidentel de grossesse précoce. Ce type de fausse couche survient dans environ 15%des grossesses. Ces arrêts spontanés de grossesses se manifestent majoritairement avant 12 semaine se grossesse. (Jacques.L,Nicolas E,2012.p114).

La fausse couche est un événement fréquent mais très difficile à vivre. C'est la cause la plus courante des complications intervenant pendant la grossesse et entraînant la perte du bébé, ces complications sont très différentes d'un point de vue physiologique et psychologique selon qu'elle intervient au début ou la fin de la grossesse.

La perte inattendue d'un enfant engendre chez certain femme un changement psychique, physique et relationnel, comme elle peut influencer sur leur qualité de vie. Ce dernier concept s'agit d'un sentiment de satisfaction de la vie en général, de la capacité mentale d'évaluer sa propre vie comme satisfaisante, d'un état acceptable de santé physique, mental, et émotionnel déterminé par l'individu, ou encore, d'une évaluation objective par un tiers que les conditions de vie de la personne sont adéquates et non menaçantes. La

qualité de vie est abordée selon deux angles : soit à partir des différents aspects de la qualité de vie, soit à partir du traitement et des symptômes. (Clair.R, 2003, p11).

Nous visons par cette étude de distinguer la qualité de vie des femmes qui ont subi un avortement spontané, qui peut toucher leurs féminité ainsi les composantes principales de la qualité de vie (le bien-être physique, psychique, le bonheur et la satisfaction) afin de voir à quelle point la qualité de vie des femmes abortives est touchée, nous avons effectuées une pré enquête dans le but de cerner notre thème de recherche, et réalisé nos hypothèses.

Pour décrire la qualité de vie chez les femmes abortives et mieux clarifier l'influence de l'avortement spontané sur leur vie quotidienne, on pose la question suivante:

**-Quelle est l'impact de l'avortement sur la qualité de vie des femmes abortives ?**

**Les hypothèses :**

**Hypothèse générales :**

-L'avortement à une influence sur la qualité de vie des femmes abortives.

**Hypothèse opérationnelle :**

1-les femmes qui ont subi un avortement spontané ont une mauvaise qualité de vie.

2-Les femmes qui ont subi un avortement spontané à répétition ont une mauvaise qualité de vie par rapport aux femmes qui ont subi un ou deux avortements spontané.

### **3- Choix du thème et ces objectifs:**

#### **- Choix du thème**

Nous avons choisi ce thème « la qualité de vie des femmes abortives » par rapport à son importance, car c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelque chose de nouveau.

#### **-Objectifs**

Le choix de ce thème à pour objectif de décrire la qualité de vie des femmes abortives, et mieux clarifier l'impact de l'avortement sur leurs vies quotidiennes et leurs états de santé.

### **4. Définition et opérationnalisation des concepts clés :**

#### **b-définition de l'avortement spontané :**

L'avortement spontané, ou fausse couche, est une interruption involontaire de la grossesse qui survient avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse souvent d'origine inconnue, il peut être lié à divers facteurs : anomalie chromosomique du fœtus, maladie infectieuse, excès ou déficit de liquide amniotique, grossesse multiple, forte fièvre, malformation ou fibrome utérin, anémie, carence nutritionnelle, insuffisance hormonale, diabète gestationnel, traumatisme. (Voir p13)

#### **5- Opérationnalisation du concept :**

-Expulsion spontanée d'un fœtus pesant moins de 500g ou des 28 semaines d'aménorrhée survenue sans action délibérée.

-Ce sont des femmes qui ont subi un ou deux avortements spontanés.

Cet avortement se manifeste à travers les saignements et douleurs et l'expulsion de fœtus.

#### **c- D'éfinition de l'avortement spontané à répétition :**

C'est les fausses couches spontanée à répétition(FCSR), définies par trois arrêts de grossesse avant 12 semaines d'aménorrhée(SA), et quand la femme fait au moins trois avortements consécutif. C'est le sujet de notre étude qui survient les plus grandes difficultés de diagnostic, de pronostique et de traitement. Les fausses couches spontanées à répétition, loin d'être un sujet banal sont d'une gravité évidente. (Voir p13)

#### **5- Opérationnalisation du concept :**

-Expulsion spontanée d'un fœtus pesant moins de 500g ou des 28 semaines d'aménorrhée survenue sans action délibérée.

-Ce sont des femmes qui ont subi un ou plusieurs avortements spontanés.

Cet avortement se manifeste à travers les saignements et douleurs et l'expulsion de fœtus.

### **6-définition de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un concept est définie comme une perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'in dépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

### **7-Opérationnalisation du concept :**

#### **Mauvaise qualité de vie:**

Souffrance psychique et physique

Dégradation au niveau relationnel

#### **Positive ou bonheur :**

Bien être physique et psychique

Bonne relation avec les autres.



La grossesse est d'ordinaire joyeuse et enrichissante, elle peut aussi être effrayante par ses soucis cachés, ses doutes, ses peurs et inquiétudes spécialement. (Jacques.M,2007.p275)

### **1. Définition de la grossesse :**

Ensemble des phénomènes se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement, état correspondant de l'organisme féminin. La fécondation fusion entre un spermatozoïde et un ovule, a lieu dans une trompe utérine. Ensuite, l'œuf fécondé est entraîné vers l'utérus, s'implante dans la muqueuse de celui-ci et augmente de volume tout en s'entourant d'annexes (placenta, cordon ombilical, liquide amniotique...etc.). L'œuf passe d'abord par un stade embryonnaire de deux mois, pendant lequel se forment les organes et se dessine une morphologie humaine. Alors devenu fœtus, il parachève cette formation, continue à grandir et subit une maturation pendant encore sept mois. (Richardson,2005,p527)

Ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

La grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupé en 3 trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais comme celle-ci est la plus souvent difficile à évaluer sauf le cas d'une fécondation artificielle (fécondation in vitro). Les obstétriciens comptent à partir de la semaine d'aménorrhée (S.A). C'est-à-dire en semaines d'absence de règle, le début de la grossesse est alors fixé au 1<sup>er</sup> jour de la dernière règle normale, sa durée étant de 41 semaines d'aménorrhée.

En réalité, ce chiffre varie 17% des femmes accouchent au cours de 41 semaines, 25% entre la 38<sup>e</sup> et la 40<sup>e</sup> semaines et 29% pendant la 42<sup>e</sup> semaine.

Avant 37<sup>e</sup> semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dit prématuré ; après 41 semaines et 3 jours on parle de terme dépassé (Wainsten. J.P, 1995, p446).

La grossesse est l'état de la femme enceinte période comprise entre la fécondation de l'ovule et l'accouchement pendant laquelle l'embryon, nommé ensuite le fœtus se développe. (Quevauvilliers. J. et al, 2012, p420).

## **2. Définition de l'avortement :**

**Selon OMS 1997** Avortement est l'interruption d'une grossesse avant la date de viabilité extra-utérine du fœtus.

Interruption de la grossesse avant le sixième mois il peut être spontané, thérapeutique ou criminel. (L.Manuila.2004,119).

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

Avortement c'est l'interruption prématurée de la grossesse. Dans l'usage courant le mot avortement est employé comme synonyme d'interruption volontaire de grossesse (IVG) tandis que l'expression fausse couche désigne un avortement spontané par ailleurs, on appelle avortement thérapeutique, une interruption provoquée pour raisons médicales.(Wainsten. J-P,2012, 107).

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

### **3-Les types d'avortement :**

En médecine il existe trois types d'avortement :

#### **3.1.Avortement provoqué :**

Avortement provoqué est une interruption volontaire de la grossesse (IVG) est soumise à une législation qui diffère selon les pays, elle est généralement autorisée, mais dans un cadre précis (date de la grossesse, motifs justifiés).

Avortement provoqué lorsque la femme ne souhaite pas avoir l'enfant, pour des raisons personnelles : c'est l'interruption volontaire de la grossesse (IVG). Il s'agit d'une démarche personnelle ou conjugale. L'interruption doit être pratiquée par un médecin dans un centre public ou privé agréé. A moins de sept semaines de grossesse, elle s'effectue médicalement. (Wainsten.J-P, 2012,107).

#### **3.2.Avortement thérapeutique :**

Avortement thérapeutique se pratique à tout moment de la grossesse si la vie de la mère est en danger (insuffisances cardiaque, respiratoire ou rénale, sida, cancer...Etc). Ou si l'enfant à mettre risque fortement d'être atteint d'une affection particulièrement grave et incurable, des examens appropriés permettent de vérifier les présomptions d'atteinte fœtale. Il peut se pratiquer à tout terme de la grossesse, sur demande des deux parents ou d'un seul, si la vie de la mère est en danger (insuffisances cardiaque, respiratoire ou rénale, cancer, etc.) ou si l'enfant à naître risque fortement d'être atteint d'une affection particulièrement grave et incurable. Des examens appropriés permettent de vérifier les présomptions d'atteinte fœtale (échographie, imagerie fœtale, biopsie des villosités chorionales,).

toute demande d'interruption médicale de grossesse (I.M.G) pour cause fœtale doit être validée par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal dont les activités sont réglementées. La réalisation de l'I.M.G. est prise en

charge par une équipe spécialisée qui fournira un soutien psychologique. (Wainsten.J-P,2012,107).

L'avortement thérapeutique peut notamment être envisagé si la mère souffre d'une maladie grave : insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire, sida, cancer, etc. Il peut aussi être pratiqué lorsque les examens prénataux révèlent une grave anomalie chez le fœtus.(A.Saint-Jean,2010.p457)

### **3.3. Avortement spontané :**

La fausse couche spontanée, ou avortement spontanée, est un arrêt accidentel de grossesse précoce. Ce type de fausse couche survient dans environ 15% des grossesses. Ces arrêts spontanés de grossesses se manifestent majoritairement avant 12 SA (10 semaines de grossesses).

Avortement spontané c'est l'expulsion du fœtus vivant au mort avant les 180 jours de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer.

Avortement spontanée ou fausse couche spontanée (FCS) à l'expulsion en dehors de l'organisme maternel d'un produit de conception avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou d'un fœtus pesant moins de 500g (OMS1997).

En pratique une fausse couche spontanée précoce lorsqu'elle survient au premier trimestre (avant 12 SA voir 14 semaines pour certains auteurs) une fausse couche est tardive quand elle survient au 2<sup>em</sup> trimestre (12-22 SA) après 24 semaines on parle de mort fœtale in utéro (MFJU).

Avortement spontané c'est la perte non provoqué du fœtus avant les 180 jours de gestation, appelé couramment Fausse Couche.

En raison des progrès de la réanimation néonatale, l'organisation mondiale de la santé préconise de définir l'avortement comme l'expulsion de « produit ovulaire » pesant moins de 500g, l'avortement spontanée accidentel, et isolé se

distingue des avortements spontanés à répétition, aux causes multiples qui posent de nombreux problèmes de diagnostic et traitement. (J.Wainsten.2012p, 107).

L'avortement spontané, ou fausse couche, est une interruption involontaire de la grossesse qui survient avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse souvent d'origine inconnue, il peut être lié à divers facteurs : anomalie chromosomique du fœtus, maladie infectieuse, excès ou déficit de liquide amniotique, grossesse multiple, forte fièvre, malformation ou fibrome utérin, anémie, carence nutritionnelle, insuffisance hormonale, diabète gestationnel, traumatisme. (J. Saint-Jean,2010.p476)

### **3.4. Avortement spontané à répétition :**

C'est les fausses couches spontanée à répétition(FCSR), définies par trois arrêts de grossesse avant 12 semaines d'aménorrhée(SA), et quand la femme fait au moins trois avortements consécutif. C'est le sujet de notre étude qui survient les plus grandes difficultés de diagnostic, de pronostique et de traitement. Les fausses couches spontanées à répétition, loin d'être un sujet banal sont d'une gravité évidente. (J.Wainsten,2012.p108)

Dans le cas d'avortement spontané à répétition, la cause doit être rechercher, et les études épidémiologique montrent en effet que si les risque d'avortement spontané est bien de 10 à 15% une femme qui n'a jamais fait de fausse couche il passe de 20 à 25 % chez celle qui a déjà fait une fausse couche, et à 30% chez une patiente qui a présenté deux fausses couches et plus, par ailleurs ce risque augmente avec l'âge de la patiente(surtout après 35ans). (M.Taurmanie,1997.156).

## **4. Distinction chronologique de l'avortement :**

### **4.1. Ultra-précoce ou infra-clinique :**

Appelé aussi : avortement menstruel spontané, ou nidation précocement abortive.

Il est survenant avant l'implantation du blastocyste. Après l'implantation, ce type d'avortement appelé aussi (nidation précocement abortive) ; il désigne tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire ce qui correspond aux 8<sup>eme</sup> aux 17<sup>eme</sup> jours post- conceptionnels (depuis la fécondation).

- Dans ces avortements la grossesse est reconnaissable :

Soit par le dosage biologique prémenstruels de bêta HCG plasmatique (gestation au stade biologique ou chimique) ; soit lors de l'examen anatomopathologie de l'endomètre à la suite d'une biopsie de l'endomètre ou sur la pièce opératoire d'une hystérectomie. L'examen histologique montre dans ces cas là des signes qui sont en faveur du diagnostic d'avortement ultra-précoce.

Si l'on considère toutes les fécondations survenant au cours d'un cycle avec des rapports non protégés en zone fertile, le taux de grossesses par cycle peut atteindre de 85 % par cycle ; et si l'on prend en compte les diagnostics biologiques de grossesse, ce taux peut attendre le 60 %. Ces taux prouvent que ces avortements infra cliniques sont très fréquents chez l'espèce humaine.

### **4.2. Avortement précoce :**

Avortement survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines) de la grossesse avec gestation reconnaissable cliniquement (grossesses cliniques).

Pour certains auteurs, ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12 (ou 13) premières semaines d'aménorrhée.

### **4.3. Avortement spontané tardif :**

Ces les avortements spontanés du deuxième trimestre de la grossesse. C'est l'expulsion spontanée, au deuxième trimestre de la grossesse d'un fœtus vivant avant l'entrée en travail ; donc dans cette définition il a été exclu la mort fœtale in utero. Vu que l'avortement spontané a été défini par l'OMS comme une expulsion d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhée ou l'expulsion d'un fœtus de moins de 500 grammes ; on peut conclure que la définition chronologique de l'avortement spontané tardif est : une expulsion spontanée d'un fœtus vivant avant l'entrée en travail, et d'âge gestationnel situé entre 15 et 21 semaines et 6 jours d'aménorrhée.

