

Université A. Mira De

-Bejaïa-

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT : SCIENCES SOCIALES

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

**Mémoire préparé en vue de l'obtention du diplôme de Master en
psychologie clinique**

Thème



**La dépression chez les femmes
stériles**

Réalisée par :

- M^{elle} ABBASSENE Saloua

encadré par :

- M^r. FERGANI Louhab



**Année universitaire
2012/2013**

REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord le bon dieu de nous avoir mise sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connaît.

Je remercie également notre encadreur M^r FERGANI qui tout au long de ce travail du début a la fin, n'a cessé de m'orienter, de diriger dans les bonnes conditions ce travail de recherche ; je le remercie également pour sa disponibilité et pour sa précieuse aide théorique et méthodologique, je lui exprime ma plus grande reconnaissance.

Je tiens aussi a remercie, les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont également à tous mes enseignants qui m'ont aidé par leurs orientations précieuses.

Je remercie aussi toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et de nous faire part de leur vécu.

Comme je remercie aussi l'ensemble du personnel de la clinique « LES LILAS » pour leur chaleureux accueil.

**Je remercie enfin et surtout mon fiancé Karim Et Sa Sœur
pour leur soutien, leur pression et insistance pour terminer
ce travail.**

DEDICASES

C'est avec une vive joie, gratitude que Je dédie ce modeste
travail à :

Mon cher père

Mon adorable mère qui a donnée beaucoup de peine dans la
vie pour la réussite de ses enfants que dieu la protèges

Mes frères : Salim, Ferouz, Melissa, Yacine, et ma chère
sœur Sonia avec sa très charmante fille Anaïs.

Mon très cher fiancé qui m'encourage pour mon travail.

Mon adorable cousine Souad et son fiancé Farid.

Tous ce que nous avons partagés, aussi bien les moments de
joie que les moments de stress, à mes amis en particuliers :
Sabrina, Salma, kahina, et tout ce qui me connaissent de prés
ou de loin.

Votre chère

Saloua

Sommaire

Introduction	01
---------------------------	-----------

La partie théorique

Chapitre I : la dépression

I. Eléments historiques	05
II. Définition des Concepts.....	06
1. l'humeur.....	06
2. La dépression	06
3. Définition étymologie	07
III. Les types de la dépression	07
1. Dépression psychogène	09
2. Dépression mélancolique	09
3. Dépression masquée.....	09
4. Dépression d'involution	09
5. Dépression bipolaire	10
IV. Symptômes de dépression	10
1. Symptômes en rapport avec les sentiments	10
2. Symptômes comportementaux.....	10
3. Symptômes en rapport avec les attitudes envers soi même.....	10
4. Symptômes en d'affaiblissement cognitifs.....	10
5. Symptômes en rapports avec des changements organiques	10
V. Les facteurs de la dépression	13
1. Facteurs psychologiques	13
2. Facteurs lié à l'environnement	13
3. Facteurs biologiques.....	13
VI. Les caractéristiques de la dépression	15
1. Les conduites suicidaires	15
2. Réactives aux influences du milieu	15
3. Les troubles somatiques	15
4. Défense maniaque	16

VII. Les modèles explicatifs	-----16
1. Point de vue ethno psychiatrique	----- 16
2. Point de vue biologiques	----- 16
3. Point de vue cognitivo-comportemental	----- 17

IX. Traitements et prise en charge de la dépression	-----18
1. Médical	----- 19
2. Psychologique	-----19

.Synthèse	----- 20
------------------	-----------------

Chapitre II. La stérilité féminine

I. Définition de stérilité	-----23
-----------------------------------	---------

II. Types de stérilité	-----24
1. Stérilité primaire	----- 24
2. Stérilité secondaire	----- 24
3. Stérilité de nature psychique	----- 25

III. Stérilité chez la femme	-----25
-------------------------------------	---------

IV. Les causes de la stérilité	-----27
1. Les causes dues aux cerveau	----- 27
2. Les causes dues aux ovaires	----- 27
3. Malformation du vagin	----- 28

V. Les symptômes de la stérilité	-----28
---	---------

VI. Le traitement de la stérilité	-----29
1. Médical	----- 29
2. Chirurgical	-----29

.Synthèse	----- 29
------------------	-----------------

Problématique et hypothèses	----- 30
------------------------------------	-----------------

Problématique	----- 31
---------------	----------

Hypothèses	----- 32
------------	----------

Partie pratique

Chapitre I. Méthodologie de recherche

. Introduction	35
I. Les méthodes utilisées	35
1. La méthode de recherche	35
2. Etude de cas	36
II. Le groupe de recherche	36
III. Les outils de recherche	36
1. Le guide d'entretien	36
1.1. Définition de l'entretien de recherche	37
1.2. Passation de l'entretien	38
2. L'échelle de dépression de Beck	39
2.1. Inventaire de dépression de Beck	39
2.2. Un aperçu de la vie de Beck	39
2.3. Rappel historique	39
2.4. Définition de test de dépression de Beck	40
2.5. Considération général	40
2.6. Mode passation	40
2.7. Temps de passation	40
2.8. Cotation de l'échelle	41
2.9. Intérêt et limite de dépression	41
IV. Démarche de recherche	41
1. Formulaire de consentement	42
2. Lieu de recherche	42

Chapitre .II. Présentation, analyse et discussion des résultats

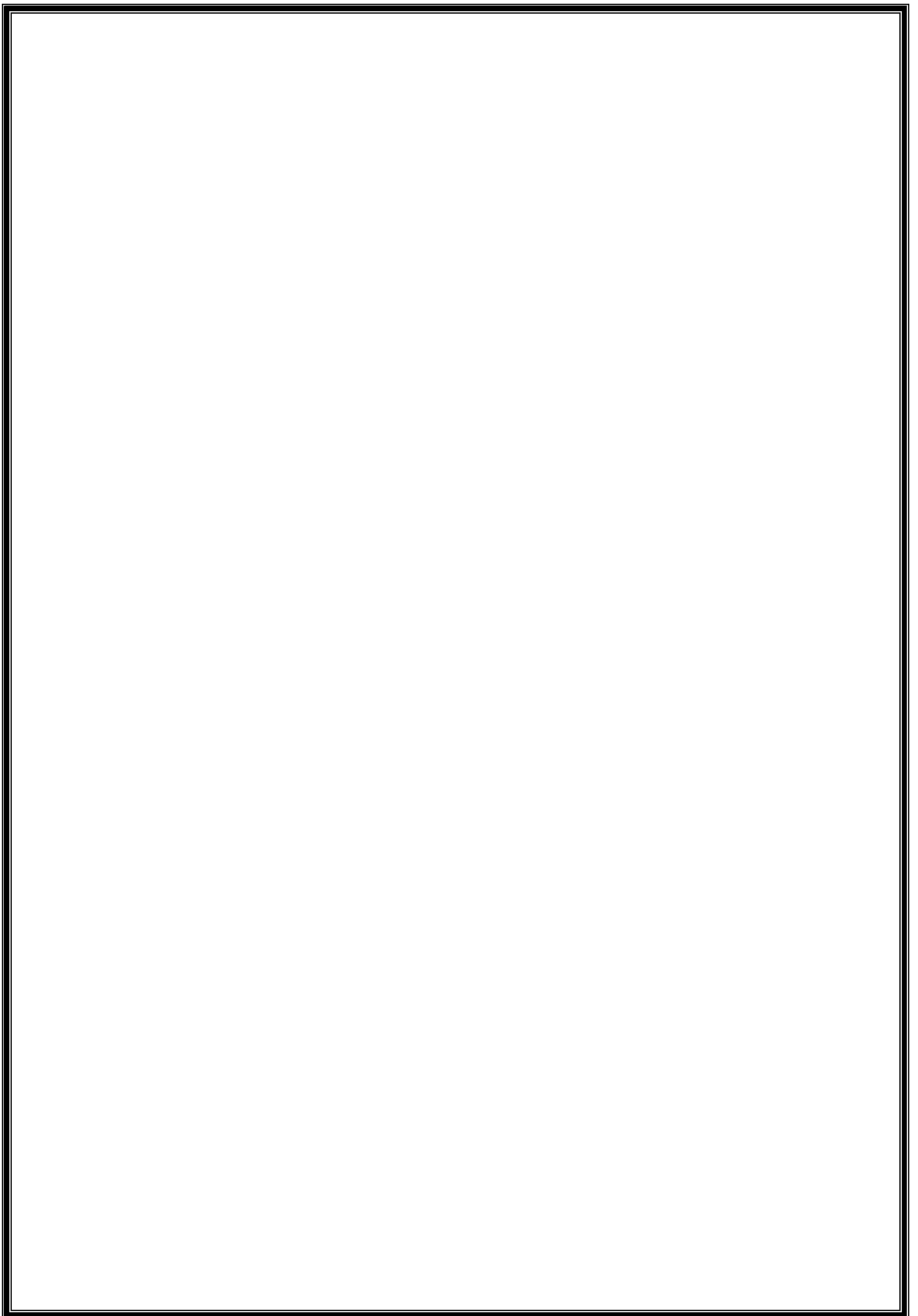
. Introduction

1. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de Beck	43
2. Discussion des hypothèses	61

Conclusion -----**62**

Bibliographie -----**67**

Annexes -----





Introduction

Introduction

Le désir d'avoir un enfant est devenu un fait de société. L'attente et l'arrivée d'un enfant apparaissent comme une étape existentielle et fondamentale dans la vie d'une femme. Le désir d'enfant introduit la femme, par son corps à la maternité qui est à la fois une relation physiologique (la femme porte le bébé, accouche, allaite,...) et psychologique (la femme aime son bébé, tien à lui, prend bien soin de lui,...) cette maternité sera preuve de sa sexualité en tant que femme, en effet, au niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autre grâce à son désir de maternité réelle, imaginaire, symbolique.

Dans notre recherche intitulé « la dépression chez les femmes stériles » on a pu recueillir des données auprès de cinq femmes victimes de la stérilité.

Dans la vie quotidienne, divers problèmes et difficultés peuvent affecter la vie de l'être humain tel que : le divorce, la stérilité de la femme ce qui la rend la plus difficile car l'effet de ces événements peut affecter les fonctionnements psychiques et peut avoir mal adapté à ces événements des répercussions sur le comportement et sur le raisonnement de la personne même contribuant à la dépression dans l'état où le sujet ne supporte plus.

La dépression touche tout le monde que l'on soit une personne âgée, valide, malade, stérile ou non mais aussi quel que soit l'âge, les origines, la catégorie socioprofessionnelle. Nous pouvons tous souffrir, à un moment ou à un autre de notre vie de dépression. Mais lorsque la dépression se rajoute à la stérilité ou à la maladie, la situation devient plus compliquée.

Les caractéristiques de la dépression sont : comportementales comme la tristesse, pleurs, et psychologiques comme dévalorisation.

Cette phase de dépression a un rôle dans le deuil, elle prépare à l'acceptation de la perte physique et narcissique, cette étape est un passage obligé qui va préparer à l'acceptation de la stérilité ou de la maladie. Nous avons constaté que dans notre société la stérilité se vit d'une manière honteuse, une sorte de malédiction qui pèse sur les femmes stériles, la pression qu'elle subit et le mépris font d'elle des victimes qui souffrent en silence ce que nous a poussé à inciter à travailler sur ce thème de recherche.

Le but de notre recherche est d'évaluer et mesurer le niveau et le degré de la dépression chez la femme stérile, et de comprendre l'impact et l'influence de cette maladie sur la vie psychique de la femme stérile.

Introduction

Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui comporte l'élément suivant :

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre I intitulé la dépression, et chapitre II intitulé la stérilité féminine.

Un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses.

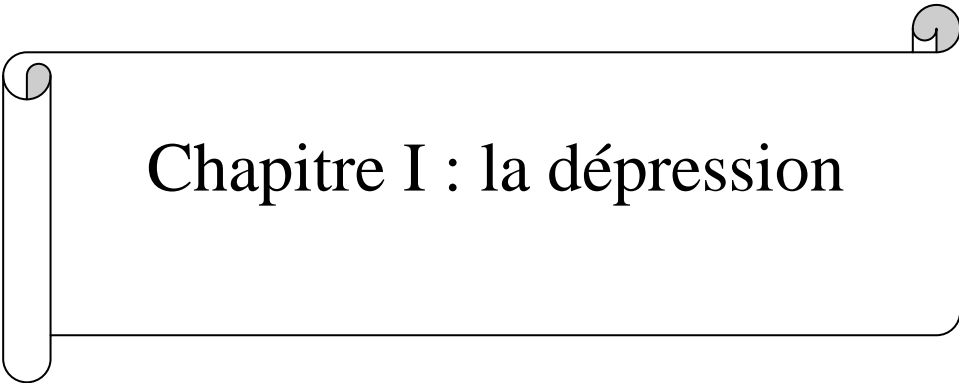
Une partie pratique divisée en deux chapitres : le premier chapitre :

Une partie méthodologique : où nous avons abordé les éléments suivants la méthode appliquée, le groupe de notre étude et les outils utilisés.

Le deuxième chapitre est destiné à exposer et analyser les résultats et les données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche, et une discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées, enfin, on termine notre étude par une conclusion.



Partie Théorique



Chapitre I : la dépression

Introduction :

Ce chapitre sera consacré pour la présentation de l'un des troubles de l'humeur le plus fréquent chez les femmes, qui est **la dépression**.

On va aborder un vaste groupe d'états dépressifs névrotiques, situés à des niveaux de structure plus élevés ou, d'une manière générale, l'expression de tristesse vécue à la fois plus intégrée aux événements actuels et plus reliée à l'histoire conflictuelle du malade.

I-Eléments historiques :

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. (G.Pewzner, 2002, P 91)

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « **dépression** » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de tristesse chez Sénèque dans les dialogues (50ans après J-C) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuse, selon que l'on s'épuise à espérer »

Rien de spécifique jusqu'au XVII siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie et les troubles nerveux. Au XIXe siècle, dans son texte sur le suicide, le spleen et les ostéalgies les considérer comme causes suffisantes .jr. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse de la mélancolie ». En 1969, l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. Kraepelin, dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « **dépression** » (non mélancolie) voit officiellement le jour.

En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions, (deuil et mélancolie), Le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil. (J.L PEDINIELLI, 2005, P12).

En 1928, J.Lange sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. Le DSM-IV décrira, parmi les troubles de

l'humeur, l'épisode dépressif majeur qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de l'humeur de trouble de l'humeur. (Ibid. P 14-15)

II-Définition :

1. l'humeur :

Est une prédisposition affective de base qui donne à chaque instant vécu une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre le pôle du plaisir ou déplaisir est une réaction affective fondamentale se manifestant sur trois plans. Tout d'abord, elle donne une coloration agréable ou désagréable aux événements que nous vivons ; ensuite elle influence notre façon de ressentir, penser et agir ; enfin, l'humeur influence le niveau d'énergie de notre organisme. L'humeur de chacun dépend de multiples facteurs, autant « internes » qu'« externes » : les événements vécus et les ambiances psychiques et interrelationnelles liées à l'histoire personnelle. L'humeur dite « normale » fluctue donc vers le haut ou vers le bas, mais ces variations restent limitées en durée et en intensité ; elles constituent généralement une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas l'individu de fonctionner.

2. La dépression

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organique, (G.Kleftaras , 2004, P 20).

La dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère mais une véritable maladie psychique. Elle se caractérise par des perturbations de l'humeur. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi même. Elle se manifeste en quasi permanence pendant plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne.

La volonté seule ne permet pas de s'en sortir. C'est pourquoi la dépression doit être soignée pour ne pas se compliquer ou devenir chronique.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la dépression La dépression est une « maladie mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le

conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser ». (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P25).

Selon Sillamy.N ; la dépression est un état morbide, caractérisée essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie anxieuse. Las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté aussi ne prend-il aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (N. Sillamy, 2003, P79).