Pour certains auteurs, l'avortement tardifs du deuxième trimestre sont les avortements survenant entre 13e (ou 12e) et moins de 22e semaines d'aménorrhée; le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 10 grammes et moins de 500 grammes.

## **5-Classification clinique des avortements spontanés :**

**5.1. Avortements spontanés à répétition (ASR) :** Appelés aussi, Fausses couches spontanées à répétition (FCSR).

Les auteurs distinguent entre deux catégories d'avortements spontanés à répétition :

**5.1.1. *Avortements spontanés précoces à répétition*** : Appelés aussi : **Maladie abortive** trois avortements spontanés successifs survenant au premier trimestre de la grossesse (c'est-à-dire durant les premières 15 semaines d'aménorrhée) ; correctement documentés (dépistage plasmatique ou urinaire de bêta-HCG ; échographie ; examen anatomopathologique...); et sans grossesse intercalaire menée à terme.

Mais certains auteurs conservent cette définition pour les avortements survenant au stade embryonnaire de la gestation en donnant cette définition : trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 semaines d'aménorrhée ; correctement documentés (dépistage plasmatique ou urinaire de bêta-HCG ; échographie ; examen anatomopathologique...) et sans grossesse intercalaire menée à terme

**a. Avortements spontanés à répétition précoces primaires** : survenant chez des femmes n'ayant pas d'enfant vivant ou de grossesse évolutive au delà de 10 semaines d'aménorrhée.

**b. Avortement spontanée à répétition secondaires** : avortements spontanés à répétition survenant chez des femmes ayant un ou plusieurs enfants vivant ou des grossesses évolutives au delà de 10 semaines d'aménorrhée.

#### **5.1.2. Avortement spontanés tardifs à répétition :**

Trois avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme :

**5.2. Avortement sélectif (réduction embryonnaire)** : Expulsion provoquée d'un ou de plusieurs fœtus lors d'une grossesse multiple, ou expulsion provoquée d'un fœtus d'un sexe spécifique.

**5.3. Mortalité embryonnaire précoce** : ( avortement ultra-précoce (avortement infra clinique). Perte embryonnaire non aperçue par la femme, due à un arrêt du développement avant l'implantation ou à une élimination précoce de l'embryon après l'implantation.

**5.4. Mortalité intra-utérine. Mortinaissance** (c'est la mort fœtale tardive).

**Définition** : (définition adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1950, à une valeur internationale.) : Décès survenant avant l'expulsion ou l'extraction complète du produit de la conception du corps de la mère, quelle qu'ait été la



durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait que le fœtus séparé du corps de la mère ne respire pas et ne donne aucun signe de vie (ni battements de cœur, ni pulsations du cordon ombilical, ni mouvements précis des muscles striés).

Les morts fœtales ont été classé en trois classes chronologiquement en (précoce, intermédiaire et tardive) mais comme il est difficile en pratique de connaître l'âge gestationnel puisqu'il implique la connaissance exacte de la dernière période menstruelle, un comité OMS d'experts a recommandé en 1970 une nouvelle classification reposant sur le poids à la naissance.

On parle alors de :

**a.Mort fœtale précoce** : si elle est survenue avant 22 semaines d'aménorrhée ou expulsion d'un fœtus décédé « in utéro » pesant jusqu'à 500 g inclus ;

**b.Mort fœtale intermédiaire** : si elle est survenue entre la 22 et moins de 28 semaines d'aménorrhée ou expulsion d'un fœtus décédé « in utéro » pesant plus de 500 g et jusqu'à 1000 g inclus.

**c.Mort fœtale tardive** : si elle est survenue dès 28 semaines d'aménorrhée ou expulsion d'un fœtus décédé « in utéro », pesant plus de 1000 g

Pour l'enfant : donc c'est une expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus avant la date de la viabilité.

Interruption d'une gestation, avec ou sans mort du fœtus, avec ou sans expulsion immédiate de celui-ci.

Né vivant avant vingt-deux semaines d'aménorrhée ou d'un poids inférieur à 500 grammes. (Aly.A, 2012)

## **6-Facteurs de risque :**

Facteurs de risque : l'âge est le facteur de risque le plus important : 40% des femmes au-dessus de 40ans et 80% de celles âgées de 45ans et plus avortement.

Le tabac, l'alcool et la Caféine ont été rapportés comme pouvant aussi augmenter les risques d'avortement.

## **7. Les causes d'avortement :**

Les causes d'avortement spontané multiple, doivent être déterminées afin de mettre en œuvre le traitement approprié.

### **7.1. Les causes générales :**

Carence alimentaire, intoxication, maladie infectieuse en particulier dans les stades précoces de la grossesse, plus tardivement il apparaîtra éventuellement des malformations fœtales (par exemple : rubéole, toxoplasmose, érythème infectieux, diabète, syphilis, traumatismes divers).

Seuls les avortements répétés justifient de longues investigations, mais la recherche de la cause de l'avortement doit néanmoins être menée conjointement au traitement. (OMS1997).

### **7.2. Les causes ovulaires :**

Correspond à des anomalies fœtales et représentent environ 70% des fausses couches. Ces facteurs agissent surtout pendant le premier trimestre de la grossesse et provoquant la mort embryonnaire avant expulsion (grossesse multiples et hydramnios excès de liquide amniotique) font partie des causes ovulaires au deuxième trimestre.

Les causes d'avortements spontanés multiples, doivent être déterminées afin de mettre en œuvre le traitement approprié et on trouve des causes organiques et psychologiques.

### **7.3. Les causes maternelles :**

Regroupent les causes génitales (hypoplasie ou malformation utérines qui veut dire : on s'aide des ultrasons), le cas échéant de l'examen de la cavité

utérine par hystérocopie ou des parois utérines par coehoscopie. La plupart des mal formations utérines sont curables chirurgicalement, exception faite entre autres du véritable utérus double Synéchies, Salpingite, Fibrome et Tumeur de l'utérus océane du col utérin) : les causes hormonales( insuffisance en oestro-gènes ou progestérone par insuffisance de corps jaune c'est-à-dire : la progestérone du sérum maternel est basse peut, le cas échéant être normalisée grâce à un traitement substitutif si le traitement est commencé tôt (5-6 SA) les chances de succès sont bonnes, insuffisance hormonale globale, hypothyroïdie, excès d'androgènes).

**a. Anomalies chromosomiques :** c'est pour cette raison que l'on conseille l'examen génétique du 3<sup>e</sup> produit d'avortement ainsi qu'un conseil génétique du couple.

**b. Insuffisance du col :** En cas en cas de dilatation prématurée du col on peut éventuellement faire un cerclage du col (pose chirurgicale d'un lieu autour de col) ou réaliser chirurgicalement son obturation totale.

**c. Formation d'anticorps maternels :** Contre des antigènes du père, a ce jour, il n'existe pas de traitement efficace, les essaies de vaccination de la femme avec des leucocytes de l'homme n'ont pas donnée le résultat espère. Le but théorique était d'inhiber la réaction immunologique à l'origine du rejet de la grossesse.

**d. Les raisons immunologiques :** le plus l'organisme maternel fait une réaction de rejet contre l'œuf fécondé et la nidation normale ne sera pas possibles. (François A, Véronique. C, 1998, p86).

#### **7.4. Les causes psychologiques :**

Un profil psychologique particulier semble favoriser l'avortement spontané répété. Ceci a été mis en évidence par les norvégiens par des études comparer les femmes qui sans autre cause décelable font des avortements spontanés

répétés sont peut émotive, indécises, dépendantes elles ont souvent un sentiment de culpabilité.

Il est donc certain que ces avortements spontanés répétés doivent déclencher de la part du médecin toute une série d'investigation. Pour faire la preuve de la cause et y remédier.

La majorité des couples rencontrés pour des avortements répétés n'auront aucune cause pour expliquer ces multiples avortements il est important de leur rappeler que les causes ne sont pas toutes connues à ce jours.

L'avortement peut être responsable de troubles émotionnels profonds à long terme dans la vie d'une femme, Ces troubles sont insidieux : perte de l'estime de soi, culpabilité, troubles de l'appétit, anxiété, insomnies, cauchemars sur leur bébé qui les hait ou qui les appelle au secours, dépression parfois, capacité moindre à aimer, à se soucier des autres, une sorte de détachement qui commence à un niveau inconscient. Cela provoque une distanciation de la personne par rapport à sa nature humaine. C'est une expérience très aliénante.

## **8.Diagnostic d'avortement :**

Le diagnostic d'avortement repose surtout sur l'examen clinique, les ultrasons et le dosage des betat-HCG.

### **8.1.Examen clinique :**

On recueille les éléments suivants :

**8.2.Consistance de l'utérus :** en l'absence de contraction, l'utérus est mou, il se durcit par contre lors d'une contraction. Des douleurs se manifestent lors de contraction fortes ou lors d'un avortement septique.

**8.3.Taille de l'utérus :** est-il fermé, plus ou moins dilaté ?

Abondance des saignements : y-a-t-il de petites pertes sanguinolentes ? des pertes de l'abondance des règles ? plus fortes ou moins fortes que des règles ? avec élimination de fragments tissulaires ?

**8.4. Ultrasons** : les ultrasons permettent une bonne différenciation des diverses formes d'avortement, il faut faire attention.

-A la taille de l'utérus(en correspondance avec l'âge théorique de la grossesse) ?

-A la taille de la cavité ovulaire et de l'embryon.

-A l'activité cardiaque de l'embryon (présente ).

-A la localisation du placenta.

-Aux observations complémentaires (hématome intra-utérin ?).

**8.5. Beta-HCG** : la détermination isolée du taux de Beta-HCG dans le sérum maternel n'a pas grande valeur en raison des fortes variations interindividuelles, la répétition des dosages peut apporter des arguments évolutifs. (François A, V. C, 1998, p88).

**9. Traitement médical d'avortement** : un curetage est pratiqué sous anesthésie générale afin d'assurer la cavité utérine, des antibiotiques sont prescrits immédiatement pour prévenir une éventuelle infection, la cause de l'avortement est immédiatement recherchée afin de pouvoir le cas échéant, mettre en place un traitement permettant d'éviter un nouvel avortement. (Wainsten.J-P, 1995, p118)

**9.1. Menace d'avortement** : hospitalisation avec d'abord repos strict au lit et ensuite, en l'absence de saignements, repos au lit moins strict, les médicaments anti-contractions sont peut efficaces ou début de grossesse.

**9.3. Avortement en cours, avortement incomplet** : un geste chirurgical du genre curetage (évacuation instrumentale est nécessaire pour évacuer complètement l'utérus de tout produit ovulaire).

**9.4. Avortement complet** : jusqu'à 85 semaines on peut se passer d'un curetage si la cavité utérine est vide aux ultrasons et sous réserve d'une bonne coopération de la patiente avec une surveillance régulière des Béta-HCG, dans tous les autres cas et à la moindre suspicion des restes placentaires, intra-utérins, il faudra pratiquer un curetage.

**9.5. Œuf mort retenu** : avant 125A. Curetage éventuellement après maturation du col par les prostaglandines.

**9.6. Avortement fébrile ou septique** : après stabilisation cardiovasculaire de la mère, on administre des antibiotiques à fortes doses et des ocytociques (pour provoquer des contractions utérines). Ce n'est qu'après le traitement de la phase aiguë que l'on réalisera un curetage, si l'on intervenait trop tôt, il y aurait un trop grand risque d'essaimage bactérien dans la circulation sanguine. (François A, V, 1998, p88).

## **10. Aspect psychologique de l'avortement :**

L'aspect psychologique des femmes après un avortement est faible. Le tiers des femmes qui subissent un avortement présentent des symptômes de stress post-traumatique trois semaines après l'intervention. « C'est-à-dire qu'elles ont des cauchemars et des souvenirs qui accentuent leurs sentiments de culpabilité et de détresse. Certaines pleurent fréquemment, ont du mal à trouver le sommeil ou ont des idées noires, voire suicidaire ».

L'avortement peut être responsable de troubles émotionnels profonds à long terme dans la vie d'une femme. Peu à peu s'est imposée l'expression « syndrome post-abortif ». Elle vise à décrire l'incapacité de la femme à exprimer la colère, la rage.

La survenue d'une fausse couche spontanée est souvent vécue comme une forte déception comme une expérience douloureuse. Cette déception est d'autant plus marquée que la femme est jeune et qu'elle n'a pas encore d'enfant.

Plus la grossesse a été désirée et investie sentimentalement, plus la déception est grande de la même façon, la crainte d'une deuxième fausse couche est accentuée lors de la survenue d'une nouvelle grossesse, essentiellement lors de la « date anniversaire ». Dans la majorité des cas, il s'agit d'un accident de parcours isolé et les grossesses suivant de déroulement tout à fait normalement. (Pouliquen. L, 2011, p1)

### **10.1. La souffrance psychologique :**

Premièrement, l'avortement fait bouger du côté non économique. Le fait d'avorter peut provoquer, par la suite, des effets psychologiques sur la personne impliquée.

Certaines femmes vont pleurer fréquemment. Elles peuvent tous réagir différemment, puisqu'elles n'interprètent pas le geste de la même façon. Généralement, après l'avortement elles sont soulagées d'avoir trouvé une solution à leurs problèmes, mais c'est après que les symptômes apparaissent. (Pouliquen. L, 2011, p1)

### **10.2. Les conséquences psychologiques de l'avortement :**

Evoquer les conséquences psychologiques de l'avortement est complexe pour notre société, car en parler conduit l'auditoire à penser que la démarche proposée revient à remettre en cause, la dépénalisation de l'avortement, débat inconvenant pour les démocraties notamment Belge et Française. LINED (institut national d'études des démographiques) affirme que 40% des femmes françaises auront recours à l'avortement de leurs vie, et malgré le fait que de nombreuses femmes sont concernées par cet acte, très peu témoignent de cette expérience douloureuse et sont capables d'en parler ouvertement : il est difficile d'évoquer cette souffrance, la culpabilité, le manque d'enfant et besoin de faire le deuil de l'enfant avorté. (Pouliquen. L, 2011, p1)

**10.3. Les caractéristiques des conséquences psychologiques de l'avortement :**

Pour décrire les troubles ressentis après un avortement, l'appellation syndrome poste-avortement est parfois utilisée, même si elle n'apparaît dans aucun manuel statistique ou diagnostique. Les seuls termes utilisés par la communauté scientifique pour faire référence aux souffrances psychologiques de l'avortement sont ceux associés à l'anxiété, à la dépression ou à certains corollaires du PTSD ou Post Traumatic Stress Disorder. Or, il semble que la terminologie PTSD ou SPA réduise le champ d'expression des souffrances vécues à la suite d'un avortement. En effet, les protocoles d'analyse et de traitement du PTSD peuvent être utilisés seulement si les symptômes offrent des manifestations claires dans une période proche de l'événement. Or la manifestation des souffrances de l'avortement s'inscrit souvent dans le temps, voire même, peut ne faire surface qu'à l'approche de sa propre mort, la souffrance psychologique en kyste va alors attendre un événement fort pour se manifester et pour que la personne fasse le lien entre la souffrance et l'événement passé de l'avortement. Certains témoignages évoquent même la période suivant immédiatement l'avortement comme une fenêtre pour exprimer la douleur psychique qui se referme par excès de douleur, pour n'émerger que des années plus tard à l'occasion d'une maternité, d'un deuil, d'une maladie. De plus, les conséquences physiques et psychiques de l'avortement sont très variées, personnelles et difficiles à circonscrire et à décrire avec précision, c'est pourquoi une appellation plus vaste et recommandée : les conséquences psychologiques de l'avortement. (Pouliquen. L, 2011, p2).

**11. Les effets de la perte de grossesse sur la santé des femmes :**

Cette étude, « The effects of Pregnancy Loss on Women's Health », fut réalisée par les docteurs Philip Ney Psychiatre, Département de Médecine Familiale à l'Université de British Columbia, et Tak Fung, Biostatisticien, à l'Université de Calgary. Publiée en 1994 dans la revue Social Science and



Médecine, celle-ci conclut que : « les femmes qui ont eu une fausse couche ou un avortement ne jouiront pas du même soutien psychologique de la part de professionnels que les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né. Les femmes ayant avorté ont besoin d'un suivi psychologique complexe car le deuil périnatal à faire est le siège de conflits et parce que peu de professionnels sont disponibles et formés à ces troubles. »

### **12.les réactions possible de la mère ayant avorté :**

Les souffrances évoquées ci-dessous ne sont en rien exhaustives. Si l'une ou l'autre réaction apparaît, elle est toujours le symptôme d'un vécu personnel parfois lié à l'histoire personnelle. Cette réaction sera souvent le marqueur d'un deuil périnatal en cours, surtout quand plusieurs symptômes se conjuguent. Bien connaître et étudier ces réactions est donc capital pour que les professionnels de santé et les accompagnants spirituels puissent aider la femme à mettre à jour cette souffrance. La dépression, le suicide, le retrait relationnel, la perte de l'estime de soi, le sentiment aigu de culpabilité, de honte de soi, d'échec de sa maternité : voilà les risques auxquels s'exposent les personnes qui décident d'un avortement. Il est alors utile de comprendre comment peut se dérouler la vie d'une mère après son avortement et le caléidoscope de réactions qu'elle peut traverser. . (L.Pouliquen,2011. p3).

#### ***a.Le Dénî :***

Le déni est une autre forme de réaction courante qui peut se prolonger durant des périodes très variables allant de quelques semaines à plusieurs décennies. « Le déni est un mécanisme qui permet d'échapper un temps seulement à la souffrance qui viendra après. » Le Docteur Clerget illustre le déni par les propos d'une femme : « J'y pense à chaque fois que je croise une femme enceinte. Mais je n'en parle à personne. Cela serait indécent. ». Pour lui, « le déni est une sorte de refuge pour éviter la prise de conscience douloureuse. Cette retenue des affects comme mouvement défensif peut donner naissance ultérieurement à des conduites dangereuses, comme une projection mortifère sur

autrui (enfant de remplacement), une somatisation ou un passage à l'acte». (L.Pouliquen, 2011, P3)

***b. La colère :***

La colère fait couramment suite au déni. Elle peut se diriger contre les relations directes comme, par exemple, le compagnon qui ne voulait pas de l'enfant, ou contre la mère, qui a poussé à l'avortement ou encore a laissé sa fille seule face à cet évènement. « Cette perte est vécue par le psychisme comme une violence qui est faite contre lui. Et la colère, réactionnelle à cette perte, correspond à une projection à l'extérieur de l'agression que l'on a reçue. C'est en fait un retour à l'envoyeur pour éviter d'être détruite et pour ne pas disparaître soi-même avec le fœtus. C'est aussi une façon de reprendre pied, de mobiliser ses énergies, de se protéger contre un éventuel autre coup du sort dont on pourrait être la victime. Elle fait sortir de l'état de torpeur qui sidère après une telle perte, et qui se maintient sous la forme du déni. Elle permet de prendre conscience de la réalité des faits et de commencer à faire face. Il importe cependant de quitter les commodités de la colère qui, si elle évite de faire face à la tristesse, correspond à un comblement du vide créé par la perte, par de la haine».

***d. Le doute :***

Selon une étude allemande<sup>17</sup>, après un avortement, 24% des femmes ont des doutes quant à la justesse de leur décision, et 5% en ont souvent. « Porter un enfant est présenté culturellement comme l'aboutissement de la féminité. D'où la profonde désintégration identitaire possible quand une femme qui le souhaite ne parvient pas à donner la vie. »<sup>18</sup> Même si la femme n'est pas ambivalente quant à sa décision avant l'avortement, elle peut quand même avoir des doutes après l'acte médical.

***e. La culpabilité :***

Parler de la culpabilité ressentie par la femme peut se faire de plusieurs manières, selon le référentiel de valeurs. En effet, la culpabilité peut faire

allusion à une transgression de la loi que l'Homme a au fond de lui, loi que les philosophes grecs appellent la Loi naturelle. Celle ci, inscrite au cœur de l'Homme, contient une injonction « Tu ne tueras point ! », si bien que la culpabilité peut être vue comme un régulateur interne détectant une transgression. Ou bien inversement, si l'on ne reconnaît pas une loi hétéronome déterminant le bien et le mal, la culpabilité sera liée au regard culpabilisant de la société sur l'avortement. Dans les deux cas, comme le dit le Dr Clerget, « grâce aux méthodes contraceptives et aux progrès de la procréation assistée, les femmes aujourd'hui planifient et programment leur grossesse. De fait, l'échec d'une grossesse devient son échec personnel. La faute est alors recherchée».

*f. Dépression, anxiété, somatisation, reviviscences :*

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

chaque fois que l'on croise une femme enceinte, une maternité, un nouveau-né, ou encore lorsque l'on entend un bruit d'aspirateur qui va faire écho à l'aspiration subie. » Enfin, « l'idée de suicide n'est pas rare à l'occasion d'un état dépressif majeur. Le corps maternel, théâtre de la mise à mort, peut demeurer captif de l'imgo paralysante de l'enfant mort et devenir la tombe d'un deuil impossible. Des études finlandaises ont mis en évidence une majorité de suicides chez les femmes ayant subi un avortement, versus la population générale.». (L.Pouliquen ,2011,p.4).

### **13.Les roubles psychologiques des femmes abortives :**

#### ***a.Dysfonction sexuelle***

Selon le Elliott Institute, les femmes qui ont subi des avortements peuvent éprouver une perte de plaisir pendant les relations sexuelles, une répugnance pour la sexualité ou les hommes en général, ou se mettre à avoir des relations sexuelles au hasard.

#### ***b.Problèmes de sommeil***

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

### **14.Thérapies existantes et structures de soutien des personnes souffrantes**

À l'instar du désintérêt des chercheurs pour les conséquences de l'avortement, il existe peu de réponses institutionnelles pour soigner les conséquences psychologiques de l'avortement, notamment en Belgique ou en France. Le personnel de santé (psychologues, gynécologues, sexologues...) abordera les symptômes de manière Fragmentaire: les troubles du sommeil, les difficultés relationnelles mère-enfant, puis la dépression, enfin la frigidité, les douleurs vaginales, etc.

Les seuls organismes proposant officiellement des parcours dans ces deux pays sont aujourd'hui de type associatif avec une approche de guérison psychologique ou globale : ces organismes manquent de moyens (ressources financières et personnel formé). Ils sont peu connus du grand public et ne sont pas reconnus par le personnel médical, qui par déni ou manque de formation, refuse à certaines associations le soutien, l'aide dont elles auraient besoin.

La femme qui a identifié ses souffrances comme pouvant être liées à son ou ses avortements a déjà franchi une étape très significative sur le chemin du bien-être psychique. Cela se vérifiera d'autant plus si elle entame une démarche pour s'enquérir des thérapies à disposition et s'y engage. Certains professionnels de la santé mentale pourront accueillir l'expression de cette souffrance et guider la personne sur le chemin de la guérison. Les démarches proposées, que ce soit par les techniques classiques de la psychanalyse ou de la psychothérapie, ou enfin par les techniques d'écoute d'accompagnants dans le cadre d'associations, ont en commun une démarche cathartique permettant de revivre de manière non traumatique, en donnant libre cours à ses émotions, l'histoire personnelle, la grossesse, le contexte de la prise de décision et l'avortement afin de pouvoir aborder le pardon à soi-même, le pardon à l'enfant, le pardon à l'entourage impliqué, de faire le deuil de la personne que l'on aurait dû ou pu être et, enfin, de faire le deuil de l'enfant qui manque.

Les professionnels de la santé mentale qui reconnaissent les symptômes et savent les traiter sont souvent dans une relation unique patient-soignant ou multiple en cas de thérapies familiales. Les associations, elles, peuvent aussi proposer des démarches de groupe. .».(L.Pouliquen,2011,p.8).

Une fausse couche est un moment difficile dans la vie des parents, en particulier pour la femme qu'il a porté. Culpabilité, espoir, doute, la dépression, pour aider à mieux accepter cette perte, une thérapie est envisager chez les psychologues car le besoin de s'exprimer d'évacue.

## Chapitre II : la qualité de vie

La qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuse façon et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie et les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques liés à la santé sociaux, environnementaux, économiques et politiques...etc.

### 1. L'émergence et évolution de notion qualité de vie :

Si le concept est ancien, parmi les premiers écrits portant sur la qualité de vie, certains sont issus des travaux menés par une commission chargée, par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la qualité et le niveau de vie des citoyens( Beaufils, 1996 in T. Soulas et A. Brédat 2012, p 21). A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur (Gurin, Veroff et Feld, 1960, cité par T. Soulas et A. Brédat 2012, p 21).

Mais ce sont les sociologues américains, dont les groupes d'Andrews et Whity, mais aussi de Campbell (Université du Michigan), qui vont déterminer les premiers indicateurs objectifs de qualité de vie (revenus, criminalité, santé, emploi, éducation...). Dès 1976, ces chercheurs, notamment Campbell, font remarquer que malgré la bonne santé de la société et de l'économie américaine, en dépit des progrès médicaux et du contexte de démocratie, un nombre croissant de personnes se dit insatisfaits de son bien-être psychologique, ou qualité de vie, termes que les chercheurs emploient alors indifféremment. Cette absence de liens entre indicateurs socio-économiques et objectifs et le bien-être subjectifs est déterminante dans l'introduction des premiers auto-questionnaires de qualité de vie subjective. En Europe, les travaux en ce domaine débutant un

peu plus tardivement. En France, dans le secteur de la santé, le terme de qualité de vie fait son apparition en 1966 dans les Annales de médecine interne (Montreuil, Tazopoulou et Truelle, 2009 cité par T. Soulas et A. Brédat 2012, p21).

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau. Il est accru depuis les années soixante-dix, c'est un concept à la mode depuis une quinzaine d'années et qui a réussi à supplanter. C'est aussi un concept clé dans diverses approches cette notion est de valeurs apparue pour la première fois dans des textes à la fin des années cinquante et au milieu des années soixante.ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes d'intérêt en fonction du domaine de ceux qui l'abordent. (T. Soulas et A. Brédat 2012, p21).

### **1.1.L'approche philosophique :**

Les notions de bonheur, plaisir, désir et de bien être font partie intégrante de la notion de qualité de vie. En effets pour beaucoup de philosophes comme Aristote, Platon, Socrate...s'est penchés sur cette notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation. (Fischer, G-N P.284)

### **1.2. L'approche psychosociologique:**

Les sociologues ont défini les notions de Bonheur, de bien être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie.

Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien être, et aux facteurs susceptibles d'influer le bien être a savoir des facteurs interne, (estime de soi, besoin, désirs).et externe (aspects sociodémographique, événements de vie, soutien social).Cependant ils ont négligé la composante comportementale alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressé a travers le concept d'attitude. C'est

aux années soixante-dix qu'apparait le terme de qualité de vie avec Bradburn sur la structure psychologique du bien être.

Les psychologues et les sociologues restent liés à la santé psychique et mental, émotionnelle et intégration sociale. (Fischer G-N P285)

### **1.3. L'approche politique et économique :**

La notion de qualité de vie, telle qu'elle est conçue en économie et en politique se réfère essentiellement à un niveau de vie optimal, condition de bien être matériel aux quelles tout individu devrait pouvoir accéder.

Dans cette approche, à une autre vision de la qualité de vie qui va laisser son caractère individuel pour être collective. Plusieurs personnes sont intéressées à ce concept tel que Henri VI en France, et parmi ceux qui ont utilisé le terme, Hoover, Johnson aux Etats-Unis, prétendait apporter à ses citoyens une voiture dans chaque garage, une volaille dans chaque assiette.

### **1.4.L'approche médicale :**

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et plus particulièrement en psychiatrie, les progrès qu'a connu la médecine ont apporté des traitements qui ont permis une certaine longévité pour les personnes souffrant de maladies chroniques, tous ceci aux conséquences multiples (physique, mentale, sociale) affectant le bien être des patients plutôt que leur survie, ce qui a poussé les spécialistes en ce domaine d'apporter des solutions et de préserver la qualité de vie de ces personnes, tout en évaluant l'impact physique, subjectif et sociale de ces maladies ainsi que les traitements qui leur sont associés.