3. Etymologie

Qui dit « dépression » dit « chute pression » la dépression est un fléchissement de la tension nerveuse ou psychologique, dépression est donc un terme tout à fait général, c'est une étiquette qui peut recouvrir toute une série d'états ces états porteront à leur tour des noms particuliers : asthénie, neurasthénie, psychasthénie, obsessions, schizophrénie, manie – dépressive, allant donc du bénin au grave j'examinerai ces états dépressifs au moment voulu

Le nombre des symptômes de la dépression est donc élevé, la dépression peut avoir une base purement physique (comme dans la neurasthénie), avec des phénomènes psychologiques surajoutés

Physiquement encore, une ménopause déclenche parfois la dépression, mais il ne faut pas conclure que toute ménopause amène une dépression ! car le terrain prédisposant est toujours important, la prédisposition sera organique (hypertension, diabète) ou psychologique, la ménopause sert alors d' « interrupteur », elle déclenche une situation qui existait depuis longtemps à l'état latent.

De même, la dépression peut avoir une base psychologique, familiale, religieuse ; elle peut apparaître à la suite de tracasseries prolongées de doutes, d'anxiétés, de craintes etc. qui amènent par épuisement, un fléchissement de tension

III-Les types de dépression :

1. Dépression majeure :

La dépression majeure se caractérise par une humeur maussade persistante et une incapacité à prendre du plaisir à quoi que ce soit. Ses symptômes sont constants et interfèrent avec notre capacité à être productif dans la journée et à profiter de la vie. Si elle n'est pas traitée, une période de dépression majeure dure environ six mois. Certaines personnes peuvent

juste connaître un seul épisode de dépression dans toute leur vie mais en général, la dépression majeure revient de façon récurrente.

2. Dépression atypique :

La dépression atypique est une déclinaison de la dépression majeure. Elle se caractérise par des périodes positives épisodiques qui surviennent après avoir reçu une bonne nouvelle ou pendant une sortie avec des amis. Cependant, c'est l'arbre qui cache la forêt. D'autres symptômes de dépression incluent une prise de poids ou un appétit plus grand, un besoin de sommeil excessif, une sensation de jambes et de bras lourds et un sentiment de rejet.

3. Dysthymie :

La dysthymie, ou désordre dysthémique, se caractérise par des symptômes dépressifs chroniques plus légers mais qui persistent pendant plusieurs années (en général deux ans) et qui les empêchent de profiter pleinement de la vie. Beaucoup de gens atteints de dysthymie subissent en plus des épisodes de dépression majeure, ce qu'on appelle alors la "double dépression".

4. Désordre affectif saisonnier (DAS) :

Le désordre affectif saisonnier est le coup de blues qui survient pendant l'automne ou l'hiver lorsque les journées raccourcissent et que les rayons du soleil se font moins nombreux. En période de désordre affectif saisonnier, la dépression s'en va naturellement lorsque le printemps revient. Elle touche surtout les personnes jeunes vivant dans l'hémisphère nord.

5. Dépression post-partum :

Beaucoup de nouvelles mères souffrent de ce que l'on appelle le "baby blues" après la naissance. La dépression post-partum est un cas de dépression déclenché par les changements hormonaux associés au fait d'avoir un bébé. Elle survient en général peu de temps après la naissance, mais toute dépression survenant dans les six mois de la naissance peuvent être considérée comme post-partum.

6. Le trouble de l'humeur non spécifié :

a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation). (DSM-IV –TR.1996, P374).

A ces types essentiels on ajoute des différents types de la dépression selon Pewzner Evelyne. Les différences sont quelquefois évidentes. Parfois on doit les rechercher soigneusement.

1. La dépression psychogène :

La dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui la faute des autres et il a tendance à se poser en victime, bien plus qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique.

2. La dépression mélancolique :

Il est difficile, voire impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance : tout vient de lui, tout est de sa faute, il manque de volonté ; bref, tout le mal qui lui arrive, tout le mal dont il souffre ne peut venir que de lui-même. Lui-même.

3. La dépression masquée :

On parle de « dépression masquée » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan, est « masqué » par l'importance des manifestations somatique et des plaints hypocondriaques. Autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance. Le seul moyen de communiquer avec autrui.

4. La dépression d'involution :

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896. on la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que ce sujet n'ait pas présenté antérieurement de manifestations manico-dépressives et que sa dépression ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P. Pichot). L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose manico-dépressive. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est fort controversée à l'heure actuelle. (G. Pewzner, 2000, P89-94).

5. Les troubles bipolaires :

D'une part les troubles bipolaires, marqués tantôt par une exaltation de l'humeur (euphorie, excitation, agitation), tantôt par un état d'abattement (tristesse, apathie). Cette pathologie se caractérise par la décompensation récurrente et cyclique du fonctionnement psychotiques en des moments contrastés selon la nature de l'humeur (phase maniaque dont le déclenchement est souvent brusque, phase mélancolique au début souvent insidieux. Ces troubles s'observent généralement chez les patients psychotiques ainsi que les patients présentant un fonctionnement limite (Sagelas- Grandval, 2004). Les états de crise maniaque ou mélancolique sont de durée variable ; ils peuvent faire courir le risque de passagers à l'acte hétéro- ou auto-agressifs (suicide), s'accompagner de constructions délirantes d'indignité, de ruine, de réalisations mégalomaniaques.

V. Les signes et symptômes communs de la dépression :

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivante :

a)-symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.

b)-symptômes comportementaux : Le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

c)-symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement : auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

d)-symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.

e)-symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques. (G .Kleftaras , 2004, P 27-28).

Cependant, nous devons prendre en considération que ces mêmes symptômes peuvent être présents dans d'autres troubles en dehors de la dépression.

Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

1-Humeur dépressive : la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesse légère ou mélancolie.les dépressifs considèrent

leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent ,certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot(bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et il éclatent en sanglots.

2-Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles : beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties ... etc rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

3-Sensation de fatigue et perte d'énergie : les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même a la terminer.

4-Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement : les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

5-Changes dans l'appétit : beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de vie, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997).Au contraire un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids a cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.

6-Perturbation du sommeil : l'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée a l'anxiété qu'a la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.

7-Plaintes somatiques et dysphorie : souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc.

8-Excitation : les dépressifs présentent parfois une agitation excessive. Une tension intérieure, ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, il fait des mouvements brusques, ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

9-Diminution du désir sexuel: pour les hommes le problème est directement liée à l'épuisement, au manque ou d'énergie perte général d'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelle, parfois les problèmes sexuels pourrait être dus ou traitements médicamenteux ou d'autre problème organiques ou psychogènes.

10-diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer : le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

11-Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte : ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie il se considère comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.

12-l'anxiété : un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.

13-Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir : ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donner cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

14-Idees de mort et de suicide : beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela ».Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire. (Ibid. P28-33).

Tous les symptômes ne doivent pas être nécessairement présent pour que la dépression soit diagnostiquée, bien des choses dépendent de leur intensité, de leur gravité et de leur durée, toujours en rapport avec la situation clinique précise, à la quelle on se réfère.

Quand des émotions comme l'apathie ou le désespoir ne veulent pas disparaître, la dépression peut être la cause de ces maux. Plus qu'un coup de blues temporaire, la dépression nerveuse empêche d'apprécier la vie au quotidien. Avec un traitement psychologique et médical et avec de l'aide, vous pouvez arriver à vous sentir mieux. Mais d'abord, vous devez

comprendre à quoi ressemble la dépression. Apprendre à identifier les signes et les symptômes de la dépression est la première étape à franchir pour résoudre le problème.

Nous connaissons tous des hauts et des bas dans notre vie. La tristesse est une réaction normale aux épreuves que l'on peut rencontrer dans la vie. On est triste pendant une courte période et puis la déception finit par s'en aller et la vie reprend son cours. Mais lorsque le sentiment de tristesse persiste, qu'il interfère avec votre capacité à travailler, étudier, manger, dormir ou s'amuser, ce n'est plus une situation normale. C'est la dépression ;

Il y a une grande différence entre se sentir déprimé et souffrir d'une véritable dépression nerveuse. Certaines personnes décrivent cela comme le fait de vivre dans un trou noir, sans avoir la possibilité de s'en sortir. On ne peut plus se détacher du désespoir ou de la tristesse. Cependant, certaines personnes atteintes de dépression nerveuse ne se sentent pas forcément tristes. A la place, elles ont l'impression que leur vie est vide et sans aucun sens. Dans cet état d'apathie, elles sont incapables de prendre plaisir à faire quoi que ce soit (même lorsqu'elles pratiquent des activités qu'elles appréciaient auparavant). Les signes et les symptômes de la dépression nerveuse varient en fonction des personnes et peuvent aussi varier dans le temps en intensité.

VI- Les facteurs de dépression

La dépression est le résultat de plusieurs mécanismes encore mal connus.

On distingue trois types de facteurs :

- **Des facteurs psychologiques:** ils trouvent leur origine dans l'enfance (relations avec les parents, expériences difficiles, etc.) ou dans une période plus récente (traumatismes, deuils, etc.). Certains comportements ou croyances négatives (se penser incapable de faire certaines choses) peuvent favoriser la survenue ou le maintien d'une dépression ;
- **Des facteurs liés à l'environnement:** événements perturbants ou stress excessif causés, par exemple, par un conflit familial, le travail.
- **Des facteurs biologiques:** lors de troubles dépressives, le fonctionnement du cerveau est perturbé. La structure du cerveau n'est toutefois pas abîmée et ces troubles de fonctionnement sont réversibles. Les neurotransmetteurs présentent des anomalies dans leur fabrication et leur régulation.

1) La dépression peut survenir chez des personnes ayant une vulnérabilité liée à des événements anciens :

2) avoir des parents qui ont souffert de dépression ;

3) avoir subi un traumatisme ou un conflit parental important dans l'enfance.

Ces facteurs augmentent le risque d'être un jour touché par la maladie.

À l'inverse, des événements, survenant subitement (comme un deuil) et provoquant un stress excessif, peuvent « déclencher » la dépression même sans vulnérabilité particulière.

La dépression peut également être associée à d'autres facteurs :

- la dépendance à l'alcool, au tabac ou à d'autres substances, consommées pour apaiser l'angoisse ;

Des troubles anxieux qui peuvent accroître sa sévérité.

Dépression est donc terme tout à fait générale .parmi les nombreux états dépressifs, existe des symptômes communs .chaque cas sera donc un cas particulier, dont l'examen devra être fait avec une minutie d'horloger

On conçoit bien que des centaines de causes différentes puissent faire fléchir la tension nerveuse ! Cependant, une des causes principales reste l'épuisement .quelles sont les causes de l'épuisement ? La Palice répondrait : « l'épuisement a pour cause des actions qui épuisent. » et la Palice dirait vrai, comme toujours on doit alors se demander : quelles sont les actions qui épuisent ? et pourquoi épuisent-elles on songe donc immédiatement, au surmenage.

En psychiatrie et en psychologie, la dépression est un trouble de l'humeur. Le terme provient du latin depressio, « enfante cément ». C'est autour du XIX siècle que le terme est apparu dans son usage psychologique.

La dépression caractérise essentiellement un état de perte de motivation ou d'étalant chez un individu, associé ou non à différents symptômes. Les symptômes les plus caractéristiques sont une perte, d'espoir d'envi, d'estime de soi. D'autres signes peuvent survenir, tels que, la tristesse, des pensées négatives, des idées noires, des intentions suicidaire, de l'anxiété ou de l'angoisse et dans certains rares cas extrêmes, des hallucinations.

Nous connaissons tous des hauts et des bas dans notre vie. La tristesse est une réaction normale aux épreuves que l'on peut rencontrer dans la vie. On est triste pendant une courte période et puis la déception finit par s'en aller et la vie reprend son cours. Mais lorsque le

sentiment de tristesse persiste, qu'il interfère avec votre capacité à travailler, étudier, manger, dormir ou s'amuser, ce n'est plus une situation normale. C'est la dépression.

VII. Les caractéristiques de la dépression névrotique

Nous insistons plus particulièrement sur quatre aspects sémiologiques très caractéristiques des expressions névrotiques.

1. Les conduites suicidaires : très fréquentes et trop souvent négligées dans la mesure où il s'agit en générale de tentative de suicide n'aboutissant pas à la mort, au contraire de suicide mélancolique. On ne doit cependant jamais se fier à des données épidémiologiques pour sous-estimer la gravité possible d'un geste suicidaire dont la réussite ne peut être exclue, même si elle est accidentelle. De même une attitude provocatrice de l'entourage, lasse des plaintes ou des menaces de malade (le « suicide chantage ») est parfois à l'origine de gestes suicidaires gravissimes dont les aspects hétéro-agressifs apparaissent clairement. Enfin, même lorsque le désir de mort est dénié par le patient après une conduite suicidaire apparemment bénigne (« je voulais dormir », « j'ai fait une bêtise », « c'est pour oublier, mais c'est fini »), on ne se laissera pas non plus abuser par la gravité objective de l'acte suicidaire en fonction de la quantité de comprimés absorbés, en sachant que la signification du geste est plus importante que le geste lui-même.

2. La réactive aux influences du milieu : est caractéristique de la dépression névrotique. Au contraire de mélancolique, le névrotique parle spontanément, cherche à comprendre ce qui lui arrive, est très sensible à l'accueil qu'il reçoit. Les possibilités de compréhension de l'entourage sont des éléments importants à apprécier pour le pronostic. Les facteurs de réalité aux frustrations est entouré et la thérapeute doit négocier adroitement une attitude bienveillante en même temps que suffisamment distanciée. Le rejet, ou ce qui est perçu comme tel, aggrave les blessures narcissiques. Une sollicitude excessive et infantilisante accentue les bénéfices secondaires du patient, l'enferme dans son attitude régressive et dans une situation de dépendance totale vis-à-vis de l'entourage.

3. Les troubles somatiques restent mineurs. : On ne se voit pas les détresses somatiques constatées chez certains mélancoliques. Par les différents symptômes somatiques de l'anxiété, les troubles de sommeil sont constants, le plus souvent à type d'insomnie d'endormissement, parfois à type d'hypersomnie défensive, sans effet bénéfique sur la sensation de fatigue. Les troubles de l'appétit sont également fréquents, à type d'anorexie ou

de boulimie, celle –ci apparaissent plus souvent chez femme et entraînant une prise de poids rapide et culpabilité. Les troubles sexuels enfin se résument à l'apragmatisme, à la fragilité, à l'impuissance ou à l'éjaculation précoce.

4. La défense maniaque, au sens de Winnicott, manque rarement au cours d'une dépression névrotique. Des tentatives d'activisme, de fuite dans le travail ou dans la militance pour masquer une réalité intérieure pénible sont souvent retrouvées. Elles sont sporadiques et leur échec accentue les affects dépressifs. Elles sont souvent conseillées par l'entourage, voire par le médecin (« occupez-vous », « faites du sport », « Ne pensez plus à tout ça »), sans provoquer le rejet de l'entourage qui soupçonne le sujet de « s'écouter » et de ne plus faire preuve de la bonne volonté qu'on exige de lui. De ces malentendus naissent les consultations tardives, l'absence de prise en charge et les éventuels passages à l'acte suicidaire. (P.DENIKER et all. 1989, p 248-249).

VIII -Les modèles explicatifs :

Chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle globale.

A- Le point de vu ethno psychiatrique :

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport elle-même avec les caractéristiques familiales. Sociale et religieuses de la culture considérée. (G.Pewzner,2000, P94).

B -Le Point de vu biologique

Elles sont nées a la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957),par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action .cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs (noradrénaline ,sérotonine),il est réducteur, voir peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et

sérotoninergique .une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

C –Le point de vu psychanalytique

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique.une partie du Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. . (Besançon .A. 2005, p57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud.ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuse » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui-même.

Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation car il « tire son plaisir de ses souffrances ».pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions.IL y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale-narcissique étayée par un objet extérieur.

Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point de vue psychanalytique. (Pedieli.J.L.et al 2005, P77-78).

D-le point de vu cognitivo-comportementaliste

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs.

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck .la dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible.

(Besançon .A. 2005, p57)

Le model cognitive de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez les sujets déprimés.

Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectif de vie inaccessibles tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous ».En lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraînent l'émergence de pensée dépressives par un traitement biaise de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitive décrite chez les déprimés un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négatif et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ne ma pas proposé du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis a la hauteur je vais perdre mon travail ». L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polarisé son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne au dépend des éléments positifs de la réalité .la maximalisation et la minimisation complète ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives, la surgénéralisation consiste à généraliser ce vécu a l'ensemble de la vie du patient.

IX. Traitement et prise en charge de la dépression :

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres, « chimique » (médical) et psychique (psychologique).Il n'y a pas de suprématie ou d'efficacité d'un moyen sur l'autre.les deux sont utiles et vitaux au dépressif pour un mieux –être.ces deux moyens sont complémentaires et indispensables au traitement de la dépression.

1-médical

Le traitement dépend naturellement de l'étiologie, de la gravité des troubles, de la personnalité du sujet et de la qualité du soutien de l'entourage.

L'hospitalisation sera systématique en cas de mélancolie ou en cas d'idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide.

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leurs contre-indications et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement. (Godfryd.M ,2002, P45-46).

Les antidépresseurs ont pour but de faire disparaître le l'humeur dépressive et de redonner au patient le dynamisme et sens du plaisir qu'il a perdus.

- 1)-Les antidépresseurs Tricycliques :Athymil, floxufrol, Prosac, défanyl, Stablon, Deroxat, Divarius, Séropram, Séplex, Norset, Zoloft, Ixel, Effexor.
- 2)-Antidépresseurs de nouvelle génération :Marsilid, Moclamine.
- 3)-Antidépresseurs de la Monoamine Oxydase ou IMAO.

A ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif : des tranquillisants, des neuroleptiques, d'autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium.

L'électrochoc, crise d'épilepsie déclenchée de façon artificielle sous anesthésie générale, constitue une thérapeutique ancienne mais encor efficace utilisée dans certains cas particuliers. (Debray.Q,2006, P55-60).

2-psychologique

Le travail se fera sur les croyances dysfonctionnelles quand, chez le typus melancholicus. L'estime de soi paraît foncièrement liée à un dévouement excessif qui amène le sujet à négliger tout loisir. Une argumentation serrée doit s'instaurer, où il sera longuement expliqué que l'équilibre des proches doit aussi se nourrir de la joie et des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux.peu à peu l'existence pré dépressive devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité. (Debray. et Nollet.2001, P139).

A –les thérapies d'inspiration analytique :

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles

visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir à un travail de deuil et de détachement. la thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère longue et délicate. Elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psychosociaux –culturelle des phénomènes observés.

(Pedinielli.J.L. et al 2005, P120).

B –les thérapies cognitivo-comportementaliste :

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant de la dépression est la perturbation des processus qui agissent en transformant les informations reçues en représentations mentales.

C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engrangées et que ce dernier y substitue des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir. (Pedinielli.J.L. et al 2005, P121).

Selon **Jeffrey Nevid** dans son livre intitulé « **psychopathologie** » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants :

- a) les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).
- b) traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale
- c) Une combinaison d'un médicament antidépresseur et l'une des formes de psychothérapie citées
- d) d'autres formes de traitement spécifiées, y compris la photothérapie pour dépression saisonnière. Dans tous les cas, il faut établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute (Hardy Baiyle, 1998).(J. Nevid, 2009, P 180).

Comme dit plus haut, il existe plusieurs sortes de thérapies qui correspondent chacune à une situation émotionnelle et familiale précise.

- **Thérapie individuelle:** Cette thérapie n'implique que le patient et son psychologue

- **Thérapie de groupe:** Deux patients ou plus participent à la thérapie en même temps. Les patients peuvent alors partager leurs expériences et leurs sentiments.

Conclusion:

Pour conclure, la dépression est une maladie mentale très fréquente dans notre société et qui peut avoir un impact sur toutes les facettes et qui peut toucher toute femmes quelle que soit son âge, En effet, la présence des symptômes de la dépression chez la femme stériles nécessite une investigation psychologique très approfondie pour mieux saisir les signes qui sont cachés derrière les plaintes somatique comme la fatigue et les troubles du sommeil.

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left side and rounded corners on the right. The text is centered within this border.

Chapitre II : La Stérilité Féminine

Introduction :

Ce chapitre concerne un thème qui est la stérilité que femmes subissent dans la société algérienne comme dans bien d'autres pays. Donc on s'intéresse ici à la stérilité de la femme.

I- définition de la stérilité :

Le terme stérilité désigne l'impossibilité, pour une femme, de procréer. Il s'agit plus précisément de l'incapacité d'un couple à débiter ou porter à terme de grossesse. Le terme de stérilité étant est relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infécondité.

Naturellement, une femme est féconde de façon variable suivant son âge. La fécondité progresse jusqu'à l'âge de 25 ans puis se stabilise.

Le temps nécessaire pour qu'une conception soit réussie est en moyenne de 4 cycles pour les couples âgés de 25 ans.

On considère qu'il est normal de commencer des investigations (rechercher une cause à la stérilité) quand un couple désirant un enfant n'a pas déclenché de grossesse après avoir eu des rapports sexuels (sans contraception) durant deux à trois ans. Ces rapports sexuels doivent être complets et suffisamment fréquents, c'est-à-dire au minimum deux à trois fois par semaine. Des relations sexuelles plus fréquentes n'augmentent pas la probabilité de grossesse.

Même si les causes de stérilité sont nombreuses, rarement le fait de la femme ou de l'homme exclusivement, mais le plus souvent dues à l'association de causes survenant chez deux individus peu fertiles, c'est souvent la femme, seule, qui va consulter.

Le délai séparant la première consultation d'infertilité et le désir d'avoir un enfant est très variable : de quelques mois à quelques années. En fait, il n'existe pas de réelle définition de l'infertilité devant amener à consulter pour établir un premier bilan.

Partir des définitions de la stérilité, des indices ont été créés afin d'unifier les langages. Le plus utilisé est la fécondabilité, qui est la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel. La stérilité est un fait prouvé et acquis, alors que la fertilité n'est qu'un état de potentialité. Deux autres indices sont proposés :

1. le premier est la probabilité de concevoir sur une période plus longue, comme 1 ou 2 ans ;
2. le second est le délai nécessaire à concevoir (DNC).

L'ensemble de ces indices varie d'un couple à l'autre, et il est ainsi plus facile d'établir une distribution sur l'ensemble d'une population. En effet, la fécondabilité n'est pas identique pour tous les couples. Les plus fertiles tentent de concevoir plus vite et le groupe des couples « encore à risque », c'est-à-dire n'ayant pas encore conçu, comporte de plus en plus de couples peu fertiles au fur et à mesure que le temps passe. Il est donc logique que le risque de conception diminue mois après mois.

En France, la fécondabilité, qui reste une notion statistique à l'échelle d'une population, varie autour d'une moyenne de 25 % par cycle. À partir d'enquêtes réalisées sur une population générale, on peut montrer qu'environ 10% des couples ont une fécondabilité réduite inférieure à 10%. Ainsi, après 1 an, la moitié de ces couples n'aura toujours pas conçu. C'est ainsi que se détermine le groupe de couples hypofertiles. Mais leur sort n'est pas désespéré. À la fin de la seconde année, trois sur quatre de ces couples auront conçu.

Si l'on s'intéresse aux couples encore moins fertiles, avec une fécondabilité inférieure à 5% (représentant 2% de la population), le taux de succès après 1 an et 2 ans s'établit respectivement à un tiers et à la moitié.

On voit donc, à partir de ces exemples, qu'une absence de conception après 12 mois d'exposition aux risques de grossesse, ne devrait pas être considérée, dans un premier temps, comme un indicateur de stérilité, mais plus comme un indicateur d'hypofertilité qui peut justifier la mise en route d'un bilan, mais pas la mise en œuvre immédiate de traitements médicaux, sauf pathologie tubaire dûment identifiée.

Après la durée de l'infertilité, l'âge de la femme reste le deuxième élément essentiel dans l'approche de l'infertilité. Cependant, mesurer l'effet exact de l'âge sur la fertilité apparaît difficile en raison du nombre de facteurs associés qui viennent compliquer l'interprétation du rôle causal de l'âge dans la stérilité. La fécondité semble diminuer dès 30 ans, et l'infertilité augmentée au-delà de 35 ans. Il faudra donc tenir compte de la conjonction de ces deux facteurs âge/durée d'infertilité pour au moins déterminer la rapidité du bilan féminin.

II. Types de stérilité :

1. Stérilité primaire : Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuel régulier non protégé chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse.

2. Stérilité secondaire : Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuel régulier non protégé chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses. (Qu'elle soit parvenue à terme ou pas).

- 1- 3. Stérilité de nature psychique :** c'est-à-dire d'une stérilité qui n'est pas expliqué ou qui ne s'explique pas. Ce type de stérilité pathogène serait, selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie du à l'inconscience qui ne satisferait pas les désirs de grossesse d'une femme, il semble qu'environ 10° des infertilités seraient de nature psychique. (GEORGE. D ; le genre humain n °10)

III .Stérilité chez la femme :

Pour chercher à savoir si notre sujet de recherche ovule, plusieurs investigations sont nécessaires :

La courbe de température, prise chaque matin au réveil.

Une courbe normale est caractérisée par un aspect diphasique, avec une différence de température entre la première et la deuxième phase de 0,4 à 0,5 0C, un décalage dont la durée de montée ne dépasse pas trois jours et un plateau qui dure entre douze et quatorze jours.

Les dosages hormonaux plasmatiques.

La FSH et la LH sont les hormones hypophysaires qui stimulent la croissance folliculaire et provoquent l'ovulation.

En début de cycle, on trouve, pour la FSH, de 1 à 5 m UI/ml et, pour la LH, de 4 à 10 m UI/ml.

La prolactine, hormone de la lactation, peut inhiber l'ovulation si elle est en excès. un taux D 20 mg/ml indique la normalité.

La progestérone est sécrétée par le corps jaune.

Elle est normalement D 1 mg/ml en phase folliculaire et P 10 mg/ml après l'ovulation.

L'échographie de l'ovaire, grâce à une sonde à ultrasons introduite dans le vagin, permet de mesurer les ovaires et de surveiller la croissance des follicules. On peut prévoir l'ovulation quand le diamètre du follicule atteint de 18 à 20 mm. pour chercher à savoir si les voies génitales sont normales, les investigations suivantes doivent être menées : L'hystérosalpingographie est une radiographie de l'utérus et des trompes après injection d'un produit de contraste iodé. Le liquide injecté dessine le contour intérieur de la cavité utérine et des trompes. On suit la progression du liquide et on prend plusieurs clichés.

L'hystérographie indique s'il existe un obstacle (obstruction ou sténose) sur le trajet des trompes ou une anomalie de l'utérus.

L'hystérocopie consiste à introduire un petit tube optique dans la cavité utérine, au travers du vagin. On peut ainsi voir à l'intérieur et dépister des anomalies telles que polypes, fibromes, cloisons, synéchies ou anomalies de l'endomètre.

La colioscopie est un examen déterminant.

On introduit un tube optique, sous anesthésie générale, au niveau de l'ombilic et on peut ainsi voir tous les organes féminins: utérus, ovaires, trompes.

On peut diagnostiquer des obturations tubaires, des infections, des adhérences, des kystes de l'ovaire, de l'endométriose, etc.

La colioscopie permet aussi des gestes chirurgicaux (sans ouverture du ventre) pour supprimer les anomalies observées.

L'examen du col de l'utérus et de la glaire qu'il sécrète permet de retrouver d'exceptionnelles sténoses du col de l'utérus. Mais, surtout, il permet de juger des qualités de fluidité de la glaire en période d'ovulation.

Le test post coïtal, ou test de Huhner, permet d'apprécier le nombre des spermatozoïdes à mobilité progressive qui se trouvent dans la glaire quelques heures après un rapport sexuel.

Pour savoir si l'endomètre est apte à l'implantation, on pratique la biopsie d'endomètre. En ramenant un minime fragment d'endomètre grâce à une fine curette, la biopsie permet d'analyser au laboratoire l'aspect de la muqueuse et de dépister des infections ou des anomalies d'origine hormonale.

Au terme de ces investigations, on a parfois trouvé chez la femme l'une de ces diverses causes d'infécondabilité : Anomalie de l'ovulation et insuffisances hormonales; maladie de l'ovaire (kyste ou endométriose); obturation des trompes; infection génitale; anomalie anatomique.

Le diagnostic ainsi établi va permettre de traiter les anomalies décelées.

Mais il faut savoir que, le plus souvent, la stérilité provisoire est due à

L'addition d'une insuffisance de l'homme et d'une insuffisance de la femme.

L'un et l'autre aurait peut-être eu des enfants avec un partenaire plus fertile.

Dans ce cas, le traitement consistera à améliorer en même temps la fertilité des deux Partenaires.

Ce sont souvent ces cas que l'on appelle stérilités inexplicables.

I- La tentation est alors grande de trouver une cause minime à laquelle on donne de l'importance, par exemple une réaction immunologique anti spermatozoïdes, ou encore de dire qu'il s'agit d'une stérilité psychogène. ([WWW.Enceinte.Com /article_info/grossesse /la_conception/la_sterilite](http://WWW.Enceinte.Com/article_info/grossesse/la_conception/la_sterilite))

IV. Les causes de stérilité féminine :

1- La stérilité féminine au niveau du cerveau hypothalamus et hypophyse :

Le rôle du cerveau est le « centre de commande » du cycle féminin ; il envoie des « ordres » (hormones FSH et LH) aux ovaires pour obtenir chaque mois une ovulation .Si le cerveau ne donne pas les « bons » ordres, alors l'ovulation est perturbée.

1.1. Les causes de stérilité dues au cerveau :

a). L'hypothalamus ne remplit pas son rôle : il n'arrive pas à sécréter correctement l'hormone tout le cycle féminin est alors bloqué : pas de sécrétions d'hormones par l'hypophyse, pas d'ovulation, pas de règles.

b). L'hypophyse sécrète trop de prolactine : Or cette hormone bloque l'ovulation ! Il existe plusieurs causes à cet excès prolactine de:

-la prise de certains médicaments peut augmenter la prolactine : par exemple, certains médicaments antidépresseurs ou tranquillisants.

c). Le stress parfois.

d). Une tumeur sans gravité de l'hypophyse appelée « adénome hypophysaire ».

2. Les causes de stérilité au niveau des ovaires :

2.1 .Ovaires poly kystique (OPK) : Les ovaires sont gros, et présentent à leur surface de nombreux petits follicules qui n'arrivent pas à grossir pour émettre un ovule. Les ovulations sont donc rares on inexistent. Les OPK sont une cause de stérilité répandue.

2.2. Insuffisance ovarienne : Débutante : pathologique si elle survient avant 40ans, due au vieillissement naturel après. Le stock de follicules et donc d'ovocyte et diminué. En raison du nombre diminué des follicules, les ovaires répondent mal aux ordres envoyés par l'hypophyse, les follicules grossissent plus lentement, les ovocytes et l'ovulation sont de mauvaise qualité, quelques recherches sont menées pour découvrir les causes de l'insuffisance ovarienne : causes génétique, immunitaires, virales : on a aussi évoqué le distilbène observé chez la souris, mais pas encore prouvé chez la femme.

2.3. Insuffisance ovarienne prématurée ou ménopause précoce : stade ultime de l'épuisement du stock. Il reste en fait quelques centaines d'ovocytes immatures dans les ovaires mais ceux-ci ne répandent plus du tout. La ménopause précoce peut être due à un traitement médical stérilisant.

2.4. Absence d'ovaires : de naissance ou suite à une maladie (par exemple un cancer ayant conduit à retirer les ovaires) sans ovaires, pas d'ovocytes : donc pas de possibilité pour la femme d'avoir son enfant génétique.

3. Une anomalie des hormones

4. Une anomalie de la glaire cervicale (à type d'insuffisance oestrogénique, de destruction des glandes cervicales, de conséquence d'électrocoagulation, etc...)