Depuis quelques années les chercheurs en santé considèrent que la qualité de vie concerne l'état fonctionnel objectif ainsi que le bien être subjectif des patients qui sont des dimensions différentes. (B.Schweitzer. M, 2002, P.46)



## 2. Définition du concept de qualité de vie :

Selon Fagot-Largeault La qualité de vie, c'est ce qui rend la vie bonne, agréable, ou confortable

Selon Auquier et al, 2006 La qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition c'est un concept intrinsèquement subjectif.

Selon Launois (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, styles de vie... Qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. (Launois 1996 cité par T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 21. 22)

Selon l'OMS (WHOQOL group, 1994), la qualité de vie est :

La façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement.

Pour sa part, l'OMS retient donc six grandes dimensions pour la qualité de vie : physique, psychologique, sociales, degré d'indépendance, environnement, convictions et spiritualité personnelles.

Ainsi pour la Martin et Pertti (2004), la qualité de vie est liée à trois grandes catégories de facteurs :

- 1) les conditions de vie objectives dans différents domaines et la perception subjective (satisfaction) de ces conditions ;
- 2) les capacités, performances et limites fonctionnelles de la personne (réelles et perçues) ;
- 3) le sentiment de bien-être subjectif lié aux états de bien-être ou de détresse. (T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 21. 22)

D'après la Définition officielle de l'OMS datant de 1946, dans le préambule de la constitution de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité »

En 1993, L'OMS a défini la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et du son système de valeurs, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyance personnelle, ainsi que sa relation aux éléments essentielle de son environnement. (C,Ribau, J- juillet 2003) Selon Rosenblatt et Attkisson, 1990 :

Une étude sur la qualité de vie devrait permettre au moins d'évaluer cinq aspects de la vie d'un individu, soit les dimensions biologique, psychologique, interpersonnelle, social et économique. (Fischer, P298)

D'après ces définitions, en peut constater que la notion de la qualité de vie englobe et intègre plusieurs dimension, physique, psychique, psychologique et social, l'état de santé, l'état de santé physique et psychologique ses relations sociales son niveau d'autonomie ainsi sa relation aux facteurs de son environnement.

### **3. Les concepts de la qualité de vie :**

#### **3.1. Conceptions objectives :**

Les conceptions de la qualité de vie objectives limitées aux seules conditions de vie matérielles (point de vu politique et économique) et à l'absence de maladie physique. A cette conception objective (accessible par hétéro-évaluation), s'ajoute une conception subjective et phénoménale, seulement accessible par auto-évaluation. (B.Schweitzer.M, 2002, P 49)

Elle renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observable dans la vie d'une personne. Elle correspond aux conditions de vie du sujet qu'elles apparaissent a un observateur extérieur.

#### **3.2. Conceptions subjectives :**

Les conceptions de la qualité de vie subjectives en occultent les composantes objectives. C'est le cas de celle proposée par Nordenfelt (1994) : « la qualité de vie se définit par le degré de satisfaction ou le bonheur globale ressenti par un individu dans sa vie ».

Pour certains, la qualité de vie correspond a la satisfaction des besoins et les désirs. Pour Mallow il existe une hiérarchie des besoins, à commencer par les besoins vitaux (manger, boire, dormir), jusqu'a a des besoins de plus en plus élevé (besoin de sécurité, besoin d'aimer, besoin d'estim., besoin d'accomplir).

Tandis que Griffin(1988), l'ensemble des besoins et des désirs humains dépend d'un système de valeurs qui donne a la vie son sens et sa structure (se réaliser et réussir, être autonome et libre comprendre le monde et soi même).

Les mesures subjectives ou évaluatives de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ses différentes expériences de vie.

### **3.4. Conceptions intégratives :**

Deux sorte de conceptions intégratives, les unes simplement additives, d'autre plus dynamiques impliquant à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser.

#### ***3.4.1. Parmi les définitions intégratives simplement additives :***

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociale, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement(OMS).

Ya d'autre définition intégrative qui prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considèrent la qualité de vie comme un véritable système : la qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critère sociaux normatifs et de critère individuels, du système « personne-environnement » de chaque individu. (Lawton, 1997. cité par B.Schwietzer. M, 2002, p.51).

#### ***3.4.2. Les avantages des définitions de la qualité de vie en terme intégratifs et dynamique sont :***

- Prendre en compte à la fois les composantes externes exemple (l'état de santé, les conditions de vie), et les composantes internes tel que (la satisfaction, le bien être subjectif) de cet ensemble complexe.
- Evaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vu.
- Considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie. (B.Scheitzer.M, 2002, P 51).

#### 4. La qualité de vie liée à la santé :

La santé est l'une des composantes du concept de qualité de vie. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (qualité de vie liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, condition de vie...) en revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de qualité de vie ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades. Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de qualité de vie dans le domaine biomédical : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946). Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale.

Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposés (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en termes d'altération des différents domaines de la qualité de vie. Il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés ; voire d'exprimer son sentiment de handicap ou d'attente de l'estime de soi. (T. Soulas et A. Brédat 2012. P.22, 23).

## **5. Les domaines et les composantes de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, mental et social, ces domaines doivent être évalués selon plusieurs points de vue.

Selon les auteurs, la qualité de vie globale comprend de trois à six domaines ou dimensions, on y trouve en général quatre catégories essentielles : la santé psychologique (bien être), la santé physique (les capacités fonctionnelles), les relations et activités sociales et enfin le bien être matériel. (B,Schweitzer,M, 2002, P.51-52)

### **5.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie :**

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et état affectifs positifs. Pour d'autre comprend l'absence d'affects négatifs (anxiété, dépression).on est ici dans les conceptions tantôt unidimensionnelles, tantôt bidimensionnelles de la santé donc on est proche des notions psychologique ou de bien être subjectif.

Quant à certaines compétences et performances (neuropsychologiques, cognitives, psychomotrices) elles sont classées dans la dimension « psychologique » d'autre dans « santé physique et capacités fonctionnelles ».mais il serait clair de les situer dans le domaine psychologique parce que toutes les altérations et les troubles du fonctionnement psychologique du sujet peuvent induits par l'état de santé ou par le traitement qu'il subit.

### **5.2. Le domaine physique de la qualité de vie :**

Dans ce domaine plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles qui se subdivisent en composantes plus fines.

La santé physique comprend l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs et les différents indicateurs biologiques et les capacités fonctionnelles concernant le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes qu'il peut accomplir.

L'évaluation de ces aspects de la qualité de vie physique se fait selon de point deux points de vue : « externe » médical par exemple il consiste à évaluer objectivement la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus. « Interne » par auto-évaluation qui permettra d'atteindre les représentations, perceptions et le vécu subjectif de sa santé par lui-même. (B.Schweitzer.M, 2002, P.53-54)

### **5.3. Le domaine social de la qualité de vie :**

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie, on oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Une fonction sociale optimale suppose un réseau de relations quantitativement suffisant et qualitativement satisfaisant.

Ainsi il se trouve plusieurs échelles de qualité de vie qui évaluent la santé sociale définie comme la participation à des activités sociale, comme échelle de NHP ou le WHOQOL-26 ou 100items. Pour certains auteurs comme Griffin (1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales de l'individu comme l'authenticité de ces relations. Pour d'autre comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales, estime de soi, échec et réussites. (B.Schweitzer.M, P.57)

## **6. Les composantes de la psychologie de la qualité de vie :**

### **6.1. La satisfaction de la vie :**

Les études sociologiques, centrées sur le bien-être matériel et les conditions d'existence conduisant les individus à évaluer leur vie de façon positive, se sont ensuite intéressées à la satisfaction de vie. La satisfaction de la vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de référence (valeurs, idéaux). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (Pavot et al. 1991 in B.Schweitzer.M, 2002, P.57). Pour Diener(1994), la satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être décomposée en domaines plus spécifiques tels que la profession, famille, loisirs, santé ... (B.Schweitzer.M, 2002, P.57)

### **6.2. Le bonheur :**

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désignait dans les années soixante-dix un état dans lequel, pour une personne donnée les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs. Mais dans les années quatre-vingt-dix (Argyle et al. 1989 et Eysenck, 1990, Myers, 1993). Pour eux, le bonheur est une disposition relativement agréable (joie, plaisir), à être globalement satisfait de sa vie et enfin éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression). Certaines échelles de bonheur ont été construites selon cette conception tridimensionnelle, la plus connue est l'OHI un questionnaire qui comprend 29 items.

Pour Musschenga (1997) le bonheur est une notion « pluraliste ». Elle comprend trois composantes : une composante émotionnelle positive, une autre cognitive-évaluative et la dernière comportementale.



### 6.3 Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectifs intègre des processus cognitifs (satisfaction de la vie) et émotionnels (affectivité positive et négative).ce dernier se définit selon trois critères :

-IL est subjectif, c'est une auto-évaluation, qui n'a rien avoir avec les conditions de vie objectives (bien-être matériel).

-Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie.

-Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives car il correspond à la présence d'affects agréables.

-Pour Diener (1994, p.108), le bien-être correspond à l'expérience globale de réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur telles que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique.

L'intérêt de se model est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugements, comparaisons) et des processus émotionnels. Le bien-être subjectif ne correspond donc pas seulement à l'absence de symptômes psychologiques, c'est aussi la présence d'émotions et d'états agréables.

### **7.Les mesures de la qualité de vie :**

la qualité ce vie contient deux sortes de mesures, échelle générique et spécifique. La première pour convenir une très grande variété d'individu et de groupe, la seconde pour s'adapter aux problèmes d'une population donné.

#### **7.1.Mesures de la qualité de vie génériques :**

Les mesures génériques on été élaborées pour convenir à une très grande variété d'individus et de groupes, elles couvrent des aspects très vastes de l'existence, concernent a la fois les ressources physiques, mentale et sociales des individus et la façon d'évaluer globalement leur vie. On peut remarquer

beaucoup d'auteurs utilisent les dénominations élastiques : un instrument mesurant le bien être ou la santé pouvant prétendre mesurer la qualité de vie et inversement.

Dans cette mesure on peut remarquer plusieurs échelles de la qualité de vie comme la **MOS SF-36**, le **WHOQL-100** et **WOQOL-26**. (B.Schweitzer.M, 2002, p.71-73)

### **7.2.Les mesures de la qualité de vie spécifiques :**

Les mesures de la qualité de vie spécifiques ont été construites pour décrire la façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients cardiaques, cancéreux..). Ces mesures sont utilisées plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur les divers domaines de la vie chez une population donnée. Parmi ces échelles on trouve **L'AIMS** et **Le QLQ-C30**. (B.Schweitzer.M, 2002, p.76-79-81)

### **8. L'impact des adaptations psychologiques :**

Le degré d'ajustement à la pathologie peut donc lui aussi évaluer (Singh et Dixit, 2010). Le changement de qualité de vie mesuré au détour d'une prise en charge thérapeutique peut donc tout à fait refléter non l'impact de cette dernière, mais un changement dû aux modalités d'ajustement (Brousse et Boisaubert, 2007) ou l'évaluation des attentes de personne (Wood-Dauphinee, 1999.cité par : T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 38).

Mais la conception même de la qualité de vie, selon les patients, peut se modifier entre deux évaluations. Ce changement peut être tout aussi bien imputable aux processus d'adaptation évoquée précédemment qu'à l'effet même de l'intervention thérapeutique.

Ainsi, par exemple, ce qui était auparavant considéré comme un niveau de fatigue élevé peut, après un traitement très invasif, être considéré comme un

niveau de fatigue moyen. Ce phénomène est désigné par Sprangers et Schwarts (1999). Il consiste en un réajustement des critères de jugement et de la représentation de la qualité de vie en fonction des comparaisons sociales, notamment descendantes, lorsqu'il consiste en une comparaison avec des personnes dont l'état de santé est plus mauvais que le sien (Singh et Dixit, 2010. Cité par.T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 38.39).

### **9. Les différents champs d'application du concept de qualité de vie :**

Habituellement, on distingue trois champs d'application pour les mesures de qualité de vie liée à la santé : la santé publique, la recherche clinique et l'exercice clinique quotidien (Brousse et Boisaubert, 2007 inT. Soulas et A. Brédat 2012. p, 25,26)

En santé publique, le concept occupe désormais une place dans les études visant à évaluer les interventions médicales ou psychosociales, de soin ou de prévention ; ces évaluations pouvant être couplées de considérations médico-économiques.

En recherche clinique, la qualité de vie constitue un critère d'évaluation secondaire lorsque l'essai porte tout d'abord sur l'efficacité biomédicale du traitement, comme cela est d'ailleurs préconisé par la Haute autorité de santé pour l'évaluation des prises en charge dans bien des pathologies. La qualité de vie peut constituer un critère principal dans les essais en soins de support (ex. : intervention psychologique) ou palliatifs où celle-ci est alors l'objectif principal de l'intervention. Dans ce contexte, les interventions psychologiques peuvent mettre d'avenage l'accent sur une évaluation du bien-être subjectif de personne. La notion de bien-être, étudiée en particulier par les psychosociologues, dénote un fonctionnement et un vécu psychologique optimal. Celui-ci recouvre à la fois un équilibre entre affects positifs et négatifs (conception hédoniste) et le fait de mener une vie en accord avec soi-même (conception eudémoniste). La

conception eudémoniste a été, notamment, opérationnalisée par les échelles de Ryff qui évaluent six composantes du bien-être psychologique : l'auto-acceptation, des relations positives avec les autres, un sentiment d'autonomie, de buts dans la vie, de maîtrise et de croissance personnelle (Ryff, 1989, cité par. T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 25,26)

Le recours à des outils de qualité de vie en pratique clinique quotidienne se développe progressivement. Tout d'abord pour le soignant, les données fournies par le patient peuvent constituer la base d'une discussion sur des difficultés qui seraient restées inexplorées autrement, participant ainsi de la qualité de la prise en charge, mais aussi du renforcement de l'alliance thérapeutique. Mais ces données, en fonction des différents champs qu'elles explorent (ex. : anxiété, dépression, fonctions cognitives), ont également une valeur d'aide au diagnostic lorsqu'elles mettent en exergue un déficit spécifique difficilement perceptible lors d'une consultation standard (Lejeune, 200, cité par .T. Soulas et A. Brédat 2012. p, 26).

De nombreux chercheurs et scientifique ont essayé de donner des versions différentes dans leurs explications de la qualité de vie. Donc il y en a qui disent que c'est le bien être matériel. Et d'autre qui disent que c'est le bien être subjectifs, mais le principe c'est de donner des dispositifs et des moyens permettant l'amélioration de la qualité de vie.

Dans ce chapitre, nous commencerons par présenter l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation du thème de notre recherche intitulée «la qualité de vie chez les femmes abortives », puis exposer l'outil dont nous ferons usage le long de notre travail, nous allons souligner les critères de sélection de notre population d'étude, puis, nous joindrons nos entretiens utilisés afin d'affirmer ou infirmer nos hypothèses.

## **1.La démarche de la recherche :**

### **1.1. pré-enquête :**

L'étape de la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes recherches.car elle permet de recueillir des idées et des informations vis-à-vis de thème de la recherche, mais aussi avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler ses hypothèses de recherche. Elle permet aussi de cerner le thème de la recherche et de vérifier sa faisabilité, le chercheur tente de se familiariser de façon la plus complète possible avec son sujet.

Nous avons pris contact avec des femmes qui souffrent d'avortement spontané, qui ont donnée leurs consentements pour la participation à cette étude auxquelles nous avons précisé l'objet de notre recherche après nous nous sommes déplacés chez deux (02) établissement hospitalier spécialisé en génécologie de la wilaya de Bejaïa.

### **1.2.La méthode clinique :**

C'est une méthode pertinente dans notre recherche car elle prend en compte les exigences de référence à la singularité de l'individu, elle s'intéresse aussi à la dimension concrète des situations et à la dynamique et à la genèse de celui-ci.

Son but est de comprendre le fonctionnement et l'état psychique de l'individu à travers sa genèse.

Il s'agit pour le psychologue, à travers cette méthode, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. (Chahraoui-Benoney, 2003).

La méthode clinique fait recours aux entretiens, les échelles d'évaluations, les tests, etc.

Selon D. Lagache (1949), la méthode clinique est l'étude des faits ou des événements psychologiques qu'ils soient normaux ou pathologiques, et ceci indépendamment de sa cause, connue ou supposée. Cette méthode consiste à s'accommoder à la manière d'être l'original de l'autre. Avec cette méthode on peut utiliser des tests, des échelles d'observation, le dessin, le jeu et l'entretien clinique. Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien que nous allons définir dans ce qui va suivre.

La méthode clinique fait appel à l'étude de cas, avec laquelle nous pouvons décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire, mais aussi elle prend en compte des relations de ce dernier avec autrui.

### **1.3. Etude de cas :**

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

Cette méthode permet par le moyen de recueil de données, la compréhension de la personne totale en situation et en interaction.

C'est-à-dire l'étude de cas permet une observation approfondie d'un individu dans sa singularité et ses interactions avec autrui ou d'un groupe d'individus en interaction, en se référant à la méthode clinique.

## **2. Présentation de lieu de la recherche**

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de données et d'information comme une base pour la vérification de nos hypothèses.

Notre étude a été effectuée dans deux établissements hospitaliers (clinique d'accouchement de Targua Ou Zammour unité « mère enfant » et Etablissement Public Hospitalier d'Akbou « Akloul Ali ») de la wilaya de Béjaïa.

### **3. Le groupe d'étude :**

Dans notre recherche d'étude on a choisi six femmes qui ont subi l'avortement (spontané ou à répétition) qui n'ont pas des enfants.

Notre échantillon d'étude était sélectionné avec leurs consentements en respectant certaines caractéristiques :

#### ***-Critère homogénéités :***

- Tout les cas ont vécu avortement (spontané ou à répétition)
- Sont des femmes qui n'ont pas des enfants.

#### ***-Critères non pertinents :***

- L'âge.
- Le niveau d'instruction.
- Les causes d'avortement.

### 3.1. Les caractéristiques de groupe de la recherche

**Tableau I : Tableau récapitulatif de notre population d'étude :**

Caractéristique Cas	Age	Niveau D'instruction	Situation professionnelle	Date de Mariage	Nombre D'avortement Spontané	Causes
<b>Kahina</b>	22 ans	2em année lycée	Femme au foyer	5 mois	1	Sans cause apparente
<b>Siham</b>	26 ans	9em AF	Femme au foyer	2ans	2	Sans cause apparente
<b>Samia</b>	34 ans	universitaire	avocate	6ans	2	Sans cause apparente
<b>Souad</b>	38 ans	Analphabète	Femme au foyer	4ans	3	Sans cause apparente
<b>Farida</b>	31 ans	3em année lycée	Femme au foyer	5ans	4	Sans cause apparente
<b>Assia</b>	37 ans	5em année	Femme au foyer	14ans	6	Sans cause apparente

**Remarque :** Les noms des femmes présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

D'après ce tableau on déduit que ces six femmes, ont un âge du moyen de trentaine, un niveau d'instruction différent, et la même situation professionnelle sauf Samia qui est avocate, c'est six (06) cas se réparties en deux catégories, la première souffre d'un avortement spontané (Kahina, Siham, Samia) et la



deuxième catégorie souffre d'un avortement spontané à répétition (Souad, Farida, Assia).

#### **4.outils de recherches :**

Notre étude relève de la démarche clinique qui privilège certains outils tels l'entretien clinique et l'échelle, tests. Dans notre recherche on se réfère à l'entretien clinique et le l'échelle de MOS SF-36. Vu leur importance dans l'étude et leur complémentarité, ce qui nous permet de recueillir le maximum de données possibles sur le thème d'étude.

##### **4.1.L'entretien clinique :**

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique il vise à recueillir un maximum d'information sur le sujet (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet. (Chahraoui.kh,Hervé.B,1999p.13).

L'entretien clinique nous permettra d'avoir des informations sur les personnes, Sa particularité réside dans le fait qu'il constitue un processus de communication sans visée diagnostic ou thérapeutique. (Collette.C,2006.p3).

Les entretiens cliniques peuvent être regroupés en trois types : directif, non directif et semi directif auquel on a opté à l'occasion de la présente étude. L'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée, avec projet d'explorer des thèmes particuliers. Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance.

L'objectif principal de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité, c'est une manière aussi d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en mettant l'accent sur son vécu et ses relations, il constitue selon Chahraoui(2003) l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. Chahraoui(2003)

**4.1.1.L'entretien semi-directif:**

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur développe une attitude plus active dans ses Interventions ; à savoir s'inscrire dans une démarche de semi-directivité en posant des questions au moment opportun dans le but de faciliter l'expression. L'entretien semi directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien est moins présent dans ce type d'entretien et propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit (Chahraoui et Benony,2003,p.143).

Nous avons opté pour l'entretien semi directif, car il permet de recueillir plus d'informations possibles sur le sujet, Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de trois axes.

**4.1.2.Le guide d'entretien :**

Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. (A.Blanchet,1992,cité par Chahraoui.kh,Hervé.B,1999,p68).

**4.1.3.Présentations des axes du guide d'entretien:**

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. (Blanchet 1985 cité par Chahraoui.Kh,Hervé.B,1999,p68,p69).

## **4.2. Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie :**

### **Le MOS SF-36 (medical Outcome Study Short From 36 items):**

Il est issu d'une étude transversale menée sur 20 000 patients et d'une étude longitudinale menée pendant quatre ans sur 2 546 patients souffrant de pathologie divers (diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, etc.) par Ware et Sherbourne (1992). Au la qualité de vie était évaluée par 149 items. Les échelles qui en sont dérivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concernant plusieurs domaines et dimensions de qualité de vie le **SF-36** doit sa notoriété à un projet international (le projet IQOLA : international Quality of Life Assessment) qui a consisté à adapter et valider cette technique dans 15 pays différents.

Il s'agit bien d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Il n'y a pas de prise en compte du bien-être matériel, ni valeurs, ni de la satisfaction de la vie globale.

Tout le monde s'accorde à évaluée le SF-36 très favorablement, car il est d'une validité et d'une fidélité satisfaisantes compte tenu de sont petit nombre d'items, de sa bonne acceptabilité et sa sensibilité au changement. De plus, on dispose de normes établies dans de nombreux pays et sur de nombreux groupes cliniques (B.Schweitzer.M, 2002, p73).

**4.2.1. Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF-36, Our Short-Forme 36 Heath Survey).**

#### **Définition :**

Développé durant les années 1982 aux Etats-Unis, dans le cadre d'une étude plus large, Médical Out come Study ou (MOS), le SF-36 est une échelle générique de mesure de qualité de vie axée sur la perception par le patient de

son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients, mais intègre également des axes plus comportementalistes.

Ce questionnaire peut-être auto-administré ou administré par enquêteur, soit pas entretiens, etc. Les échelles qui sont drivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concertant plusieurs domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé physique, limitations dues à l'état physique ;

- Activité physique (physique Fonctionné) ou PF : question 03 composée de 10 sous-questions.
- Limitations dues à l'état physique (Rôle physique) ou RP : question de 4 composée de 04 sous-questions.
- Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP : questions de 7 et 8.
- Santé perçue (General Heath) ou GH : questions 1, 2, 3, 4,6 et 8.
- Vitalité (Vitalité) ou VT : question 09 composée de 04 sous-questions (i, e, c, a).
- Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF : questions 6 et 10.
- Santé psychique (Mental Heath) ou MH : question de 09 composée de 04 sous-questions (h, f, d, g, b).
- Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotionnel) ou RE : question de 05 composée de 03 sous-questions.

La composante santé physique évaluée est reflétée par les domaines : Activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé perçu. Chaque domaine ou échelle est exploré par un nombre de questions différent. Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan F. 2009, pp. 32-34).

#### 4.2.2. *L'analyse des techniques utilisées*

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

#### 4.2.3. *Analyse de l'entretien clinique :*

##### **-La santé physique :**

- . La santé antérieure et actuelle.
- . Le début et la cause de la maladie.
- . Les complications de la maladie.

##### **-L'investissement de l'objet**

- .Les événement importants dans la vie du patient.
- .La qualité de la vie professionnelle et relationnelle.
- .La vie sexuelle du patient.

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3, de 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation et est appelée transformation linéaire. Elle repose sur les formules suivantes :

- Les dimensions 1.2.6.8.9 (h, e, d, a), 11 (c, b) sont cotées de 100.75.50.25.0.
- Les dimensions 4 (d, c, b, a), 5 (c, b, a),9 (i, g, f, c, b) ,10 ,11 (d, a) sont cotées de 0.25.50.75.100.
- La dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100.
- Les dimensions 7 sont cotées 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre de questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés des moyennes des dimensions obtenues divisée par 8. L'estimation jugée positive lorsque le degré est supérieur, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade.

### **5.Déroulement de la pratique de la recherche**

L'administration de l'échelle du SF-36 à des patients dans le cadre d'une étude de qualité de vie selon diverses modalités. Il peut être auto-administré lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure (sauf si le sujet n'arrive pas à comprendre le contenu). Dans ce cas là, nous intervenons pour l'aider à clarifier les questions. (Allain,L et Joel.C,2001p,31,32) .

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

Après avoir recueilli les données lors de l'entretien on a soumis à une méthode qui est l'interprétation et l'analyse des résultats .

### 1<sup>ère</sup> cas : kahina 22 ans

- **Présentation et analyse de l'entretien :**

Kahina âgée de 22 ans, femme au foyer, d'un niveau d'instruction moyen, rencontrée à l'unité hospitalière « Akloul Ali » à Akbou.

Elle est mariée depuis cinq mois avec un mari qu'elle a choisi elle-même, sans aucun enfant, elle a subi un seul avortement spontané.

Avant d'entamer l'entretien nous avons remarqué que Kahina semblait être énervée et souriante au même temps, elle était communicative avec nous.

Le sujet nous a avoué qu'elle mène une bonne relation avec son mari, et une dégradation dans ces relations familiales, (sa belle sœur) avant est après la grossesse. On a constaté ça d'après ses propos «wara kontihkon talwasthiw iyiskofran, thanghayi thashavliyi ouythchajara tranquille » (je vais vous raconter !! ma belle sœur m'énerve, me tue, me rend folle, elle ne me laisse pas tranquille). Kahina a vécu une seule grossesse elle a duré un mois sans aucune cause apparue, mais d'après ses paroles elle culpabilise sa belle sœur qui a 12 ans « faljalas iydaghli, nassath idassaba, thakthav thawrikth athsarsiss anda assazragh, ami ssaghrih oufigh takthav bali thavgha adamthagh naki dal bébé yno » (c'est à cause d'elle que j'ai perdu mon bébé, elle a écrit une lettre où elle a mentionné qu'elle souhaite ma mort). D'après son discours, dès qu'elle a lu la lettre elle a tapé une crise de nerf ce qui a provoqué un avortement spontané.

Kahina désire une autre grossesse elle dit : « bien sûr vghigh adarnogh, ghas aka yeghliyid, mais hamdoullah kan ma chi ta3ikarth iligh » (bien sûr je désire une autre grossesse, dieu merci comme je ne suis pas stérile), et elle ne se

compare pas aux femmes qui ont des enfants. Le bébé pour elle est le bonheur et la paix, elle l'imagine comme son père.

Notre patiente est entraînée de nier sa véritable réalité et elle culpabilise et projette son avortement spontané sur sa belle sœur comme c'est elle la fautif, ce qui a affecté un désordre psychique en elle. Et cette projection qu'elle a subie est la raison principale de ses pertes. Et en remarque que la patiente elle a subi un changement émotionnel.

- **Analyse du questionnaire général de la qualité de vie MOS SF-36 :**

**Tableau n°1 : le degré de la qualité de vie de Kahina selon MOS SF-36 :**

<b>Dimension</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>BP</b>	<b>SF</b>	<b>MH</b>	<b>RE</b>	<b>VT</b>	<b>GH</b>	<b>QDV globale</b>
<b>QDV</b>	75	12.50	70	25	65	0	62.50	47.91	<b>44.73</b>
<b>MOS SF-36</b>	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	<b>64.30</b>

À partir du tableau en contons que le score de la qualité de vie chez kahina est de **44.73** il est bas par rapport au score moyen référentiel du MOS SF-36 qui est de **64.30**. Cela montre que sa qualité de vie est mauvaise.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarquée une estimation élevée dans les deux dimensions suivantes :

- Activité physique(PF) qui est de  $75 > 70.61$ .

-Vitalité(VT) qui est de  $62.50 > 56.93$ .

Et une estimation proche de celle de MOS SF-36 :

-Douleurs physiques(BP) qui est de  $70 < 70.61$ .