5. Une malformation de l'utérus de nature congénitale (prise de distilbène par la mère entraînant un utérus hypoplasique), de sténose de l'isthme, de synéchies de l'utérus, de polypes, d'endométrite, d'hyperplasie, etc...

6. Une infection du col de l'utérus (endocervicite)

7. Une malformation de l'endomètre (couche de cellules tapissant l'intérieur de l'utérus)

8. Une atteinte des trompes de Fallope empêchant une fécondation ou une nidation. Les principales causes sont les séquelles d'une infection, les séquelles d'une intervention chirurgicale (appendicite, chirurgie gynécologique suite à la présence d'endométriose, de diverticules, d'aplasie).

9. Une cause ovarienne explique environ 20 % des stérilités féminines. Le plus souvent, il s'agit d'une anovulation (absence d'ovulation) que l'on suspecte à la suite d'anomalies des règles et que l'on met en évidence grâce à la courbe ménothermique ou aux dosages hormonaux. Il peut s'agir également d'une destruction d'une partie de l'ovaire due à une endométriose, à une tumeur de l'ovaire (kystes), à une intervention chirurgicale, à un syndrome des ovaires poly kystiques, à un syndrome de Turner, à un dysfonctionnement des ovaires, à une ménopause précoce.

10. Des malformations du vagin à type de syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser, de malformations vaginales, de présence de cloisons vaginales, etc...

V. Les symptômes de la stérilité féminine :

1. L'ancienneté de l'infécondité du couple

2. La fréquence des rapports sexuels (coïts)

3. La contraception utilisée

4. L'atmosphère conjugale

5. Les problèmes professionnels ou relationnels

6. Les antécédents gynécologiques : puberté, caractéristiques des cycles, infections génitales

7. Les antécédents obstétricaux : fausse couche, accouchement difficile, interruption volontaire de grossesse (IVG), grossesse extra-utérine, interventions chirurgicales sur le bassin ou l'abdomen, etc...

VI. Le traitement de la stérilité féminine :

1- Le traitement médicamenteux : il est indiqué lors des stérilités dues à :

1. des troubles de l'ovulation
2. une anomalie de la glaire cervicale

Ce traitement est essentiellement hormonal.

2-Le traitement chirurgical : il est indiqué lors des stérilités dues à :

1. Un dysfonctionnement des trompes de Fallope
2. Des synéchies (adhérences)
3. Certaines malformations de l'utérus
4. Un fibrome de l'utérus

Conclusion :

Il est noté que le mot stérilité, étant relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infécondité. Il est impossible aujourd'hui d'aborder ce problème sans en évoquer la dimension psychologique, comme dans toutes les maladies, l'état psychologique intervient d'une façon ou d'une autre et plus particulièrement dans cette problématique qui représente la difficulté à avoir un enfant, il est nécessaire de comprendre et d'accepter qu'en dehors d'un problème médical, une autre problématique intervient le plus souvent dans les problèmes rencontrés par les couples éprouvant des difficultés à avoir des enfants.



Problématique Et Hypothèses

La problématique

Dans toutes les sociétés, la famille est souvent assimilée à un lieu où la femme cherche l'amour, la sûreté, la sécurité, la protection, et cela dans le but d'assurer son équilibre émotionnel et affectif.

Cependant, dans la vie quotidienne, divers problèmes et difficultés peuvent affecter la vie de la femme, ce qui la rend difficile car l'effet de certains événements peut infecter les fonctionnements psychiques et peut avoir des répercussions sur le comportement, sur le raisonnement de la femme c'est bien que la stérilité féminine qui est l'incapacité de procréer qui est considérée comme un problème majeur qui mène la femme à se sentir déprimée, et souffrir d'une véritable dépression.

A ce jour, le phénomène de stérilité infligée sur les femmes dans leurs relations reste caché, voire tabou. La stérilité féminine en Algérie est parmi les préoccupations majeures des associations et d'organisations féministes. Étant donné que la stérilité fait encore partie aujourd'hui de la vie privée du couple, elle peut longtemps rester méconnue ou non dévoilée. La stérilité a été récemment reconnue comme étant un problème d'atteinte à la santé de la femme. Elle englobe de multiples actes agressifs de nature physique, psychologique, et sexuelle. Elle est également une cause de stress et de souffrance pouvant produire différentes formes de troubles psychiques.

En effet, toute femme peut être victime d'une stérilité peu importe son âge, sa religion, son éducation, son identité culturelle. Cependant dans diverses études, la problématique de la stérilité est désignée par l'une des expériences les plus difficiles dans la vie de la femme car en effet il s'agit d'un véritable deuil, elle menace tous les aspects de la vie, elle n'affecte pas uniquement les relations entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement. Le désir d'avoir un enfant naît dans chaque femme car toute femme voulant affirmer sa capacité de procréer.

« La stérilité est la hantise de beaucoup de nouveaux mariés qui, après une année de mariage seulement, se retrouvent obligés, par le poids de la tradition, de se justifier devant autrui mais aussi se rassurer soi-même ». (S. Mimoun, 2003, P 38)

La stérilité se vit de la manière honteuse et ce n'est pas un sujet dont on discute librement, il n'est donc pas surprenant que beaucoup de femmes ignorent les véritables causes de leur stérilités.

La stérilité, est imputée d'une façon générale à la femme ; cette dernière était la seule qui assume l'entière responsabilité de la non procréation, tandis que l'homme vu son statut

Problématique et hypothèse

social, il ne reconnaît pas le fait qu'il peut être stérile car cela affecte sa virilité et son autorité. (DAVID George, la stérilité : le genre humain n°10 P86).

A la lumière de ce que venons de dire nous pouvons poser la question suivante :

1. Est ce que la stérilité féminine provoque une dépression ?

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre aux questions posées dans notre problématique sont les suivantes :

1- L'hypothèse générale :

Nous pensons que la stérilité influe sur la réaction dépressive chez la femme.

Il nous semble que les femmes stériles ont un risque plus élevé de faire une dépression.

2- Les hypothèses partielles (opérationnelles) :

a)-Les femmes stériles souffrent d'une dépression, sur le plan psychologique, elle se manifeste par les pleurs, une faible estime d'elle-même, un profond sentiment de dévalorisation, dans beaucoup de cas elle ressent de la culpabilité face à une situation.

b)-La stérilité de la femme ne provoque pas de la dépression, l'intensité de la dépression se diffère d'une femme à une autre, pour certaines femmes la souffrance peut s'associer à une anxiété et à une angoisse, contrairement à d'autres qui n'ont pas atteint ce niveau d'intensité.



Partie Pratique



Chapitre I :
Méthodologie de Recherche

Introduction :

Ce chapitre méthodologique est consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivies tout au long de notre recherche concernant la dépression chez les femmes stériles. Pour réaliser une recherche il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un lieu de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation, dans ce chapitre on va présenter la méthode selon la quelle on a procédé pendant notre recherche, le terrain et la population d'étude ainsi que les outils de recherche qu'on a utilisés.

I. Les méthodes utilisées

1. La méthode de recherche :

C'est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1993).

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde, et contenue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passé.

Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à ce qu'on appelé « **étude de cas** ».

(Khadija CHAHRAOUI ET Hervé Bénony, 2003, P11-12).

2. Etude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (Khadija CHAHRAOUI. Hervé BENONY, 2003, P125 ,126).

L'intérêt de l'étude de cas est indiscutable dans la pratique clinique, la discussion porte cependant sur la fiabilité des informations fournies par le sujet de recherche, et sur la méthode de reconstruction du cas, puisque toute étude de cas tend à opérer une réduction du matériel et à fournir des interprétations ou à poser des hypothèses.

II. Le groupe de recherche:

Le groupe de recherche est composée de cinq femmes stériles qu'on présente dans le tableau suivant:

Tableau 1 : le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Groupe de recherche	Abréviation du prénom	Age	Niveau d'étude	Type de stérilité
Cas (1)	« S »	39ans	Lycéen	Primaire
Cas (2)	« R »	35ans	Universitaire	Primaire
Cas (3)	« M »	31ans	3 ^{eme} Année secondaire	Primaire
Cas (4)	« N »	32ans	2 ^{eme} Année secondaire	Primaire
Cas (5)	« D »	40ans	Universitaire	primaire

III. Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique et l'échelle de dépression de Beck.

1. L'entretien de recherche :

L'un des instruments les plus utilisés dont dispose le psychologue pour le diagnostic, il s'agit d'évaluation ou de thérapie, à l'exception de certains cas.

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

L'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre entre le sujet et son chercheur, dans la quel le sujet répond aux questions. (J. L Pedinielli, 2005, P 36-37).

La méthode des entretiens semi directifs permet d'effectuer des études d'approfondissements, ses technique peuvent être employées pour préparer une prés- enquête dans laquelle nous construisons une échelle fondée sur un groupe d'items.

Méthodologie de recherche

L'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directif permet d'identifier les principales dimensions, et à repérer les questions pertinentes qui sont utilisées pour appréhender les différentes facettes de phénomène.

En effet, L'entretien nous a permis d'avoir des informations sur les femmes stériles, sur leurs vécu familiale, relationnelle et sur leurs maladies.

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulé d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, exemple à la fin d'une séquence d'association. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son sujet. » (Khadîdja CHAHRAOUI. Hervé BENONY, 2003, P143).

Nous avons effectué les entretiens à base d'un guide formulé à l'avance qui contient trois axes qui composent d'un ensemble de questions visant à recueillir des informations concernant nos hypothèses.

Le type d'entretien qui convient à notre recherche est l'entretien semi-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet combinée avec le projet d'explorer un thème particulier (Peddinilli.J . k ; 1994 ;P76) .

2. Passation de l'entretien :

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec les femmes stériles, après avoir bien sur donner une explication sur le travail que nous aurons à faire ensemble, et par conséquent on a eu un accord oral pour la participation dans notre recherche.

Dans la deuxième partie, avant de procéder à l'entretien on a présenté le formulaire de consentement à la femme stérile pour avoir leur accueil d'une façon officielle et légale après avoir eu l'accord oral dans l'étape qui précède, puis on utilisé notre entretien de type semi-directif, axés sur des thèmes précis. Les questions destinées aux femmes stériles portent sur leurs vécu, leurs milieux familiaux avant et après sa stérilité .En plus en présenté le test qu'on va appliquer.

Ensuite la collecte des données et la passation des entretiens- semis directs avec des femmes stériles dans le but de préparer le test et aussi de recueillir des données sur la stérilité.

La durée des entretiens était de 35à40 minute, pour la passation des entretiens on base sur un guide d'entretien qui se constitue par quatre axes : les informations personnelle, le vécu de la femme, le vécu au sein du couple, la réaction de la femme vis-à-vis de sa stérilité.

2. L'échelle de dépression de Beck : C'est un deuxième outil de travail dans notre recherche

2.1. L'inventaire de dépression de Beck :

Un test est une procédure systématique pour observer le comportement d'un sujet et le décrire à l'aide d'une échelle numérique ou d'un système de classification.

2.2 Un aperçu de la vie de Beck:

Aaron Temkin Beck voit le jour aux USA le 18 juillet 1921. Ses parents sont des émigrés Ukrainiens venus s'installer aux Etats Unis à l'âge de 16 et 17 ans. Sa mère, Elisabeth Temkin, est une femme juive orthodoxe très pratiquante. Son père, Harry Beck, est quant à lui athée aux idées plutôt socialistes.

Aaron s'intéresse très jeune aux sciences, ainsi qu'à la psychanalyse. Dans les années 1950, c'est en essayant de traiter des patients déprimés par la psychanalyse qu'il sera amené à remettre en question le bien-fondé des hypothèses freudiennes qui étaient jusqu'alors en vigueur dans le milieu médical. Par une approche précise et rigoureuse, et par l'objectivité de son analyse, il sera amené à démanteler tout l'édifice des hypothèses de la psychanalyse concernant la question de la dépression et de l'anxiété. Ses conclusions font grand bruit et sont alors généralement très mal perçues par ses collègues psychanalystes.

Aaron Beck ne s'engagera jamais dans des polémiques avec le monde de la psychanalyse. En revanche, il emploiera son temps avec son équipe, à élaborer un nouveau modèle du fonctionnement et le dysfonctionnement du psychisme humain, en travaillant au quotidien avec un très grand nombre de patients.

Aaron Beck a employé ces dernières années à étudier la problématique de la violence avec sa fille Judith, qui est une proche collaboratrice.

2.3. Rappel historique :

Ce test de dépression, l'Inventaire de dépression de Beck, a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisé en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologiques.

2.4 Définition de test de Beck:

Le Beck Dépression Inventory (BDI) est une série de questions élaborées pour mesurer l'intensité, la gravité et la profondeur de la dépression chez les patients avec des diagnostics psychiatriques. Sa forme longue est composée de 21 questions, dont chacune est conçue pour évaluer un symptôme fréquent chez les personnes souffrant de dépression. Un court formulaire est composé de sept questions et est conçu pour l'administration par les prestataires de soins primaires. Aaron T. Beck, un pionnier de la thérapie cognitive, d'abord conçu le BDI.

Il concerne des symptômes de dépression tels que l'irritabilité, le découragement, la culpabilité, le sentiment d'être puni, le ralentissement psychomoteur ou l'agitation, l'insomnie, la fatigue, la perte d'énergie, la perte ou le gain de poids, la perte de libido,...

Il est destiné aux adolescents et aux adultes aussi à ceux qui ont fait une tentative de suicide, alcoolique.) .

A- Considération générale :

le BDI –Il est un test qui mesure le niveau de dépression. la passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer .Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est état de lire et de comprendre les items. Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

B- Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il Peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).

C-Temps de passation :

En générale, 5 à10 minutes suffisent pour compléter le protocole .Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps .L'échelle a été appliquée sur nos six cas nullipares après les entretiens préliminaires qui ont duré une à deux séances.

D-Mode d'administration :

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes :<<Ce questionnaire comporte 21groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans

Méthodologie de recherche

chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent d'écrire également bien ce que vous ressentez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 15 (perte d'énergie) et le groupe n° 18 (Modification de l'appétit). (Ibid. p 7)

E- Cotation de l'échelle :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé (59).

F- Intérêt-Limites :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- a. 0-4 : pas de dépression ;
- b. 4-7 : dépression légère ;
- c. 8-15 : dépression modérée ;
- d. 16 et plus : dépression sévère.

IV. La démarche de recherche :

Est une démarche qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre , relever aussi facilement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet , pris dans une situation , chercher à en établir le sens , la structure et la genèse , déceler les conflits qu'il la motivent et les démarches qui tendent à résoudre les conflits , cette méthode est applicable à des conduites dites normal et pathologique . (Valerie ,Capdevielle, Caroline , Dancet ,2004 ,P 10) .

1. Le formulaire de consentement :

est formulaire de droit des sujets de recherches à décéder par eux- même à l'usage des personnes , l'incapacité de consentir du mineur ou du majeur protégé par la loi entraine une

sévère limitation de la recherche , voire l'interdit , le consentement donné par les femmes ou ce tuteur responsables n'évite pas de solliciter l'assentiment de l'intéressé. (BOURGUIGNON .O ; 2005-2006 P 13).

2. Le lieu de recherche :

On a effectué notre recherche au sein de l'établissement privé, clinique « **les lilas** » de Bejaia ; dans lequel il est sous l'autorité d'un directeur technique.

L'établissement hospitalier privée la clinique « **les lilas** » est un établissement hospitalier privé, où il existe un service gynécologie, se qui nous a permis d'effectuer des rencontres et la passation des entretiens avec nos sujet de recherche dans un cadre clinique favorable.

La clinique « **les lilas** » est un établissement qui est constitué de plusieurs services :

. **Le rez-de-chaussée** : composé des urgences, le bureau de l'économat, le bureau de directeur technique, les consultations d'anesthésie, le radiologue, la morgue.

Et la réception des patients, son rôle est d'examiner et d'interroger les patients pour s'informer sur leur état et de juger si les patients vont être admis ou non.