Et une estimation basse dans les dimensions suivantes :



-Limitation due à l'état physique(RP) qui est de 12.50<52.92.

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est de 25<78.77.

-Santé perçue (GH) qui est de 47.91<56.93.

-Santé psychique (MH) qui est de 65<70.38.

Et une estimation très basse dans cette dimension suivante :

-Limitation due à l'état psychique(RE) qui est de 0<65.78.

Son état psychique est également touchés cela s'exprime dans Limitation due à l'état psychique(RE) qui est de 0<65.78, par rapport aux autres dimensions ce qu'on a constaté dans l'entretien que la patiente, elle culpabilise sa perte à sa belle sœur, ce qui a créé chez elle la colère et les comportements d'agitation. Ce qui concerne ses relations avec les autres(SF) elles sont mauvaise qui est de 25<78.77. Ce qu'on a déduit dans l'entretien Elle vit des conflits avec sa belle sœur ce qui l'empêche d'avoir une certaine stabilité dans sa vie avec son entourage.

- **Synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

D'après l'analyse de l'entretien et de questionnaire de la qualité de vie, nous avons pu constater que la vie psychique de Kahina est impressionnée par son avortement spontané où elle désavoue sa vraie réalité de perte quand elle culpabilise sa belle sœur, ainsi on constate que la tâche vitale et physique qu'elle fait peut être pour décharger ces nerfs ce qu'on a constaté par l'entretien qu'elle donne son énergie à l'activité physique peut être pour qu'elle oublie ces souffrances.

### 2<sup>ème</sup> cas : Sihem 26

- **Présentation et analyse de l'entretien:**

Sihem âgée de 26 ans, femme au foyer, d'un niveau d'instruction moyen. Rencontré à l'unité hospitalière « mère enfant » du CHE de Bejaïa.

Marié depuis deux ans avec un homme qu'elle a choisie, elle a eu deux avortement spontané, sans aucun enfant. Sa grossesse est programmée.

Au cours de l'entretien Sihem était triste et fatigué, au moment qu'on a entamé le discours avec elle, commence à pleurer, et elle déclare spontanément ses douleurs intérieures qu'elle a vécu durant ces avortements spontanés.

La patiente nous a confié qu'elle mène des bonnes relations avec son mari et sa belle famille, avant et après la grossesse, et que sa santé est dégradée par rapport aux années passées.

Sihem a subi deux avortements durant trois ans, la première a duré un mois et la deuxième d'une durée de trois mois, le médecin traitant n'a rien signalé comme problème.

Ce qu'on a remarqué que la patiente elle croit à la sorcellerie « thanayid tamgharhiw ed lahed imikhadman es sab3a toura amara fghagh assagui adrouhagh areghikh » (ma belle mère ma dit y'a une femme qui fait des fausses couches elle ta fait de la sorcellerie, et dès que je sors d'ici je vais voir un charlatan ». D'après Sihem les avortements qu'elle a fait c'est à cause des rêves et des cauchemars répétitifs qu'elle voit à chaque grossesse, elle dit « sath mazwarth ourgagh thaghliyid, asthsnath ourgaghss daghen thaghliyid ami klagh ouhmilghara adatssagh » (ma première grossesse j'ai vu un cauchemar dès que je me suis réveillé j'ai senti qu'il est tombé, et ma deuxième aussi c'est la même chose, jusqu'à que j'ai l'horreur de dormir). Elle sent aussi que sa santé

est dégradée et elle dit « tighanoussiniw ghalintiyid ighassaniw sakrahniyi » (mes dent tombe et mes muscle me font mal ». On a remarquées que Sihem souffre des troubles de sommeil et qu'elle est traumatisée par ces cauchemars répétitifs influencés sur sa vie psychique.

Sihem elle se compare à sa sœur qui à des enfants, elle voie que sa vie conjugale n'est pas complète sans enfants, et ce dernier qui complice sa vie, au moment qu'elle l'imagine « avghigh adifagh damalel dazarkak akem vavas » (je veux qu'il sera blanc avec des yeux bleu comme son père), elle s'exprime par des gestes avec ces mains, que le bébé « ثمرة حب ».

On conclure que Sihem souffre des cauchemars répétitif, se qui a influencé sur ses grossesses, et elle vie un moment d'anxiété et une irritabilité et un vécu traumatisant, et que ces événements touchent sa vie psychique.

- **Analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :**

**Tableau n°2 : le degré de la qualité de vie chez Sihem selon MOS SF-36:**

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	80	0	57.50	12.50	40	0	43.75	55	36.09
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

Selon le tableau la qualité de vie globale est évaluer à **36.09**, elle est basse par rapport au score moyen référentiel du MOS SF-36 qui est **64.30**. Qui indique que sa qualité de vie est mauvaise.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation très basse dans les dimensions suivante :

- Limitation due à l'état physique (RP) qui est de  $0 < 52.92$ .
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de  $0 < 65.78$ .
- Vie et relations avec les autres (SF) qui est de  $12.50 < 78.77$ .

Et une estimation basse dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physiques (BP) qui est de  $57.50 < 70.83$ .
- Santé psychique (MH) qui est de  $40 < 70.38$ .
- Vitalité (VT) qui est de  $43.75 < 52.15$ .

Et une estimation proche dans la dimension suivante :

- Santé perçue (GH) qui est de  $55 \leq 56.93$ .

En dernière une estimation élevée dans la dimension suivante :

- Activité physique (PF) qui est de  $80 > 70.61$ .

A partir de cette analyse du questionnaire de la qualité de vie, nous avons constaté que la vie quotidienne, familiale, sociale, sont très affecté par l'avortement, ce qui provoque en elle un sentiment d'évitement, et d'isolement.

Son état physique et psychique sont vraiment touchés cela se remarque dans limitation due à l'état physique (RP), état psychique (RE) qui sont très basse en comparaison de celle de MOS-SF 36.

- **Synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

Concernant la qualité de vie de sihem est touché dans les taches physique, psychique et relationnel qui indique qu'elle n'a pas un bon soutien familial et aussi elle refoule ses souffrances, ce qui a laissé les deux scores d'être bas.

**3<sup>ème</sup> cas: Samia 34**

- **Présentation et analyse de l'entretien:**

Samia âgée de 34 ans, avocate, d'un niveau d'instruction supérieure, rencontré à l'unité hospitalière de « mère enfant » du CHU de Bejaïa.

Elle est mariée depuis six ans avec un mari qu'elle a choisi elle-même, elle n'a aucun enfant, elle a subi deux avortements spontanés. C'est une grossesse programmée.

Durant l'entretien Samia était calme détendue et triste malheureuse au même temps, elle nous a facilité le contact.

Lorsqu'on l'interroge sur sa relation avec son mari et ses relations familiales le sujet nous a confiées qu'elle a des bonnes relations avec eux avant et après la grossesse. Sa santé n'a pas changé avant et après la grossesse.

Samia après son mariage elle a fait deux avortements spontanés, la première à durée quatre mois et la deuxième à durée six mois, et sans aucune cause apparue, elle a mal réagi, et elle éprouve un sentiment de culpabilité dans ces propos « asshossogh sel manque ami kimagh settesnine bla darya, mes toujours s3igh l'espoir » (je sens un manque comme j'ai resté six ans sans avoir des enfants, mais toujours j'ai d'espoir).

Samia a mal vécu cette période elle était dans un terrible état de délabrement psychologique à la suite d'avortement qu'elle a subi, elle était découragée, désespérée et fatiguée, malgré ces souffrances on voit qu'elle éprouve la bienveillance, à chaque fois elle revient à la religion on résume ça dans ces propos « atfagh agrbi kimagh » (je tiens au dieu).

Elle souhaite d'être à la place des autres femmes qui ont des enfants, elle nous a dit qu'elle a un vide et sa touche sa féminité toute triste elle dit : « dacho igchjan la femme takmal , del bébé, naki ous3ighara mes ghash aka auythoki3ara

adajagh koulach irabi yek nassa idssaken igssaksan » (L'importante chose qui complète une femme c'est le bébé, moi je n'ai pas mais je m'en fou je mets tout dans les mains de dieu c'est lui qui donne est qui enlève), ses affectes sont toucher et elle éprouve un sentiment de deuil et de perte. L'enfant représente pour elle le bonheur et son soutien, Samia souhaite de se reposé et de se récupéré un peut de sa santé « avghigh adasha3fogh et zrigh bali ouzmirghara adrafdagh toura gel halayagui iligh aka ashossough 3yigh et ouvghighara athasrouhagh tikalt anidan » (je veux bien me reposé je sais bien que je ne peux pas reprendre une grossesse dans cette situation que j'ai, cars je sens que je suis complètement fatigué et je ne veux pas le perdre pour une autre fois).

Concernant sa projection dans l'avenir, elle est positive « avghigh ad3ichagh alhayet yalhan ma yevghara rabi » (je veux vivre une belle vie c'est le dieu me permet) on trouve une ambivalence et une contraction dans ces désires, elle ne représente pas l'enfant dans sa vision de l'avenir par rapport à ce qu'elle a dit,

On a constatées que Samia était complètement fatiguée et désespérée et elle désire d'avoir des enfants mais au même temps elle sent qu'elle est coupable elle n'est pas complète et qu'elle est dans un passage très difficile, durant tout le discours elle se défend contre elle, comme elle a nié sa véritable souffrance antérieure car malgré qu'elle sent que sa féminité est touchée elle nous éprouve qu'elle est toujours forte et qu'elle laisse tout dans les mains de dieu.

• Analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau n° 03 : le degré de la qualité de vie de Samia selon MOS SF-36 :

dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	60	12.50	67.50	0	75	16.66	62.50	51.91	43.25
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

A partir du tableau le score de la qualité de vie chez Samia est de **43.25** il est bas par rapport au score moyen référentiel du MOS SF-36 qui est de **64.30**. Qui indique que sa qualité de vie est mauvaise.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarquée une estimation élevée dans les deux dimensions suivantes :

-santé psychique(MH) qui est de  $75 > 70.38$ .

-vitalité(VT) qui est de  $62.50 > 56.93$ .

Et une estimation proche de celle de MOS SF-36 :

-activité physique(PF) qui est de  $60 < 70.61$ .

-douleurs physique(BP) qui est de  $67.50 < 70.83$ .

-santé perçue(GH) qui est de  $51.91 < 56.93$ .

Et les autres sont basses dans les dimensions suivantes :

-limitation due à l'état physique(RP) qui est de  $12.5 < 52.92$ .

-limitations dues à l'état psychique(RE) qui est de  $16.66 < 65.78$ .

Et une dimension très basse dans la dimension suivante :

-vie est relations avec les autres(SF) qui est de  $0 < 78.77$ .

Nous avons pu constater que la vie quotidienne, familiale, sociale, professionnel de Samia est très affectée par sa perte de son bébé.

Son état physiques et psychiques sont également touchés, cela se remarque dans sa limitation dues à l'état physique(RP), et dans limitation dues à l'état psychique(RE) qui sont basses en comparaison de celle du MOS SF-36.

Concernons sa santé psychique(MH) elle est élevé par rapport au score référentiel du MOS SF-36, cela montre que la patiente à nier ces véritables souffrances.

- **Synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

D'après l'analyse de l'entretien et de questionnaire de la qualité de vie nous constatons que Samia a nié sa véritable souffrance, elle est touché par sa situation, et que les deux avortements qu'elle à subi ont touché son côté psychique et physique, et que la dimension de vie et relations avec les autres et très basse se qu'on a constaté dans l'entretien qu'elle est en souffrance intérieur se qui indique qu'elle a nié ces souffrances. Et l'envie d'avoir un enfant c'est pour satisfaire l'entourage.

#### **4<sup>ème</sup> cas : souad 38 ans**

- **Présentation et analyse de l'entretien :**

Souad âgée de 38 ans femme au foyer, sans aucun niveau d'instruction, rencontré à l'unité hospitalière « mère enfant » du CHE Bejaïa.

Elle est mariée depuis quatre ans avec un homme qu'elle a choisie elle-même, elle a vécu trois avortements spontanés à répétitions, sans enfants.

Au moment de l'entretien, nous avons remarqué que Souad était calme, souriante, elle était collaboratrice, le contact avec elle était facile, mais son discours est limité se qui montre ces blessures.



Lorsqu'on l'a interpellé sur sa relation avec son mari et la relation familiale avant et après la grossesse elle dit qu'elle a vu un petit changement de la part de sa belle famille «remarkigh mbadalen fali chwiya» (j'ai remarqué qu'ils ont changé envers moi).

Souad a subi trois échecs de grossesse, aucun problème apparu selon son médecin traitant, sa première et la deuxième grossesse ont durées trois mois, après trois ans plus tard elle est tombée enceinte et quand sa grossesse avait un mois et quinze jours elle a fait une autre fausse couche.

Souad n'a pas acceptée sa situation, cette position manifeste à travers ces propos «ounminghara bali asrouhagh ammi, ounwighara ilakhsarayi asrough bazaf houssagh ilaboul dakhliw thkoupiyi annafs» (je ne crois pas que j'ai perdu mon bébé, je m'attendais pas à une autre perte, j'ai beaucoup pleuré, j'ai senti à l'intérieur de moi une boule qui me coupe le souffle), la patiente avait des signes de quelqu'un qui est sous l'effet d'un choc et de traumatisme physique et psychique, et que l'impact de l'avortement est très profond en elle, mais elle revient toujours à la religion.

Souad elle se compare par rapport aux autres femmes qui ont des enfants, elle voit que ses avortements spontanés touchent sa féminité, avec des larmes aux yeux elle dit : « thoussough machi tamatouth iligh » (je sens que je ne suis pas une femme complète).

Un enfant dans son imagination c'est l'avenir « abghigh ath swaligh ila3ab » (je veux le voir jouer), on a remarqué chez elle une certaine tristesse sur son visage qui suivait par un petit sourire elle dit avec des gestes incontrôlables « avghigh adisamchabah ibabas » (je veux qu'il ressemble à son père).

Elle désire une autre grossesse « abghigh adrafdagh bassah machi toura » (je veux reprendre une autre grossesse mais pas actuellement, et concernant sa

vision à l'avenir elle est positive « abghigh adarya adwakham wahdi » (je veux des enfants et avoir une maison).

On déduit de l'analyse de ce cas, que Souad a subi une perte d'objet imaginaire, suivie d'une épreuve difficile aussi bien sur le plans physique et psychique, de nombreuses émotions, sentiments ou sensations négatives peuvent venir augmenter ses douleurs et ses fragilités.

- **Analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :**

**Tableau n°04 : le degré de la qualité de vie chez Souad selon MOS SF-36:**

<b>Dimension</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>BP</b>	<b>SF</b>	<b>MH</b>	<b>RE</b>	<b>VT</b>	<b>GH</b>	<b>QDV globale</b>
<b>QDV</b>	80	6.25	60	100	55	0	43.75	56.87	65.62
<b>MOS SF-36</b>	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

Selon le tableau la qualité de vie globale est évaluée à 65.62 et est élevée par rapport au score moyen de MOS SF-36 qui est de 64.30. Qui indique que sa qualité de vie est bonne.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous remarquons une estimation très basse dans les dimensions suivantes :

-L'imitation due à l'état psychique (RE) qui est de 0<65.78.

-L'imitation due à l'état physique (RP) qui est de 6.25<52.92.

Et Une estimation basse dans les dimensions suivantes :

-vitalité (VT) qui est de 43.75<52.15.

- santé psychique (MH) qui est de 55<70.38.

-douleurs physiques (BP) qui est de  $60 < 70.83$ .

Et une estimation proche dans la dimension suivante :

-Santé perçue (GH) qui est de  $56.87 \leq 56.93$ .

Une estimation très élevée dans la dimension suivante :

-vie et relation avec les autres (SF) qui est de  $100 > 78.77$ .

Et enfin une estimation élevée dans la dimension suivante :

Activité physique (PF) qui est de  $80 > 70.61$ .

A partir de cette analyse nous arrivons à la déduction que cette personne a vécu un bouleversement dans sa vie et une dégradation au niveau de son état psychique et plus précisément, limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 0 très basse à la moyenne référentiel du MOS SF-36 qui est de 65.78. Cela démontre que l'impact de l'avortement est très profond, la personne a subi un choc qui éprouve ses souffrances psychiques. Et au même temps, elle a remarqué une autre dégradation au niveau de son état physique et plus précisément dans la limitation due à l'état physique (RP) qui est de 6.25, elle est aussi basse à la moyenne référentiel du MOS SF-36 qui est de 52.92. Ce qui montre que sa qualité de vie est touchée par le côté physique et psychique.

Le score de la qualité de vie globale chez Souad est de 65.62, il est élevé par rapport au score moyen de MOS SF-36 qui est de 64.30.

- **La synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

En remarque que la qualité de vie de Souad est élevée, qui est due aux scores des deux dimensions (limitation due à l'état physique et relation avec les autres), elle est élevée peut-être pour oublier ses souffrances, mais la plainte somatique dure pendant l'entretien et le score de la dimension de limitation due à l'état physique (6.25) et psychique (0), nous rend compte de la souffrance de Souad.

### 5<sup>ème</sup> cas : Farida :

- **Présentation et analyse de l'entretien :**

Farida âgée de 31 ans, femme au foyer, d'un niveau de BAC avec un diplôme d'une formation bureautique. Rencontré à l'unité hospitalière « mère enfant » du CHU Bejaïa.

Elle est mariée depuis cinq ans avec un homme qu'elle n'a jamais connu, elle a subi quatre avortements spontanés à répétition. Avant la première grossesse Farida était en bon santé elle arrive à entamer ces activités physiques, pour cela le couple ont programmé « neprogrammiss elwahid » (ont l'a programmé ensemble). Et n'on pas aucun enfant.

Durant l'entretien Farida était stressée et fatiguée, le contact avec elle est très normal, même si elle avait des douleurs, et son visage démontre la blessure de perte et son mal être, mais elle était collaboratrice avec nous.

La patiente à vécu quatre échecs de grossesse, la première grossesse a duré un mois après elle a avorté, et la deuxième d'une durée de deux mois, la troisième quatre mois, la quatrième a duré six mois. Son médecin lui a dit qu'elle a un problème des nodules qui stiques dans ses ovaires. D'après ces paroles Farida elle était stresser, anxieuse elle vit un état de choc et de désespoir et un sentiment de culpabilité, et elle croie que c'est elle la fautif principale de ces avortements spontané à répétition. D'après ces propos « samhiyi a mmi naki idassaba ». (Pardon moi mon bébé c'est moi la cause de ta mort.

Lorsqu'on l'a interrogé sur sa relation avec son mari et la relation familiale avant et après la grossesse, Fouzia nous a dit qu'elle a senti un changement du côté de sa belle famille est son entourage. Ce qui disent les autres sur elle influence sur sa personnalité elle dit « allan wigad iydikaran tghaddiyi ma

mazal 3ad tarfidad » (il y'a ceux qui me disent tu nous a fais de la peine que tu n'as pas eu des enfants).

Notre patiente ce compare aux autres femmes, qui ont des enfants, et elle sent que sa féminité est toucher « houssagh imaniw bali oukmilghara » (je sent que je ne suis pas une femme complète).Cars l'enfant représente pour elle quelque chose qui complice sa vie, qui donne le sens de maternité, elle déclare qu'elle voie l'enfant comme quelque chose qu'elle rêve, dans le but qu'elle le mets dans les bras de son mari pour l'offrir comme un cadeau, elle souhaite avoir un garçon dans l'avenir pour qu'il ressemble à son père. Farida Projette son cas sur la femme qui a des enfants, elle éprouve un sentiment de l'espoir et de désespoir de la vie, et aussi elle désir une autre grossesse.

Après un mois on la rencontré quant elle est revenue pour une visite médicale, on a profitées l'occasion de lui parler sur sa qualité de vie, elle déclare que sa santé et dégrader par apport au mois derniers quand elle l'a perdu, comme elle a subi un grand changement vers sa famille et son entourage et aussi un changement d'humeur, elle est insatisfaite de sa vie, d'après son discours elle utilise l'évitement, et l'isolement et elle n'entame pas son mari sur ce qu'elle sent et elle pleur tout le temps, et ne trouve pas à qui dévoile sa décharge.

Nous constatons que Farida est trop affectée par sa maladie abortive, et elle n'accepte pas ses échecs, elle réclame son état et le bouleversement de sa vie, et que son caractère de vie est tout perturbé et troublé à cause de l'avortement spontané à répétition qu'elle a vécu, ainsi qu'une perte d'énergie, et elle a l'air déprimer dans l'avenir de vivre et dans l'air une certain souffrance psychique .elle est dans une situation d'inquiétude sur son avenir.

• Analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau n° 05 : le degré de la qualité de vie chez Farida selon MOS SF-36 :

dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	25	6.25	32.5	12.5	35	8.33	31.25	34.37	23.15
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

A partir du tableau de La qualité de vie globale est évalué à **23.15**, elle est très basse par rapport au score référentiel du SF-36 qui est de **64.30**. Qui indique que sa qualité de vie est trais mauvaise.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarquée une estimation très basse dans les dimensions suivante :

-activité physique (PF) qui est de 25<70.61.

-limitation due à l'état physique(RP) qui est de 6.25<52.92.

-douleur physique(BP) qui est de 32.50<70.83.

-vie et relation avec les autres(SF) qui est de 12.50<78.77.

-santé physique(MH) qui est de 35<70.38.

-limitation due à l'état psychique(RE) qui est de 8.33<65.78.

-santé perçue(GH) qui est de 34.37<56.93.

-vitalité(VT) qui est de 31.25<52.15.

Nous constatons qu'elle est touchée dans tous les dimensions, surtout dans limitation due a l'état physique(RP) (6.25<52.92) et aussi dans limitation due à l'état psychique(RE) (8.33<65.78) elles sont très basse par rapport au score

moyen référentiel du MOS SF-36. En voyant qu'elle est découragée, elle passe d'un état de désespoir à ces pertes répétitives.

- **La synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

Farida elle est touchée dans toutes les dimensions physique, psychique et relationnelle ce qui montre ses souffrances et une irritabilité sur tous les champs émotionnels relation familiale, à partir de cette analyse, nous arrivons à la déduction que cette personne a vécu un bouleversement, et un découragement profond et une dégradation dans toutes les dimensions, ainsi qu'on a déduit dans l'entretien que la patiente vit un état de choc, traumatisme psychique et une perte d'énergie qui suit d'un air déprimé ce qui indique que la patiente n'accepte pas sa maladie abortive.

### 6<sup>ème</sup> cas : Assia 37 ans

- **Présentation et analyse de l'entretien :**

Assia âgée de 37 ans, femme au foyer, sans aucun niveau d'instruction, rencontrée à l'unité hospitalière « mère enfant » de CHU de Bejaïa.

Elle est mariée depuis 14 ans avec un homme qu'elle a choisi, sans aucun enfant, elle a subi six avortements, sa santé est dégradée par rapport aux années passées « essehaw trohiyi » (j'ai perdu ma santé), ainsi nous a-t-elle dit que sa grossesse est programmée.

Avant d'entamer l'entretien, nous avons remarqué que Assia semblait être calme, triste et fatiguée, elle a accepté de s'entretenir avec nous, elle est collaboratrice avec nous.

La patiente a vécu six avortements spontanés à répétition. Après son mariage elle a resté 7 ans sans porter de grossesses, les trois premières grossesses ont duré trois mois, la quatrième a duré six mois, la cinquième grossesse a duré huit mois, la sixième grossesse a duré un mois. Sans cause apparue. Et durant se

temps à contracter le diabète. D'après ses paroles, elle a un sentiment de manque dans sa vie et elle sent que sa vie est morceler sans enfant car elle voit que l'enfant est la continuité. Assia est traumatisée par ses pertes répétitives, durant les avortements à répétition qu'elle fait à chaque fois, à crier en elle la peur et la crainte, sa colère elle décharge sur les travaux ménagères, d'après ces propos « gasmi iyteghli tadistt tamezwarth lwahi thisnath, tkhemimegh ken aydighli, mashoussagh fak3agh nagh haznagh sarragh az3afiw afou siyak, yarna tekarghed le3cha tetrawegh » (depuis que j'ai avorté la première et la deuxième je n'arrête pas de penser sur l'avortement, et quand je sent que je ne suis pas en bon humeur, nerveuse je rend ma colère sur le ménage, en plus je me réveille la nuit et je pleure). On a remarqué que le sentiment de perte ne quitte pas les pensées de Assia elle vit une irritabilité, vide intérieur et un traumatisme psychique à cause de ces échecs répétitifs.

Lorsqu'on l'a interpellé sur sa relation avec son mari et relation familiale avant et après la grossesse elle dit qu'elle n'a pas senti aucun changement « swargaziw aswamghariw asthamgharthiw vadan azathi, ouysajanara ashoussagh ykhossiyi kra ou contraire asghidniyi » (mon mari, ma belle mère et mon bon père ne me laisse plus à sentir de vide ou contraire ils me font l'a peine). Elle annonce qu'elle n'aime pas quand quelqu'un lui dit « masquite akmi3aych rabi inch allah » (la pauvre, dieu te donnera).

Assia elle ne se compare pas aux autres femmes qui ont des enfants, elle ne voit pas que sa féminité est touchée, car sa famille est entourée d'elle.

Elle imagine son enfant ressemble à son père et ne partage pas avec son mari « ougahmilara adidou yidi arativ, mais fahmaghthid » (il n'aime pas m'accompagner au médecin, mais je le comprends). Assia nous dit qu'elle désire une autre grossesse mais elle croit que son âge et sa santé ne l'a laisseront pas avoir d'autres grossesses « avghigh adas3ogh ghas yiwani barkayi » (je veux avoir un bébé me se fait). Ces rêves vers l'avenir sont centrés sur les enfants elle dit «



hacha darya, ayen ansarraf afouhawes nas sarifithan afouswani » (sauf les enfants, on a dépensé beaucoup sur mes soignes, au lieu que nous profitons de ne voyager).

En conclure que Assia passe d'un moment de deuil d'un enfant imaginaire, et le retour d'image qui consiste à être traumatiser par le revivre d'image fantasmatique sur le plan émotionnel et de manière physique par l'expérience de l'avortement.

- **Analyse du questionnaire général de la qualité de vie MOS SF-36 :**

**Tableau n°06 : le degré de la qualité de vie chez Assia selon MOS SF-36 :**

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50	0	20	57.50	60	8.33	62.50	39.16	<b>37.18</b>
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	<b>64.30</b>

A partir de tableau de la qualité de vie est évalué à **37.18**, elle basse par rapport au score référentiel du MOS SF-36 qui est de **64.30**, sa qualité de vie est mauvaise.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarquée une estimation élevée dans la dimension suivante :

-Vitalité qui est de  $62.50 > 52.15$ .

Et une des estimations basse dans les dimensions suivantes :

-Activité physique (PF) qui est de  $50 < 70.61$ .

-Douleurs physiques (BP) qui est de  $20 < 70.83$ .

-Vie et relations avec les autres (SF) qi est de  $57.50 < 78.77$ .

-Santé physique (MH) qui est de  $60 < 70.38$ .

-Santé perçue (GH) qui est de  $39.16 < 56.93$ .

Finalement deux estimations très basse dans les dimensions suivantes :

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est de  $0 < 52.92$ .

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de  $8.33 < 65.78$ .

On remarque Assia vie une irritabilité sur le côté physique et psychique, en remarque que sa limitation due à l'état psychique (RE) qui est de  $0 < 52.92$  et aussi dans limitation due à l'état physique (RP) qui est de  $8.33 < 65.78$ . Elles sont très basse par rapport au score référentiel de MOS SF-36. En remarque que la patiente est entrain de revivre un vécu traumatisant.

Malgré ses avortements spontané à répétition sa vie est élevé qui est de  $62.50 > 52.15$ . Est ces relations avec les autres (SF) est de  $57.50 < 78.77$  qui indique que ces relation avec les se qui indique qu'après son entretien malgré ces bonne relation avec les autres elle sent à l'intérieur d'elle des sentiments de manque

- **Synthèse de l'entretien et de questionnaire :**

En constate que les rechutes répétitive de la maladie de l'avortement spontané qu'elle à vécu, on marqué négativement sur sa vie psychique et physique ce qui a développer en elle, un traumatisme et le manque d'énergie ou d'intérêt, crises de larmes, ce qu'on à constaté dans l'évaluation des dimensions de la qualité de vie et dans l'entretien, concernant le calme qu'on a remarqué chez elle, en le considère comme un signe de refoulement, comme aussi elle décharge ses douleurs qu'elle ressent sur les travaux ménagères. Et elle vie un doute perpétuel on vers la perte répétitive qu'elle subit à chaque fois.