. **1^{er} étage bloc opératoire** : ce service se charge des interventions chirurgicales qui est regroupé des chirurgiens, assistant du bloc, réanimateurs, des aides, agent de services, et même de la salle de la réanimation.

. **2eme étage** : service de laboratoire d'analyse qui est constitué des laborantines, des agents de services,

. **3eme étage** : service de chirurgie ou il prend en charge les malades admis a l'hôpital, il prend aussi en charge les femmes qui viennent d'accouchées.

. **4eme étage** : service gynécologique qui est doté d'un médecin spécialiste en gynécologie son rôle est de soigner les femmes reçus dans ce service. C'est dans ce service qu'on exerce, effectué notre stage et qu'on a rencontré des femmes stériles de nos cas.

. **5eme étage** : regroupe l'administration, la cuisine, la pharmacie.

Conclusion : Ce chapitre de méthodologie, nous a servi d'une bonne organisation de notre travail, et le respect de certaines règles comme la méthode à utiliser, les outils de la recherche, la démarche à suivre, pour arriver à des résultats quand peut analyser et interpréter et dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses formulées au début de la recherche.



Chapitre II
Présentation, analyse et
discussion des résultats

Introduction :

Nous tenons dans ce chapitre de présenter la partie pratique qui constitue une présentation et analyse des données de notre stage qu'on a effectuée au sein de l'établissement hospitalier privée Clinique "les Lilas" de Bejaia.

On va faire une présentation de cinq cas, femmes stériles, pour les quelles on a fait passer l'entretien clinique et l'inventaire de dépression de Beck.

Ce travail va nous permettre en fin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

I. Présentation des cas :

1. Présentation de cas n° 1 :

C'est M^{me} « S », âgée de 39ans, demeurant à Bejaia, agent de service dans un hôpital du CHU de Bejaia.

Elle est issue d'un mariage de raison, elle est l'aînée d'une fratrie de six enfants mariée depuis dix huit ans. Elle est nullipare (sans aucun enfant), elle est d'un niveau scolaire lycéen, elle appartient à une famille d'un niveau socio- économique est moyen.

Etant élevée par ses parents M^{me} « S » a mené une vie simple et classique sans difficultés Apparentes.

M^{me} « S » a déjà fait plusieurs examens et traitements gynécologiques depuis son mariage.

Le 1^{er} à l'âge de 28 ans, le 2^{eme} a l'âge de 32ans

1.1. Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'établissement hospitalier privée clinique « les lilas » de Bejaia , pendant l'entretien , nous avons constaté que madame « S » était très calme, triste en disant « ...heznegh ouzemiregh ara adhesuportigh ... » madame « s » nous a confié qu'elle a vraiment envie d'avoir un enfant après tant d'années «franchement si vous savez a quel point que j'ai vraiment envie d'avoir un enfant j'ai hâte de tomber enceinte ».

Le discours de M^{me} « S » a été très confus. Elle n'a pas été trop coopérative avec nous au début, mais, elle a fini par se confier à nous et s'exprimer.

Lors de l'entretien, M^{me} « S » a apparu dégoutée et désespérée. On a noté une certaine inquiétude vis-à-vis de sa relation avec son mari qu'elle exprime ainsi « Malgré que chacun de nous fait semblant que tout va bien, mais, au fond rien ne va, ce n'est plus comme avant au début de notre mariage ».

Présentation et analyses des résultats

M^{me} « S » nous a exprimé sa fatigue « Dayen aayigh j'en ai marre de cette vie, je m'en fou dayen déjà c bon, j'ai plus envie de tenter de tomber enceinte, déjà je ne suis pas comme avant » .

M^{me} « S » a signalé qu'elle a été déçu «weleh il me reste que la mortM^{me} « S » a pleuré j'ai beaucoup pleuré, je me sens perturbé et dégoûté il me reste rien dans cette vie rien ».

M^{me} « S » annonce qu'elle a des troubles de sommeil et également des troubles de l'appétit en nous disant : «mon médecin m'a prescrit des médicaments car dès fois le soir je n'arrive pas a dormir » Aussi « Je ne mange même pas, j'ai perdu l'appétit ... ».

Elle se soucie pour sa relation avec son conjoint « ... je vois que le comportement de mon mari a trop changer et trop perturbé, lui aussi est kif kif comme moi il est trop déçu.... ».

Elle pense qu'elle n'a pas d'avenir en disant « Je sens que j'ai plus d'avenir.... »

Conclusion :

On remarque, un certain désespoir chez M^{me} « S », vis-à-vis de sa situation et de son état physique et moral, et cela se manifeste par des pleurs, tristesses, idées noires, manque d'appétits, insomnies, on constate que c'est une dépression.

1.2 Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (1) résultat cas n° (1)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	02	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être punie

Présentation et analyses des résultats

07	Sentiment négatif envers soi-même	02	Je suis déçue par moi même
08	Attitude critique envers soi	02	Je suis plus critique envers moi-même que je l'étais
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant
11	Agitation	03	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	0	Je prends des décisions aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	02	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	02	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	Je n'ai pas d'appétit
19	Difficulté à concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	01	Le sexe m'intéresse plus qu'avant
Score		32	

Notre sujet de recherche lors de l'entretien nous a déclaré ses manifestations aux pensées suicidaires, mais sans passage à l'acte. « Il m'arrive des fois de pensé a la mort et faire fin a

Présentation et analyses des résultats

ma vie mais je n'ai jamais pensé de passé vraiment à l'acte. C'est juste des désires ou moment de désespoir. »

L'échelle de dépression de Beck démontre que le sujet de recherche manifeste un sentiment de punitions dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(3) « j'ai le sentiment d'être puni », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (1) « le sexe m'intéresse moins qu'avant ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (2) « je suis déçue par moi même ». M^{me} était anxieuse si agitée, à l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (3) « j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit ».

Notre sujet de recherche est apparu très pessimiste. Dans l'item n°(2) “pessimismes “, elle répond par le degré n° (3) “J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer”

La douleur moral avec vécu dépressif entraînant une tristesse, un sentiment d'échec, baisse d'estime de soi, dévalorisation, irritabilité, trouble d'appétit, changement de sommeil, et la fatigue car dans les items n° (1, 3, 8, 14, 15, 17, 18,19, 20) le sujet répond par le degré n° (2) par contre dans les items n° (4, 5, 10, 12, 13,16) elle répond par le degré n° (0).

Synthèse du cas 1:

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons déduit que le sujet vit dans une souffrance et de tristesse, ce qui a procréé chez elle un état de dépression sévère, développé par la stérilité.

2. Présentation de cas n°2:

M^{me} “R”, est âgée de 35 ans, mariée depuis 12ans et demeurant à Akbou. Elle est titulaire d'une licence de littérature Arabe et enseignante, depuis 06 ans, dans un lycée.

Elle est issue d'un mariage d'amour, elle est l'ainé d'une fratrie de 05 enfant, et issue d'une famille simple; son père est un fonctionnaire retraité, sa mère sans fonction. Son niveau socio-économique est moyen.

Elle est orientée vers notre clinique pour une consultation gynécologique, par son médecin exerçant, dans le privée, après un suivi de huit ans pour sa stérilité, qu'elle juge d'inefficace et accompagnée par son mari. Le couple cohabite avec la grande famille du mari.

Présentation et analyses des résultats

2.1 Présentation et Analyse de l'entretien:

L'entretien avec M^{me} "R" été trop difficile avec nous au début car elle n'a pas accepté de nous parler, mais après avoir expliqué l'objectif de notre recherche on a pu faire l'entretien avec elle, M^{me} "R" est apparue trop timide, très calme, le discours été direct question réponse.

Lors de l'entretien, nous avons remarqué que M^{me} "R" a subitement changé et elle commence à pleurer cela remarqué dans ses paroles suivantes: "...eeeh ... découragégh ikel ealimegh ara amek akemlegh idounithiw ... »...je sais pas comment vivre ma vie ..."

D'après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté aussi que Mme "R" est traumatisée par cet événement ce qui les a laissé vivre toujours dans le trauma, et cela paraît dans le passage suivant "...quand mon médecin ma dit que tu pourra pas avoir un enfant, J'ai choqué " suivit par un silence total qui signifie une difficulté à extérioriser.

De plus, après ce silence elle dit "... Ouzmirghara ademekhthigh ...quand je me rappel je pleur et je me déteste ".

Synthèse du cas 2 :

Pour conclure, Mme "R" souffre de sa stérilité, elle vit dans une situation stressante et un état psychologique et physique qui se dégrade de plus en plus ce qui a engendré chez elle une dépression.

2.2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (2) résultat cas n° (2):

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	03	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	03	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	03	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	01	Je sens que je pourrai être punie

Présentation et analyses des résultats

07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	03	Je me rapproche tout mes défauts
09	pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleur pour les moindres petites choses
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue
12	Perte d'intérêt	03	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	03	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
15	Perte d'énergie	03	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17	Irritabilité	00	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	Je n'ai pas d'appétit
19	Difficulté à concentrer	03	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	03	Je suis trop fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		42	
Degré de dépression		Sévère	

Présentation et analyses des résultats

Suite aux résultats de l'inventaire de dépression de Beck nous déduisons:

M^{me} « R » a mené une tristesse et sentiment de punition. Dans l'item n° (1) « tristesse » c'était le degré n° (3) « je Suis si triste ou si malheureux que ce n'est pas supportable », et dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » le sujet répond par le degré n° (1) "je sens que je pourrai être punie ».et pessimiste , dans l'item n°(2) ou le sujet répond par le degré n° (1)" je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir".

L'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » notre cas n'a plus d'intérêt pour la sexualité car il répond par le degré n° (3) « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe », cette tension permanent engendre la perte de plaisir dans l'item n° (15), et la fatigue dans l'item n° (20) ou Mme a répondu par le degré n°(3) « j'ai trop peu n'énergie pour faire quoi que ce soit », « je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant. »

Dans l'item n°(10) « pleurs » le sujet a répondu par le degré n° (2) « je pleur pour la petite chose. »

Dans les items n° (3, 4, 7, 8, 14, et 19) le sujet a répondu par le degré n°(3) par contre dans les items n° (5, 13, 9, et 17) M^{me} « R » répond par le degré n°(0).

Synthèse du cas 2:

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck, on constate que la stérilité influe sur la vie psychique de la femme, ce qui a développé chez elle une dépression sévère.

3. Présentation de cas n°3:

Il s'agit de Mme" M". Âgée de 31 ans, est mariés, sans aucun enfant, elle réside avec sa belle famille, son niveau d'instruction 3^{eme} année secondaire, sans travail, elle est la deuxième d'une fratrie de six enfants, elle demeure à Bejaia.

3.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Lors de premiers rencontre, M^{me} « M » été trop motivée pour l'entretien et cela indique dans le passage suivant : « oui J'aurais aimé faire un entretien avec vous afin d'exprimer ma souffrance... je cherche l'aide »

Au moment de l'entretien qu'on a effectué avec M^{me} "M", elle nous a décrit ses journées quotidiennes: « Tjrs avec la routine, tout le temps a la maison, je me réveille le matin je prends mon petit déjeuner, et je regarde un peut la télévision ... je n'avais pas envi de sortir. »

Pendant l'entretien on avait su que M^{me} « M », n'est pas la seule femme stérile dans sa famille, en nous disant : « ...je ne suis pas la seul qui n'a pas eu d'enfant, j'ai mes parentes qui sont stériles, je sais pas si c'est héréditaire ou quoi .. », et quand on lui a parler de sa

Présentation et analyses des résultats

maladie elle nous a déclaré: « le fait que je suis stérile me dérange », et « quand quelqu'un aborde le sujet de ma stérilité ... ça me dérange pas du tout, par contre ce qui me dérange c'est le regard d'autrui. »

Au cours de l'entretien le sujet nous a révèlè qu'elle est irritable, elle réagi facilement à l'excitation extérieure: « il m'arrive de m'énervé pour la moindre des choses, par contre dé fois je me calme. », et elle nous a décrit sa grande fatigue en exprimant « tout les jours je ressens une grande fatigue que se soit moralement ou physiquement. »

Durant tout l'entretien on a constaté chez M^{me} « M » une tristesse à travers ses mimiques, ses gestes et ses paroles : « quand je me rappelle que je pourrais pas avoir un enfant, je me sens toute le temps triste. »

Aussi durant l'entretien et quand en lui a abordé la soutenance pendant la période, elle nous a avéré qu'elle a des amies qui lui rends visite chez elle, et quelle se sens heureuse ou même temps malheureuse de les voire : « quand mes amies viennent me rendre visite je me sens heureuse et malheureuse car eux ils ont pu avoir des enfants, mais moi non, silence, après elle reprend a cause de ma maladie bien sur. »

M^{me} "M", manifeste des pensées négatives sur elle-même, elle nous a révélé ça lors de l'entretien « ...je me sens inferieure par apport au autres, ...et je connais rien de ma vie, je suis une bonne arriérée. »,

M^{me} "M", révèlè un sentiment de punition, constatant se sentiment dans ses paroles « j'ai le sentiment d'être puni, n'importe qu'elle personne dans mon état va se sentir ainsi. ».

Au cours de l'entretien M^{me} « M », nous a révélé qu'elle veut faire une formation mais elle n'a pas encore décidé et elle n'attend pas que les choses vont changer pour elle, car elle dit « je veux faire une formation mais, je n'ai pas encore décidé ».

. Synthèse du cas :

En guise de conclusion de l'entretien, on peu dire que M^{me} "M" souffre d'une dépression provoqué par sa stérilité.

Présentation et analyses des résultats

3.2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck :

Tableau n° (3) résultat n° (3)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	01	Je me sens très souvent triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	02	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	01	Je sens que je pourrai être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	00	Je ne le blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	03	J'ai de mal à m'intéresse à quoi ce soit
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	02	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
14	Dévalorisation	00	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie

Présentation et analyses des résultats

			pour pouvoir faire grand choses
16	Modification dans les habitudes de sommeil	01	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
17	Irritabilité	00	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour faire un grand-chose que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	02	Le sexe m'intéresse beaucoup
Score		29	
Degré de dépression		Sévère	

M^{me} "M" lors de l'entretien nous a déclaré qu'elle a perdu tout le plaisir de la vie, cela indique dans le passage suivant « je ne trouve aucun goût ni plaisir dans ma vie » des fois je me sens que la mort me rapproche. »

L'échelle de dépression de Beck démontre que la M^{me} "M" manifeste un sentiment de punition dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(1) « je sens que je pourrai être punie », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (2) « je ne m'intéresse Presque plus aux gens et aux choses ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (3) « je ne m'aime pas du tout ». M^{me} "M" était anxieuse si agité, a l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (3) « je suis si agitée que j'ai du mal à rester tranquille ».

La douleur moral avec vécu dépressif entraînant une tristesse, un sentiment d'échec, baisse d'estime de soi, dévalorisation, irritabilité, trouble de sommeil, et la fatigue car dans les items n° (3,4, 10, 13,, 15, 18,19, 20) le sujet répond par le degré n° (2) par contre dans les items n° (5, 8, 12, 14, 17) elle répond par le degré n° (0).

Présentation et analyses des résultats

. Synthèse du cas 3 :

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons déduit que le sujet a une dépression sévère

4. Présentation du cas n°4:

M^{me} "N" femme mariée, âgée de 32 ans, sans enfants, elle s'est mariée depuis 13ans, elle travail comme infirmière, elle a 9 ans dans ce service, d'après ses dires, elle aime bien son métier et que c'est son mari qu'il a choisi ce métier,

M^{me} "N" habite loin de sa belle famille, elle est issue d'une famille simple, son niveau socio- économique est moyen.

4.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Au cours de l'entretien, notre sujet c'est montré triste, accompagné d'une mauvaise humeur, passive, M^{me} "N" s'est montré d'accord pour participer à l'entretien après avoir expliqué les objectifs de notre entretien.

Lors de l'entretien effectué avec le sujet, elle nous a décrit ses journées quotidiennes en expliquant « comme d'habitude le matin je travail, et quand je rentre à la maison je vais faire à mangé, et le soir j'aime bouquiner c'est la que j'oublié tout mes soucis,».