### Les hypothèses opérationnelles:

- Les femmes qui ont subi un avortement spontané ont une mauvaise qualité de vie.
- Les femmes qui ont subi un avortement spontané à répétition ont une mauvaise qualité de vie par rapport aux femmes qui ont subi un ou deux avortements spontanés.

### Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers le questionnaire MOS SF-36, on va passer à la discussion de nos hypothèses de recherche pour les confirmer ou les infirmer.

D'après les résultats de l'entretien et de questionnaire qu'on a appliqué sur six cas, on a constaté que :

- **Les femmes qui ont subi un avortement spontané ont une mauvaise qualité de vie.**

On constate que 5 /6 de nos cas ont un score inférieur au score référentiel de MOS SF-36 de la qualité de vie qui est de (64.30), cela nous permet de dire que les cinq (05) cas (Kahina, Sihem, Samia, Farida, Assia) ont une mauvaise qualité de vie cela nous permet de confirmer notre hypothèse.

1/6 à un score élevé (Souad 65.62) par rapport au score référentiel de MOS SF-36 qui est de (64.30). mais elle souffre de souffrance psychique et physique (RE=0 et le RP=6025) ce qui nous permet de dire que Souad a une mauvaise qualité de vie malgré que le score de QDV est élevé, cela permet de confirmer notre hypothèse.

### La deuxième hypothèse :

- Les femmes qui ont subi l'avortement spontané à répétition ont une mauvaise qualité de vie par rapport aux femmes qui ont subi un aux deux avortements spontanés.

Un tableau récapitulatif des résultats de la qualité de vie de six cas :

La qualité d'avortement	Les cas	la qualité de vie MOS SF-36	Le moyen des scores	QDV par rapport au score global
Avortement spontané	Kahina	44.73	41.35	41.66<64.30
	Sihem	36.09		
	Samia	43.25		
Avortement Spontané à répétition	Souad	65.62	41.98	
	Farida	23.15		
	Assia	37.18		

D'après ce tableau récapitulatif des résultats de la qualité de vie nous constatons que les femmes qui ont subi un avortement spontané ( Kahina, Sihem, Samia)ont une moyenne inférieur (41.35) par rapport aux femmes ( Souad, Farida, Assia) qui ont subi un avortement spontané à répétition (41.98), ce dernier est un peut élevé car le score de la qualité de vie de Souad (65.62) a influencé sur la moyenne de la qualité de vie des femmes qui ont subi l'avortement spontané à répétition, mais les deux autres cas (Farida et Assia) ont un score de QDV (23.15 et 37.18) inférieur au score de QDV des femmes qui ont subi un avortement spontané. On peut conclure qu'il n ya pas une grande différence entre les score de QDV des femmes qui ont subi un ou deux avortements spontané et celles qui ont subi un avortement spontané à répétition.

Mais les dimensions physique, psychique et relationnel nous montre que les femmes qui ont subi un ou deux avortements sont les plus touchées (psychiquement, physiquement) par rapport aux femmes qui ont subi un avortement spontané à répétition, ce qui nous permet de dire que notre hypothèse est infirmée.

### **Hypothèse générale :**

#### **L'avortement à une influence sur la qualité de vie des femmes abortives.**

La qualité de vie de ces six cas est touchée par l'avortement, soit l'avortement spontané ou bien l'avortement spontané à répétition dans toutes les dimensions physiques psychiques relationnelles tout les cas ont une mauvaise QDV ce qui confirme notre première hypothèse opérationnelle « les femmes qui ont subi l'avortement spontané ont une mauvaise qualité de vie ». Dans la deuxième hypothèse opérationnelle « les femmes qui ont subi un avortement spontané à répétition ont une mauvaise qualité de vie par rapport aux femmes qui ont subi un ou deux avortements spontanés », on a trouvée qu'il n ya pas une grande différence entre les score de QDV des femmes qui subi l'avortement à répétition et les femmes qui ont subi un avortement spontané, mais les femmes qui ont subi l'avortement spontané souffre plus (physiquement, psychiquement, et relationnelle) par rapport ou femmes qui ont subi l'avortement spontané à répétition. Alors en peut dire que notre hypothèse est confirmée partiellement.

### Conclusion générale

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de l'avortement et son effet sur la qualité de vie des femmes abortives.

L'objectif principal de cette étude qui est intitulé « la qualité de vie des femmes abortives » était de déterminer l'impact de l'avortement sur la qualité de vie des femmes abortives.

Nous avons choisi la méthode clinique ou nous avons utilisé les outils suivant :

L'entretien clinique semi-directif, le questionnaire MOS SF-36 qui permet de mesurer les degrés de la qualité de vie chez les femmes abortives.

Notre groupe de recherche était constituée de six femmes abortives, parmi celle-ci trois femmes ayant subi l'avortement spontané et trois femmes ayant subi l'avortement spontané à répétition.

D'après l'analyse des contenus des entretiens de cette recherche, nous avons constaté que ces avortements ont marqué sur la vie des femmes abortives c'est un moment difficile pour elles, c'est un acte qui ne s'oublie pas, car elles ont vécu des situations bouleversante au niveau de leurs relations vis-à-vis de leurs entourage ainsi leurs état psychique et physique.

Certaines femmes ont du mal à s'en remettre, la majorité vit un moment d'anxiété et d'irritabilité.

A partir des résultats de l'entretien et du questionnaire nous nous sommes arrivés à confirmer partiellement nos hypothèses de recherche, la première sollicite que les femmes qui ont subi un avortement spontané ont une mauvaise qualité de vie, la deuxième constitue que les femmes qui ont subi l'avortement spontané à répétition ont une mauvaise qualité de vie par rapport à d'autres femmes qui ont subi un ou deux avortements spontanés.

Même si notre recherche nous a permis de confirmer partiellement nos hypothèses qui veut dire que l'avortement spontané influence sur la qualité de vie mais sa dépend des stratégies d'ajustements et le soutien familial ou social. Ces résultats restent relatifs, limités et non absolus.

Cette étude permet une ouverture sur d'autres sujets de recherche toute en changeant les variables.

- La stratégie de coping (le soutien familiale) chez les femmes abortives.
- le fonctionnement psychique des femmes abortives.
- le stress et l'état de stress post-traumatique chez les femmes abortives.

**Les ouvrages :**

- 1/Audibert.F,Cayol.v(1998),**gynécologique de l'avortement**, Estem,paris.
- 2/Chahraoui.KH ,Hervé.B(2003),**méthodologie,évaluation et recherche en psychologir clinique**,Sunod,paris.
- 3/Chahraoui.KH ,Hervé.B(1999),**l'entretien clinique**,Dunod,paris.
- 4/Chiland.C(2006),**entretien clinique**,Puf,paris
- 5/Coutu.J(2014),**mieux vivre avec notre enfant de grossesse à deux ans**),Eyrolless,Quebec.
- 6/Evrard.N,Lansac.J(2012),**le grand livre de ma grossesse**,Eyrolless,paris.
- 7/Fischer.G(2000),**traiter de la psychologie de la santé**,Dunod,paris.
- 8/Fischer.G.N(2000),**traiter de la psychologie de la santé**,Dunod,paris
- 9/In.Gorthen.Ph,**concept dela qualité de vie**, Canada, 1991.
- 10/Joelle.p(2008),**100 fiche de la psychologie**,Bréal,paris.
- 11/Laetitia.P(2011),**les conséquences psychologique de l'avortement**,Bruxelles.
- 12/Leplege.A,Ecosse.E,Pouchot.J,Coste.J,Perneger.Th(2001), **le QMOS SF-36manuel de l'utilisation et guide d'interprétation des scores**,Estem,paris.
- 13/Lepleige,A ,Coste.J(2001),**Mesure de la santé perceptuelle et de la Qualité de Vie : méthodes et aplications**,Estem, paris.
- 14/M.Tourmanie(1997),**Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique**,Cnoof,paris.
- 15/Russel.A.Jones(1996),**methodologie de recherche en science humain**,by Russel,



16/Schweizer.M.bruchon(2011),**psychologie de la santé,modèle,concepts et méthodologie**,Dunod,paris.

17/Saint.J(2010), **encyclopédie familiale de la santé**, Gestion Sobec,canada.

18/Serrat.C (2010),**une grossesse sans stress**,Vigot,paris.

19/T.Sooulas,A.Brédart(2012),**psychologie de la santé**,Puf,paris.

**Les dictionnaires :**

20/A.Manuila,L.Manuila,P,Lewalle,M.Nicoulin,T.Papo,(2004),**dictionnaire medical Manuila** ,10<sup>ème</sup> ed.Masson, paris.

21/J.P.Wainsten et al(1995),**larousse médical**,3<sup>ème</sup> ed.Larousse,paris.

22/Quivaurillier.J et al (2012), **dictionnaire médicale** ,5<sup>ème</sup> ed.Elsevier Masson, paris.

23/Martel.J(2007), **le grand dictionnaire des mauvaises et des maladies**,Quintessence, France.

24/Wainsten.J.P et al,(2012) **larousse médicale**,larousse, paris.

25/(2005), **le petit larousse grand format** ,100<sup>ème</sup> ed.larousse, paris.

**Les articles :**

26/D.Vinatier, P.Dufour,J.Bérard(1997),**extrait de mise à jour en génécologie et obstétrique**,paris,Cnoof,.

27/Ribau.C(2003),**analyse de la recherche infirmière sur la qualité de vie et le versant subjectif de la maladie en amerique de nord**,Quebec.

**Cite internet :**

28/Abbra.A(2012),**genechologie,obstetrique**,in,[www.walyabbara.com/livre\\_gyn\\_obs/termes/reproduction\\_definitions.html](http://www.walyabbara.com/livre_gyn_obs/termes/reproduction_definitions.html).

29/Maryse.G (2012), **Avortement spontané(fausse couche)**, CHUS, in [www.maman.pour.la.vie.com/forum/categorie/deuil](http://www.maman.pour.la.vie.com/forum/categorie/deuil).

## **Annexe N° 1**

### **Le guide d'entretien**

#### **Axe I : les renseignements personnels**

-prénom :

-âge :

-niveau d'instruction :

-Profession :

-date de votre mariage :

#### ***Axe n II : la grossesse***

-Est-ce que c'est programmé ?

-Est-ce que votre mari est d'accord ?

-comment était votre relation avec votre mari avant et après la grossesse ?

-comment était votre état avec votre famille avant et après la grossesse ?

#### ***Axe III : l'avortement***

-combien d'avortement spontané avez-vous eu depuis votre mariage ?

-Qu'elle est la cause selon votre médecin traitant ?

-Après la répétition d'avortement spontané. Comment avez-vous réagit et quels étaient vos sentiments ?

-Qu'elle était la réaction de votre mari ?

-Qu'elle était la réaction de votre famille et surtout la belle famille ?

-Comment vous avez vécu cette période ?

-Désirez-vous une autre grossesse ?

-Qu'elle est votre vision pour l'avenir ?

-Etiez-vous soutenu pendant cette période ? Par qui ?

-Comment trouvez-vous par rapport à d'autres femmes qui ont des enfants ?

-Trouvez-vous la répétition de perdre un enfant avant sa naissance touche votre féminité ?

-Avez-vous constaté un changement relationnelle des membres de la famille ?

-Est-ce que l'avortement spontané a influencé votre relation avec votre mari ? Si oui comment ?

-Que pensez-vous de vous-même ?

-Comment vous pensez que votre famille et les autres vous voyer ?

-Est-ce que souhaitez de modifier votre état si vous avez le pouvoir ?

-Qu'est ce que représente l'enfant pour vous ?

## Annexe N° 2

### II- Le Questionnaire : SF-36

Consigne : les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez de votre vie de tous les jours.

Veillez répondre a toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse la plus proches de votre situation.

1- Dans l'ensemble pensez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

2- Par rapport à l'année la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur que l'an dernier

Plutôt meilleur

A peu près pareil

Plutôt moins bon

Beaucoup moins bon

- 3- Voici une liste d'activité que vous pouvez avoir faire dans votre vie de tous les jours pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné (e) en raisons de votre état se santé actuel.

Liste d'activités	Oui, beaucoup gêné (e)	Oui, un peu gêné (e)	Non, pas du tout gêné (e)
a- Efforts physique important tels que courir, soulever un objet lourd. Faire du sport	1	2	3
b- Efforts physique modères tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer au boules	1	2	3
c- Soulever et porter les courses	1	2	3
d- Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e- Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f- Se pencher en avant, se mettre a genoux, s'accroupir	1	2	3
g- Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
h- Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i- Marcher une centaines de mètres	1	2	3
j- Prendre une bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4- Au cours de ces 4 derniers semaines, et en raison de votre état physique

	Oui	Non
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b- Avez-vous fait moins de choses que se que vous auriez souhaité	1	2
c- Avez-vous arrêté de faire certaines choses	1	2
d- Avez-vous eu difficultés a faire votre travail ou toute autre activités	1	2

5- Au cours de ces 4 derniers semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

	Oui	Non
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b- Avez-vous fait moins de choses que se que vous auriez souhaité	1	2
c- Avez-vous eu difficultés a faire ce que vous aviez a faire avec autant de soin et d'attention	1	2

6- Au cours de ces 4 derniers semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel, vous à gêné(e) dans votre vie et vos relations avec des autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

7- Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos douleurs (physique) ?

Nulle

Très faible

Faible

Moyenne

Grande

Très grande

8- Est-ce que les douleurs vous ont gêné(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément



9- Au cours de ces 4 derniers semaines, y a-t-il eu des moments ou

	En permanence	Très souvent	Souvent	Qq fois	Rarement	jamais
a- Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b- Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c- Vous vous senti(e) si découragé(e) que ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d- Vous vous êtes senti(e) calme et détendue(e) ?	1	2	3	4	5	6
e- Vous vous	1	2	3	4	5	6

êtes senti(e) débordant d'énergie ?						
f- Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g- Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h- Vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ?	1	2	3	4	5	6
i- Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10- Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps

Une bonne partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

11- indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a- Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b- Je me porte bien aussi que n'importe qui	1	2	3	4	5
c- Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d- Je suis en bonne santé	1	2	3	4	5