Pendant l'entretien M^{me} "N" a révélé qu'elle souffre des troubles de sommeil, constatant ça dans ses paroles « je me réveille deux à trois fois la nuit après je suis incapable de me rendormir »

Au cours de l'entretien le sujet nous a révèle, elle se fatigue souvent, que ce soit physiquement ou moralement « je me sens très fatiguée surtout moralement, je n'arrête pas de penser ».

Apropos de la tristesse notre sujet, nous confit qu'elle lui arrive d'être triste mais pas tout les jours « il m'arrive ou je me sens triste mais pas tout le temps » silence après elle continu « j'ai un sentiment terrible ».

Quand on lui abordé le sujet de l'amitié elle nous a déclaré qu'elle n'a pas trop d'ami « j'ai une seul amie et je n'aime pas fréquenter trop les gens ».

Notre sujet désire participer aux activités de groupe mais elle ne le fait pas à chaque fois que l'occasion se présente « quand je pratique du sport je me sens plus a laisse, je me défoule. ».

Lors de l'entretien le sujet nous confié qu'elle n'a pas des projets dans l'avenir « je veux plus rien, j'aimerais juste avoir des enfants ».

Présentation et analyses des résultats

Synthèse du cas 3:

D'après l'analyse de contenu de l'entretien, nous avons constaté que Mme "N" a développé une dépression engendré par sa stérilité, ce dernier qui a rendu la vie de M^{me} "N" plus compliquée.

4. 2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (04) résultat cas n° (04):

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
06	Sentiment d'être puni	2	Je m'attends à être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçue par moi-même
08	Attitude critique envers soi-même	2	Je suis plus critique envers moi-même
09	pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	1	Je pleur plus qu'avant
11	Agitation	1	Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de

Présentation et analyses des résultats

			valable
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3a	Je dors presque toute la journée
17	Irritabilité	0	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score		27	
Degré de dépression		Modéré	

Selon l'échelle de dépression de Beck ; nous avons constaté que notre sujet de recherche a perdu son plaisir, elle manifeste de sentiment de culpabilité, sentiment de punition, elle n'a pas confiance en lui-même, elle n'a pas des pensées suicidaires et elle parvient à se concentrer, car dans les items n° (4, 5, 6, 7, 8) elle répond par le degré n° (2).et dans les item n°(9,10,11) elle répond par le degré n°(1)

Par contre nous avons déduit que dans les items n° 16 « modification dans les habitudes de sommeil », et item n°20 « la fatigue », elle a répondu par le degré n° (3) « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », « je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant », cette tension permanente a cause de sa maladie a entraîné chez notre sujet la fatigue et des troubles de sommeil.

Dans l'item n°(3) « échec dans le passé » et l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » le sujet répond par le même degré n° (2) « quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échec », « le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant ».

Présentation et analyses des résultats

Synthèse du cas 4 :

D'après l'analyse de contenu de l'échelle de dépression de Beck, nous avons constaté que M^{me} «N» a développé une dépression modérée, cela que M^{me} « N » peu dépasser sa dépression

5. Présentation du cas n°5:

M^{me} « D », âgée de 40 ans, mariée pour la 2^{ème} fois, après décès de son 1^{er} mari, demeurant à Bejaia, rencontrée dans notre établissement hospitalier privée clinique "les lilas" de Bejaia, femme stérile et, son niveau d'instruction 2^{ème} année secondaire femme au foyer est adressée pour une intervention chirurgicale, par le médecin qui est conventionné avec notre Clinique "les lilas".

Elle est la 1^{ère} d'une fratrie de 04 enfants, étant élevée par ses parents dans un milieu rural, elle s'est mariée à l'âge de 25 ans, le niveau socio-économique est moyenne.

M^{me} « D » vivait, avec la grande famille, en occupant un étage. Elle a mené une vie simple et classique.

M^{me} « D » a suivi plusieurs traitements gynécologiques depuis son mariage, mais aucun résultat efficace, en plus de ce dernier qui l'a vraiment démoralisé.

5.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Lors de l'entretien, M^{me} « D », nous a décrit ses journées quotidiennes en disant: « j'ai rien à faire je suis tout le temps seule, je n'avais pas envie de sortir pour éviter toute discussion à propos de ma stérilité. »

Au moment de l'entretien M^{me} « D » présente des troubles de sommeil et un état de fatigue, M^{me} « D » se plaint d'avoir un sommeil agité, non réparateur, et de se réveiller toute les nuits vers 4 heures du matin en disant « presque toutes les nuits je me réveille vers 4 heures du matin » sa fatigue présente dès le matin en exprimant « tout les jours je ressens une grande fatigue que ce soit moralement ou physiquement. » et la contrainte à une réduction de ses activités ; en disant « de plus en plus j'ai du mal à terminer mes tâches ... » .

Au cours de l'entretien M^{me} « D » reçoit des difficultés à se concentrer sur ce qu'elle doit faire en exprimant « ...mes journées me semblent très longues »

Durant tout l'entretien on a constaté chez notre sujet de recherche une tristesse à travers ses mimiques, ses gestes et ses paroles : « quand je me vois toute seule, sans aucun enfant ni faire la moindre des choses, je me sens toute triste. »

Au moment de l'entretien et quand on lui a abordé le sujet des amies, elle nous a avéré qu'elle a des amies qui lui rendent visite chez elle, et qu'elle se sent heureuse ou même temps malheureuse de les voir : « quand mes amies viennent me rendre visite je me sens heureuse

Présentation et analyses des résultats

et malheureuse car eux ils ont pu continuer leurs études mais moi non, silence, après elle reprend a cause de ma maladie bien sur. »

M^{me} « D » révèle qu'elle pleure souvent au cours de la journée sans raison évidente en disant : « je pleurs pour la moindre des choses et dés fois je pleure pour rien...sans motif valable »

Au cours de l'entretien Mme nous a déclaré qu'elle a des changements entraine depuis peu des conflits avec dans le couples d'après ses paroles : « mon mari a trop changer envers moi... » M^{me} décrit une perte d'appétit qui s'accompagne du perte de poids en disant : « j'ai perdu 7kg en deux semaines ».

Synthèse du cas 5 :

On constate, un certain découragement chez notre sujet de recherche vis-à-vis de sa situation et ses résultats obtenus durant ses examens gynécologiques.

5.2 Présentation et analyse de l'échelle de Beck :

Tableau n° (5) résultat cas n° (5)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	00	Je ne sens pas triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
04	Perte de plaisir	02	Je n'éprouve autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être puni(e)
07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	02	Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider

Présentation et analyses des résultats

10	Pleurs	03	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable
11	Agitation	01	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	01	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre une décision
14	Dévalorisation	02	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	00	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	01	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changées
17	Irritabilité	01	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'a pas changé
19	Difficulté à se concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	01	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		29	
Degré de dépression		Sévère	

L'échelle de dépression de Beck démontre que Mme D, manifeste un sentiment de punitions dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(3) « j'ai le sentiment d'être puni », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (3) « j'ai perdu tout intérêt pour la sexualité ».

Présentation et analyses des résultats

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (3) « je ne m'aime pas du tout » Mme D était si agité et stressé, à l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (1) « je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude ».

Dans l'item n°(10) « pleurs » le sujet a répondu par le degré n° (3) « je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable. »

Dans les items n° (3, 4, 7, 8, 14, et 19) le sujet a répondu par le degré n°(2) par contre dans les items n° (5, 13, et 17) le patient répond par le degré n°(0).

Synthèse du cas 5:

Pour conclure, que Mme D, vit perpétuellement dans un état d'angoisse, de souffrance et de tristesse et cela d'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de Beck, ce qui a procuré chez elle un état de dépression sévère développé par sa stérilité.



Discussion Des Hypothèses

Discussion des hypothèses :

Après l'évaluation de l'échelle de Beck (BDI-II) et l'analyse des entretiens, on discute de nos hypothèses qu'on a supposées et ce qu'on va présenter, comme suite :

A l'aide des résultats donnés dans notre recherche sur cinq cas des femmes stériles, nos hypothèses qui est « la stérilité féminine provoque une dépression » c'est-à-dire, la stérilité féminine, est à la cause d'une dépression, car nos cinq cas ont développés une réaction dépressive avec des degrés différentes pour chaque cas, on a trouvé que quatre cas souffrent de dépression sévère et un cas souffre de dépression modéré .

Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre la stérilité et la dépression (la dépression est causée par la stérilité).

Donc ce qu'on peut dégager de cette discussion que nos hypothèses sont confirmées et cela, du aux résultats obtenus de Beck sur la dépression.

Après une étude approfondie sur un groupe bien déterminé, qu'on généralise les résultats obtenus par notre recherche, ce qui mène à dire que la majorité des femmes stériles développent une dépression cela qui se diffère d'un cas à un autre : profond dans le cas n° 1, 2, 3, 5, et modéré dans le cas n° 4.

Enfin, on peut dire qu'on a confirmé nos hypothèses de recherche.



Conclusion

Conclusion

Tout au long de la recherche nous avons essayé d'aborder le phénomène de la stérilité et la relation avec la dépression, les résultats auxquels nous sommes parvenus et qui confirment notre recherche, nous ont permis de constater que la stérilité développe une dépression.

Durant tout au long de l'entretien nous avons constaté chez les femmes stériles étudiées, un sentiment de gêne envers leur maladie ce qui engendre chez elles des troubles de l'humeur. Au cours de l'entretien nous avons constaté chez la plupart des sujets étudiés une tristesse.

Au cours de notre stage pratique nous avons pu vérifier et confirmer de façon claire notre hypothèse de recherche qui suppose que les femmes stériles présentent une dépression, et le degré de cette dépression dépend de leur stérilité, cela grâce aux entretiens effectués et à l'inventaire de dépression de Beck qui nous a aidés à détecter le degré de la dépression chez les femmes stériles.

Nous avons tenté tout au long de notre recherche d'apporter des éléments de réponse aux questionnements posés, puisque les résultats obtenus ne peuvent être généralisés car la recherche est menée sur des cas « une étude de cinq cas qui ne permet pas la généralisation des résultats. »

En termes de ce travail, nous déduisons que la femme stérile souffre d'une dépression qu'il faut savoir prendre en compte et traiter. Et que le soutien psychologique est indispensable pour cette catégorie de femme.

De ce fait nous souhaitons voir d'autres travaux et recherches qui traitent le thème de la dépression chez, prenant les femmes stériles et d'autres facteurs de risque déclenchant la dépression chez ses malades.

A la lumière de ce qui précède, notre travail est qu'une initiation pour l'étude de la dépression chez les femmes; espérant qu'elle soit une ouverture pour d'autres recherches scientifiques. Parmi les suggestions qu'on peut annoncer sont :

I. Concernant la femme stérile :

Donner plus d'importance à la psychologie du phénomène « stérilité » et ne pas se limiter seulement à des traitements médicaux mais aussi à la prise en charge psychologique cela va permettre de gérer facilement le problème de stérilité.

Par rapport à la société :

- changer les présentations et les fausses idées portées à la stérilité et à la femme stérile c'est à dire de croire en l'explication scientifique.
- Changer la vision portée à la stérilité plus précisément féminine.

Conclusion

II. Par apport aux chercheurs :

Donner plus d'impotence à ce sujet « stérilité » en multipliant leur recherche et leurs travaux dans le but de porter plus de lumière pour remédier l'impact observé concernant la stérilité .



La Bibliographie

Bibliographie

La liste bibliographie :

- 1- Association Américain de psychiatrie. (2000), *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Washington, 4^{ème} édition.
- 2- Beck A.T, steer. et al. (1998), *Manuel de l'inventaire de la dépression*, Paris, centre de psychologie Appliquée, 2^{ème} édition.
- 3- Beck A. Steer, *Cohérence interne de l'original et révisé Beck Dépression Inventory*, Journal of Clinical Psychology.
- 4- Bourguignon O . (2005), (2006) , *déontologie des psychologues* , Espagne , Armand colin.
- 5- Besançon G. all. (2005) , *Manuel de psychopathologie* , Paris , dunot.
- 6- Bergeret J et all. (1995), *Psychologie pathologie, théorie Clinique*, Paris,Masson, 6^{ème} édition.
- 7- Cottraux J. (1999) , *les thérapies comportementales et cognitives* , Paris , Ed Masson.
- 8- Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* , 4eme édition, Masson.
- 9- Cottraux J. *les Thérapies comportementales et cognitive*, Paris, Masson, 3^{ème} édition.
- 10- Chahraoui .K (2003) , *l'entretien clinique* , Paris , Ed Dunod.
- 11- Chahraoui K. (2003) , *méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* , Paris , Dunod .
- 12- Capdevielle V . (2004) , *psychologie clinique et psychopathologie* , Paris , Armand colin.
- 13- Dancet C. (2004), *psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Armand colin.
- 14- Debray Q. (2006), *psychiatrie, syndrome et maladie, soin infirmier*, Paris, Ed Masson.
- 15- DR Martine D.G . (2011), *Stérilité et infertilité*, Paris, édition d'angle.
- 16- Deniker P. all. (1989), *précis de psychiatrie, Clinique de l'adulte*, Masson, Paris.

Bibliographie

- 17- DSM-IV : *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Paris, Ed Masson ,1996.
- 18- Engers M. (1997) , *Initiation pratique à la méthodologie des science humaines* , Paris , dunot.
- 19- Faure P.S .(2003), *désir d'enfant et stérilité*, Paris, GERCPEA texte et livre ; 2006.
- 20- Jeffrey N. (2009), *psychopathologie* , Paris, 2^{ème} Edition Pearson .
- 21- Benouny H . (2003), *méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- 22- George D, *la stérilité Masculine, le déni de male* , le genre humain n °10.
- 23- George K. (2004), *La dépression, approche cognitive et comportementale* , Ed l'harmattan
- 24- Martine B. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* , 4^{ème} édition, Masson.
- 25- Méchel L. (1998) , *Les maladies de l'humeur, dépression* ,Paris ,ed Estem.
- 26- Peddinilli J.K. (1994), *L'initiation à la psychologie Clinique* , Paris , Nathan
- 27- Peddinielli J. (2005) , *les états dépressifs* , Armand colin.
- 28- Palazzolo J . (2007), *Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Paris, Edition Masson.
- 29- Sarron C.(2004), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris , 2 éditions , Dunod.
- 30- Sillamy N .(2003) , *dictionnaire de psychologie* , paris, Ed la rousse.
- 31- Serge T . Liliane M. (1998), *Profession Aide-soignant*, 2^{ème} Edition, Henres de France.
- 32- Vera L. (2004), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris , 2^{ème} éditions ,Dunod
- 33- Guelfi J et Col .(1985) , *Dépression et syndromes anxio-dépressifs*
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs.

Bibliographie

34- Les sites internet :

35- http://WWW.Enceinte.Com/article_info/grossesse/la_conception/la_sterilite.ht/ le 18/04/2013 a 13h15mn.

36- <http://WWW.gfmer.Ch./Cours/Sterilite.Html/> le 14/04/2013 a 18h20mn.

37- <http://WWW.Vulgaris-medical.Encyclopedie/sterilite-psychologique-8362.html/> le 20/05/2013 a 21H47mn.



Les annexes

1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- 1 .J'accepte de prendre l'étude intitulée : « La dépression chez la femme stérile »
2. j'ai reçu de la part du psychologue investigateur une explication sur la a, les buts et la durée de l'étude, sur les contraintes et les bénéfices attendus, de même que sur que j'aurai à faire
3. J'accepte de coopérer totalement avec le psychologue investigateur, je lui signalerai tout changement inattendu ou inhabituel en cours d'étude
4. Je suis libre de quitter l'étude à tout moment sans que cela influe la qualité des soins que je recevrai ensuite. J'ai appris par ailleurs que toute nouvelle information survenant cours d'étude, et qui pourrait remettre en cause mon consentement, me sera communiquée
5. J'accepte que les résultats de l'étude soient communiquée aux autorités concernées et au COMITE NATIONAL D'EVALUATION ET DE PROGRAMMATION DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE, promoteur de cette recherche .Cependant, mon nom ne sera jamais divulgué .Je pourrai exercer mon droit de rectification auprès du psychologue investigateur.
6. Je donne mon accord pour que les représentants du promoteur et/ ou les autorités réglementaires puissent consulter mon dossier, afin de vérifier la qualité des informations collectées
7. Je suis informé (e) que cette étude sera conduite conformément à la législation algérienne en vigueur

Je confirme que j'ai reçu une copie de ce formulaire de consentement

Nom et Prénoms du patient (e) :

Signature :

Nom et Prénoms du psychologue investigateur :

Signature :

3. L'échelle de Beck:

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Âge :

La cosigne général :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la proposi :

1 Tristesse :

0. Je ne sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimismes :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3 .Echec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du.
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

.Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens c coupable pour bien des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatifs envers soi-même :

0. Des sentiment envers moi- même n'ont pas changé.
1. J'ai perdu confiance en moi.
2. Je suis déçu(e) par moi –même.
3. Je ne me m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi- même que je l'étais.
2. Je me reproche tout mes défauts.
3. Je me reproche tout les malheurs qui arrivent.

09. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleur pas plus qu'avant.

1. Je pleure plus qu'avant.
2. Je pleure pour les moindres petites choses.
3. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation :

0. Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable.
1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2. Je me sens moins valable que les autres.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1. J'ai moins d'énergie qu'avant.

2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modification dans les habitudes de sommeil :

1. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changées.
 - 1 a. Je dors un peu plus que d'habitude.
 - 1 b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2 a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2 b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3 a. Je dors presque toute la journée.
- 3 b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
1. Je suis plus irritable que d'habitude.
2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

0. Mon appétit n'a pas changé.
 - 1 a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
 - 1 b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2 a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2 b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3 a. Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3 b. J'ai constamment envi de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué (e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. Le guide d'entretien :

I- Les informations personnelles :

- 1. Nom.....
- 2. Prénom.....

3. Age.....
4. Niveau d'instruction : primaire secondaire lycéen universitaire
5. Date du mariage.....
6. Situation familiale
7. Est-ce que est une stérilité primaire ou secondaire ?.....

Axe 1 : le vécu de la femme stérile.

1. parlez- moi de votre état de santé ?
2. Comment, maintenant, vivez votre stérilité ?
3. Avez-vous quelqu'un stérile dans votre famille ?
4. Est-ce que vous désirez vraiment un enfant ?
5. Avez-vous su que vous n'étiez pas stérile avant que vous vous mariez ?

Axe 2 : le vécu au sein du couple :

1. qu'elle est la cause selon votre médecin traitant ?
2. Comment était votre relation avec votre mari du début de mariage ?
3. Qu'avez-vous ressenti quand vous avez su que vous êtes stérile ?
4. Quelle était la réaction de votre mari ? Constatez-vous un changement de sa part depuis qu'il le sait ?
5. Comment est ce que votre belle famille a réagit vis-à-vis de votre stérilité ?

Axe 3 : savoir la réaction et la situation de la femme vis-à-vis de sa stérilité :

1. Comment vous passez vos journées quotidiennes ?
2. comment – avez-vous réagit en apprenant que vous êtes stérile ?et quels étaient vos sentiments ?
3. avez-vous de changement de la qualité de votre vie ?
4. Avez- vous des insomnies ?
5. Avez – vous des anorexies ?
6. Qu'elle était votre vision pour l'avenir et votre devenir ?
7. Avez – vous un soutien pendant cette période ?

Université A. Mira De

-Bejaïa-

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT : SCIENCES SOCIALES

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

**Mémoire préparé en vue de l'obtention du diplôme de Master en
psychologie clinique**

Thème



**La dépression chez les femmes
stériles**

Réalisée par :

- M^{elle} ABBASSENE Saloua

encadré par :

- M^r. FERGANI Louhab



**Année universitaire
2012/2013**

REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord le bon dieu de nous avoir mise sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connaît.

Je remercie également notre encadreur M^r FERGANI qui tout au long de ce travail du début a la fin, n'a cessé de m'orienter, de diriger dans les bonnes conditions ce travail de recherche ; je le remercie également pour sa disponibilité et pour sa précieuse aide théorique et méthodologique, je lui exprime ma plus grande reconnaissance.

Je tiens aussi a remercie, les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont également à tous mes enseignants qui m'ont aidé par leurs orientations précieuses.

Je remercie aussi toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et de nous faire part de leur vécu.

Comme je remercie aussi l'ensemble du personnel de la clinique « LES LILAS » pour leur chaleureux accueil.

**Je remercie enfin et surtout mon fiancé Karim Et Sa Sœur
pour leur soutien, leur pression et insistance pour terminer
ce travail.**

DEDICASES

C'est avec une vive joie, gratitude que Je dédie ce modeste
travail à :

Mon cher père

Mon adorable mère qui a donnée beaucoup de peine dans la
vie pour la réussite de ses enfants que dieu la protèges

Mes frères : Salim, Ferouz, Melissa, Yacine, et ma chère
sœur Sonia avec sa très charmante fille Anaïs.

Mon très cher fiancé qui m'encourage pour mon travail.

Mon adorable cousine Souad et son fiancé Farid.

Tous ce que nous avons partagés, aussi bien les moments de
joie que les moments de stress, à mes amis en particuliers :
Sabrina, Salma, kahina, et tout ce qui me connaissent de prés
ou de loin.

Votre chère

Saloua

Sommaire

Introduction	01
---------------------------	-----------

La partie théorique

Chapitre I : la dépression

I. Eléments historiques	05
II. Définition des Concepts.....	06
1. l'humeur.....	06
2. La dépression	06
3. Définition étymologie	07
III. Les types de la dépression	07
1. Dépression psychogène	09
2. Dépression mélancolique	09
3. Dépression masquée.....	09
4. Dépression d'involution	09
5. Dépression bipolaire	10
IV. Symptômes de dépression	10
1. Symptômes en rapport avec les sentiments	10
2. Symptômes comportementaux.....	10
3. Symptômes en rapport avec les attitudes envers soi même.....	10
4. Symptômes en d'affaiblissement cognitifs.....	10
5. Symptômes en rapports avec des changements organiques	10
V. Les facteurs de la dépression	13
1. Facteurs psychologiques	13
2. Facteurs lié à l'environnement	13
3. Facteurs biologiques.....	13
VI. Les caractéristiques de la dépression	15
1. Les conduites suicidaires	15
2. Réactives aux influences du milieu	15
3. Les troubles somatiques	15
4. Défense maniaque	16

VII. Les modèles explicatifs -----	16
1. Point de vue ethno psychiatrique-----	16
2. Point de vue biologiques -----	16
3. Point de vue cognitivo-comportemental-----	17

IX. Traitements et prise en charge de la dépression -----	18
1. Médical -----	19
2. Psychologique-----	19

.Synthèse -----	20
------------------------	-----------

Chapitre II. La stérilité féminine

I. Définition de stérilité -----	23
---	----

II. Types de stérilité -----	24
1. Stérilité primaire-----	24
2. Stérilité secondaire -----	24
3. Stérilité de nature psychique-----	25

III. Stérilité chez la femme -----	25
---	----

IV. Les causes de la stérilité -----	27
1. Les causes dues aux cerveau -----	27
2. Les causes dues aux ovaires-----	27
3. Malformation du vagin -----	28

V. Les symptômes de la stérilité -----	28
---	----

VI. Le traitement de la stérilité -----	29
1. Médical -----	29
2. Chirurgical -----	29

.Synthèse -----	29
------------------------	-----------

Problématique et hypothèses -----	30
--	-----------

Problématique-----	31
--------------------	----

Hypothèses -----	32
------------------	----

Partie pratique

Chapitre I. Méthodologie de recherche

. Introduction	35
I. Les méthodes utilisées	35
1. La méthode de recherche	35
2. Etude de cas	36
II. Le groupe de recherche	36
III. Les outils de recherche	36
1. Le guide d'entretien	36
1.1. Définition de l'entretien de recherche	37
1.2. Passation de l'entretien	38
2. L'échelle de dépression de Beck	39
2.1. Inventaire de dépression de Beck	39
2.2. Un aperçu de la vie de Beck	39
2.3. Rappel historique	39
2.4. Définition de test de dépression de Beck	40
2.5. Considération général	40
2.6. Mode passation	40
2.7. Temps de passation	40
2.8. Cotation de l'échelle	41
2.9. Intérêt et limite de dépression	41
IV. Démarche de recherche	41
1. Formulaire de consentement	42
2. Lieu de recherche	42

Chapitre .II. Présentation, analyse et discussion des résultats

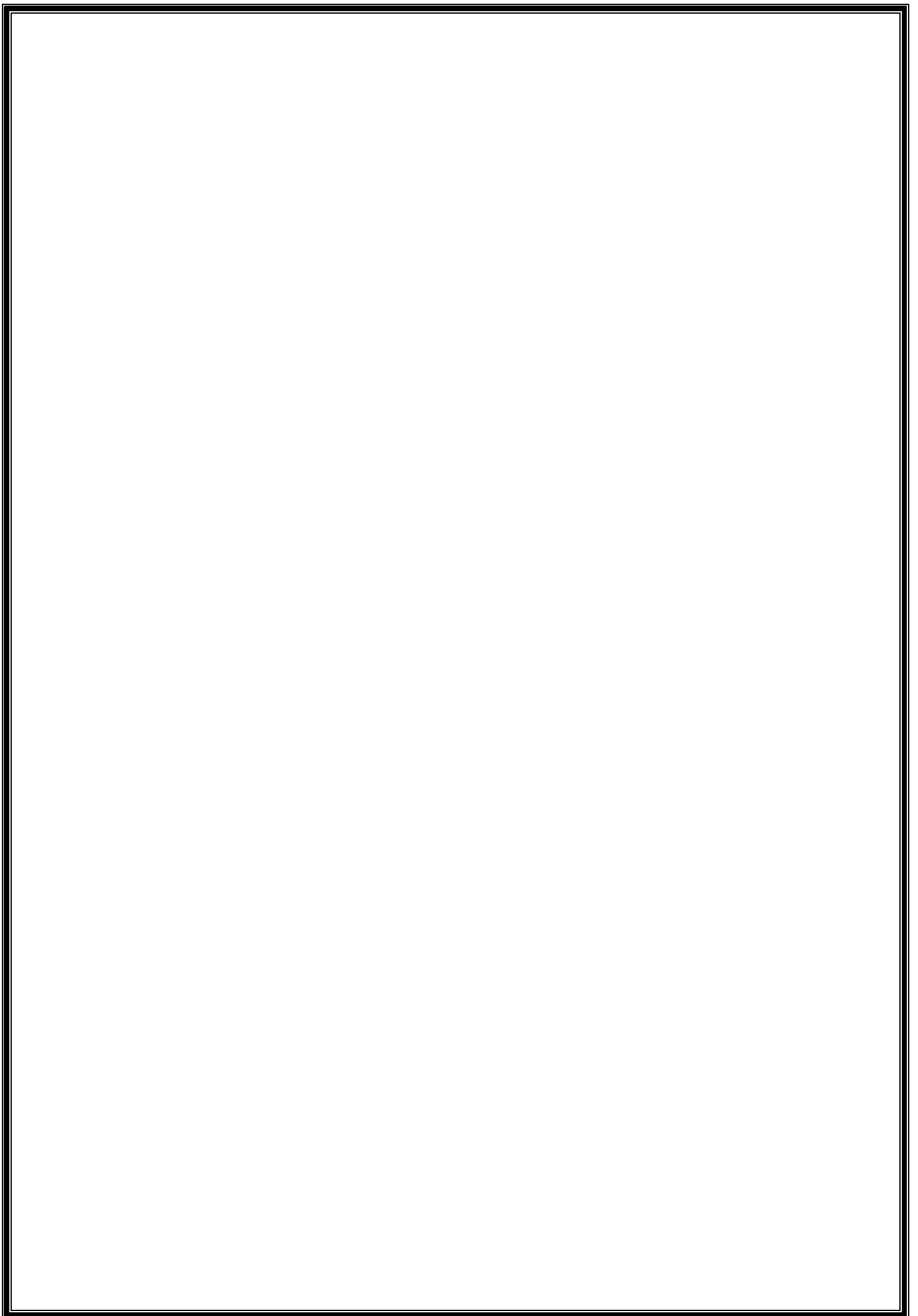
. Introduction

1. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de Beck	43
2. Discussion des hypothèses	61

Conclusion -----**62**

Bibliographie -----**67**

Annexes -----





Introduction

Introduction

Le désir d'avoir un enfant est devenu un fait de société. L'attente et l'arrivée d'un enfant apparaissent comme une étape existentielle et fondamentale dans la vie d'une femme. Le désir d'enfant introduit la femme, par son corps à la maternité qui est à la fois une relation physiologique (la femme porte le bébé, accouche, allaite,...) et psychologique (la femme aime son bébé, tien à lui, prend bien soin de lui,...) cette maternité sera preuve de sa sexualité en tant que femme, en effet, au niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autre grâce à son désir de maternité réelle, imaginaire, symbolique.

Dans notre recherche intitulé « la dépression chez les femmes stériles » on a pu recueillir des données auprès de cinq femmes victimes de la stérilité.

Dans la vie quotidienne, divers problèmes et difficultés peuvent affecter la vie de l'être humain tel que : le divorce, la stérilité de la femme ce qui la rend la plus difficile car l'effet de ces événements peut affecter les fonctionnements psychiques et peut avoir mal adapté à ces événements des répercussions sur le comportement et sur le raisonnement de la personne même contribuant à la dépression dans l'état où le sujet ne supporte plus.

La dépression touche tout le monde que l'on soit une personne âgée, valide, malade, stérile ou non mais aussi quel que soit l'âge, les origines, la catégorie socioprofessionnelle. Nous pouvons tous souffrir, à un moment ou à un autre de notre vie de dépression. Mais lorsque la dépression se rajoute à la stérilité ou à la maladie, la situation devient plus compliquée.

Les caractéristiques de la dépression sont : comportementales comme la tristesse, pleurs, et psychologiques comme dévalorisation.

Cette phase de dépression a un rôle dans le deuil, elle prépare à l'acceptation de la perte physique et narcissique, cette étape est un passage obligé qui va préparer à l'acceptation de la stérilité ou de la maladie. Nous avons constaté que dans notre société la stérilité se vit d'une manière honteuse, une sorte de malédiction qui pèse sur les femmes stériles, la pression qu'elle subit et le mépris font d'elle des victimes qui souffrent en silence ce que nous a poussé à inciter à travailler sur ce thème de recherche.

Le but de notre recherche est d'évaluer et mesurer le niveau et le degré de la dépression chez la femme stérile, et de comprendre l'impact et l'influence de cette maladie sur la vie psychique de la femme stérile.

Introduction

Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui comporte l'élément suivant :

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre I intitulé la dépression, et chapitre II intitulé la stérilité féminine.

Un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses.

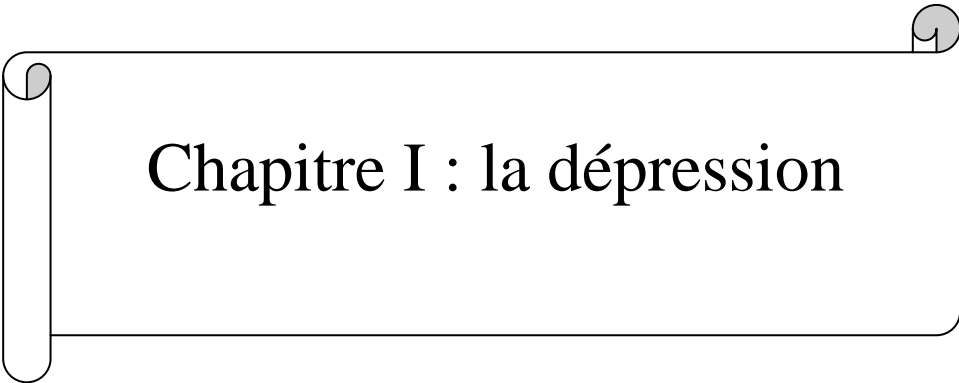
Une partie pratique divisée en deux chapitres : le premier chapitre :

Une partie méthodologique : où nous avons abordé les éléments suivants la méthode appliquée, le groupe de notre étude et les outils utilisés.

Le deuxième chapitre est destiné à exposer et analyser les résultats et les données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche, et une discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées, enfin, on termine notre étude par une conclusion.



Partie Théorique



Chapitre I : la dépression

Introduction :

Ce chapitre sera consacré pour la présentation de l'un des troubles de l'humeur le plus fréquent chez les femmes, qui est **la dépression**.

On va aborder un vaste groupe d'états dépressifs névrotiques, situés à des niveaux de structure plus élevés ou, d'une manière générale, l'expression de tristesse vécue à la fois plus intégrée aux événements actuels et plus reliée à l'histoire conflictuelle du malade.

I-Eléments historiques :

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. (G.Pewzner, 2002, P 91)

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « **dépression** » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de tristesse chez Sénèque dans les dialogues (50ans après J-C) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuse, selon que l'on s'épuise à espérer »

Rien de spécifique jusqu'au XVII siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie et les troubles nerveux. Au XIXe siècle, dans son texte sur le suicide, le spleen et les ostéalgies les considérer comme causes suffisantes .jr. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse de la mélancolie ». En 1969, l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. Kraepelin, dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « **dépression** » (non mélancolie) voit officiellement le jour.

En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions, (deuil et mélancolie), Le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil. (J.L PEDINIELLI, 2005, P12).

En 1928, J.Lange sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. Le DSM-IV décrira, parmi les troubles de

l'humeur, l'épisode dépressif majeur qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de l'humeur de trouble de l'humeur. (Ibid. P 14-15)

II-Définition :

1. l'humeur :

Est une prédisposition affective de base qui donne à chaque instant vécu une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre le pôle du plaisir ou déplaisir est une réaction affective fondamentale se manifestant sur trois plans. Tout d'abord, elle donne une coloration agréable ou désagréable aux événements que nous vivons ; ensuite elle influence notre façon de ressentir, penser et agir ; enfin, l'humeur influence le niveau d'énergie de notre organisme. L'humeur de chacun dépend de multiples facteurs, autant « internes » qu'« externes » : les événements vécus et les ambiances psychiques et interrelationnelles liées à l'histoire personnelle. L'humeur dite « normale » fluctue donc vers le haut ou vers le bas, mais ces variations restent limitées en durée et en intensité ; elles constituent généralement une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas l'individu de fonctionner.

2. La dépression

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organique, (G.Kleftaras , 2004, P 20).

La dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère mais une véritable maladie psychique. Elle se caractérise par des perturbations de l'humeur. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi même. Elle se manifeste en quasi permanence pendant plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne.

La volonté seule ne permet pas de s'en sortir. C'est pourquoi la dépression doit être soignée pour ne pas se compliquer ou devenir chronique.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la dépression La dépression est une « maladie mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le

conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser ». (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P25).

Selon Sillamy.N ; la dépression est un état morbide, caractérisée essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie anxieuse. Las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté aussi ne prend-il aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (N. Sillamy, 2003, P79).

3. Etymologie

Qui dit « dépression » dit « chute pression » la dépression est un fléchissement de la tension nerveuse ou psychologique, dépression est donc un terme tout à fait général, c'est une étiquette qui peut recouvrir toute une série d'états ces états porteront à leur tour des noms particuliers : asthénie, neurasthénie, psychasthénie, obsessions, schizophrénie, manie – dépressive, allant donc du bénin au grave j'examinerai ces états dépressifs au moment voulu

Le nombre des symptômes de la dépression est donc élevé, la dépression peut avoir une base purement physique (comme dans la neurasthénie), avec des phénomènes psychologiques surajoutés

Physiquement encore, une ménopause déclenche parfois la dépression, mais il ne faut pas conclure que toute ménopause amène une dépression ! car le terrain prédisposant est toujours important, la prédisposition sera organique (hypertension, diabète) ou psychologique, la ménopause sert alors d' « interrupteur », elle déclenche une situation qui existait depuis longtemps à l'état latent.

De même, la dépression peut avoir une base psychologique, familiale, religieuse ; elle peut apparaître à la suite de tracasseries prolongées de doutes, d'anxiétés, de craintes etc. qui amènent par épuisement, un fléchissement de tension

III-Les types de dépression :

1. Dépression majeure :

La dépression majeure se caractérise par une humeur maussade persistante et une incapacité à prendre du plaisir à quoi que ce soit. Ses symptômes sont constants et interfèrent avec notre capacité à être productif dans la journée et à profiter de la vie. Si elle n'est pas traitée, une période de dépression majeure dure environ six mois. Certaines personnes peuvent

juste connaître un seul épisode de dépression dans toute leur vie mais en général, la dépression majeure revient de façon récurrente.

2. Dépression atypique :

La dépression atypique est une déclinaison de la dépression majeure. Elle se caractérise par des périodes positives épisodiques qui surviennent après avoir reçu une bonne nouvelle ou pendant une sortie avec des amis. Cependant, c'est l'arbre qui cache la forêt. D'autres symptômes de dépression incluent une prise de poids ou un appétit plus grand, un besoin de sommeil excessif, une sensation de jambes et de bras lourds et un sentiment de rejet.

3. Dysthymie :

La dysthymie, ou désordre dysthémique, se caractérise par des symptômes dépressifs chroniques plus légers mais qui persistent pendant plusieurs années (en général deux ans) et qui les empêchent de profiter pleinement de la vie. Beaucoup de gens atteints de dysthymie subissent en plus des épisodes de dépression majeure, ce qu'on appelle alors la "double dépression".

4. Désordre affectif saisonnier (DAS) :

Le désordre affectif saisonnier est le coup de blues qui survient pendant l'automne ou l'hiver lorsque les journées raccourcissent et que les rayons du soleil se font moins nombreux. En période de désordre affectif saisonnier, la dépression s'en va naturellement lorsque le printemps revient. Elle touche surtout les personnes jeunes vivant dans l'hémisphère nord.

5. Dépression post-partum :

Beaucoup de nouvelles mères souffrent de ce que l'on appelle le "baby blues" après la naissance. La dépression post-partum est un cas de dépression déclenché par les changements hormonaux associés au fait d'avoir un bébé. Elle survient en général peu de temps après la naissance, mais toute dépression survenant dans les six mois de la naissance peuvent être considérée comme post-partum.

6. Le trouble de l'humeur non spécifié :

a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation). (DSM-IV –TR.1996, P374).

A ces types essentiels on ajoute des différents types de la dépression selon Pewzner Evelyne. Les différences sont quelquefois évidentes. Parfois on doit les rechercher soigneusement.

1. La dépression psychogène :

La dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui la faute des autres et il a tendance à se poser en victime, bien plus qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique.

2. La dépression mélancolique :

Il est difficile, voire impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance : tout vient de lui, tout est de sa faute, il manque de volonté ; bref, tout le mal qui lui arrive, tout le mal dont il souffre ne peut venir que de lui-même. Lui-même.

3. La dépression masquée :

On parle de « dépression masquée » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan, est « masqué » par l'importance des manifestations somatique et des plaints hypocondriaques. Autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance. Le seul moyen de communiquer avec autrui.

4. La dépression d'involution :

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896. on la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que ce sujet n'ait pas présenté antérieurement de manifestations manico-dépressives et que sa dépression ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P. Pichot). L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose manico-dépressive. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est fort controversée à l'heure actuelle. (G. Pewzner, 2000, P89-94).

5. Les troubles bipolaires :

D'une part les troubles bipolaires, marqués tantôt par une exaltation de l'humeur (euphorie, excitation, agitation), tantôt par un état d'abattement (tristesse, apathie). Cette pathologie se caractérise par la décompensation récurrente et cyclique du fonctionnement psychotiques en des moments contrastés selon la nature de l'humeur (phase maniaque dont le déclenchement est souvent brusque, phase mélancolique au début souvent insidieux. Ces troubles s'observent généralement chez les patients psychotiques ainsi que les patients présentant un fonctionnement limite (Sagelas- Grandval, 2004). Les états de crise maniaque ou mélancolique sont de durée variable ; ils peuvent faire courir le risque de passagers à l'acte hétéro- ou auto-agressifs (suicide), s'accompagner de constructions délirantes d'indignité, de ruine, de réalisations mégalomaniaques.

V. Les signes et symptômes communs de la dépression :

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivante :

a)-symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.

b)-symptômes comportementaux : Le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

c)-symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement : auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

d)-symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.

e)-symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques. (G .Kleftaras , 2004, P 27-28).

Cependant, nous devons prendre en considération que ces mêmes symptômes peuvent être présents dans d'autres troubles en dehors de la dépression.

Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

1-Humeur dépressive : la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesse légère ou mélancolie.les dépressifs considèrent

leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent ,certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot(bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et il éclatent en sanglots.

2-Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles : beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties ... etc rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

3-Sensation de fatigue et perte d'énergie : les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même à la terminer.

4-Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement : les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

5-Changes dans l'appétit : beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de poids, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997).Au contraire un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.

6-Perturbation du sommeil : l'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.

7-Plaintes somatiques et dysphorie : souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc.

8-Excitation : les dépressifs présentent parfois une agitation excessive. Une tension intérieure, ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, il fait des mouvements brusques, ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

9-Diminution du désir sexuel: pour les hommes le problème est directement liée à l'épuisement, au manque ou d'énergie perte général d'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelle, parfois les problèmes sexuels puerait être dus ou traitements médicamenteux ou d'autre problème organiques ou psychogènes.

10-diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer : le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

11-Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte : ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie il se considère comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.

12-l'anxiété : un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.

13-Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir : ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donner cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

14-Idees de mort et de suicide : beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela ».Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire. (Ibid. P28-33).

Tous les symptômes ne doivent pas être nécessairement présent pour que la dépression soit diagnostiquée, bien des choses dépendent de leur intensité, de leur gravité et de leur durée, toujours en rapport avec la situation clinique précise, à la quelle on se réfère.

Quand des émotions comme l'apathie ou le désespoir ne veulent pas disparaître, la dépression peut être la cause de ces maux. Plus qu'un coup de blues temporaire, la dépression nerveuse empêche d'apprécier la vie au quotidien. Avec un traitement psychologique et médical et avec de l'aide, vous pouvez arriver à vous sentir mieux. Mais d'abord, vous devez

comprendre à quoi ressemble la dépression. Apprendre à identifier les signes et les symptômes de la dépression est la première étape à franchir pour résoudre le problème.

Nous connaissons tous des hauts et des bas dans notre vie. La tristesse est une réaction normale aux épreuves que l'on peut rencontrer dans la vie. On est triste pendant une courte période et puis la déception finit par s'en aller et la vie reprend son cours. Mais lorsque le sentiment de tristesse persiste, qu'il interfère avec votre capacité à travailler, étudier, manger, dormir ou s'amuser, ce n'est plus une situation normale. C'est la dépression ;

Il y a une grande différence entre se sentir déprimé et souffrir d'une véritable dépression nerveuse. Certaines personnes décrivent cela comme le fait de vivre dans un trou noir, sans avoir la possibilité de s'en sortir. On ne peut plus se détacher du désespoir ou de la tristesse. Cependant, certaines personnes atteintes de dépression nerveuse ne se sentent pas forcément tristes. A la place, elles ont l'impression que leur vie est vide et sans aucun sens. Dans cet état d'apathie, elles sont incapables de prendre plaisir à faire quoi que ce soit (même lorsqu'elles pratiquent des activités qu'elles appréciaient auparavant). Les signes et les symptômes de la dépression nerveuse varient en fonction des personnes et peuvent aussi varier dans le temps en intensité.

VI- Les facteurs de dépression

La dépression est le résultat de plusieurs mécanismes encore mal connus.

On distingue trois types de facteurs :

- **Des facteurs psychologiques:** ils trouvent leur origine dans l'enfance (relations avec les parents, expériences difficiles, etc.) ou dans une période plus récente (traumatismes, deuils, etc.). Certains comportements ou croyances négatives (se penser incapable de faire certaines choses) peuvent favoriser la survenue ou le maintien d'une dépression ;
- **Des facteurs liés à l'environnement:** événements perturbants ou stress excessif causés, par exemple, par un conflit familial, le travail.
- **Des facteurs biologiques:** lors de troubles dépressives, le fonctionnement du cerveau est perturbé. La structure du cerveau n'est toutefois pas abîmée et ces troubles de fonctionnement sont réversibles. Les neurotransmetteurs présentent des anomalies dans leur fabrication et leur régulation.

1) La dépression peut survenir chez des personnes ayant une vulnérabilité liée à des événements anciens :

2) avoir des parents qui ont souffert de dépression ;

3) avoir subi un traumatisme ou un conflit parental important dans l'enfance.

Ces facteurs augmentent le risque d'être un jour touché par la maladie.

À l'inverse, des événements, survenant subitement (comme un deuil) et provoquant un stress excessif, peuvent « déclencher » la dépression même sans vulnérabilité particulière.

La dépression peut également être associée à d'autres facteurs :

- la dépendance à l'alcool, au tabac ou à d'autres substances, consommées pour apaiser l'angoisse ;

Des troubles anxieux qui peuvent accroître sa sévérité.

Dépression est donc terme tout à fait générale .parmi les nombreux états dépressifs, existe des symptômes communs .chaque cas sera donc un cas particulier, dont l'examen devra être fait avec une minutie d'horloger

On conçoit bien que des centaines de causes différentes puissent faire fléchir la tension nerveuse ! Cependant, une des causes principales reste l'épuisement .quelles sont les causes de l'épuisement ? La Palice répondrait : « l'épuisement a pour cause des actions qui épuisent. » et la Palice dirait vrai, comme toujours on doit alors se demander : quelles sont les actions qui épuisent ? et pourquoi épuisent-elles on songe donc immédiatement, au surmenage.

En psychiatrie et en psychologie, la dépression est un trouble de l'humeur. Le terme provient du latin depressio, « enfante cément ». C'est autour du XIX siècle que le terme est apparu dans son usage psychologique.

La dépression caractérise essentiellement un état de perte de motivation ou d'étalant chez un individu, associé ou non à différents symptômes. Les symptômes les plus caractéristiques sont une perte, d'espoir d'envi, d'estime de soi. D'autres signes peuvent survenir, tels que, la tristesse, des pensées négatives, des idées noires, des intentions suicidaire, de l'anxiété ou de l'angoisse et dans certains rares cas extrêmes, des hallucinations.

Nous connaissons tous des hauts et des bas dans notre vie. La tristesse est une réaction normale aux épreuves que l'on peut rencontrer dans la vie. On est triste pendant une courte période et puis la déception finit par s'en aller et la vie reprend son cours. Mais lorsque le

sentiment de tristesse persiste, qu'il interfère avec votre capacité à travailler, étudier, manger, dormir ou s'amuser, ce n'est plus une situation normale. C'est la dépression.

VII. Les caractéristiques de la dépression névrotique

Nous insistons plus particulièrement sur quatre aspects sémiologiques très caractéristiques des expressions névrotiques.

1. Les conduites suicidaires : très fréquentes et trop souvent négligées dans la mesure où il s'agit en générale de tentative de suicide n'aboutissant pas à la mort, au contraire de suicide mélancolique. On ne doit cependant jamais se fier à des données épidémiologiques pour sous-estimer la gravité possible d'un geste suicidaire dont la réussite ne peut être exclue, même si elle est accidentelle. De même une attitude provocatrice de l'entourage, lasse des plaintes ou des menaces de malade (le « suicide chantage ») est parfois à l'origine de gestes suicidaires gravissimes dont les aspects hétéro-agressifs apparaissent clairement. Enfin, même lorsque le désir de mort est dénié par le patient après une conduite suicidaire apparemment bénigne (« je voulais dormir », « j'ai fait une bêtise », « c'est pour oublier, mais c'est fini »), on ne se laissera pas non plus abuser par la gravité objective de l'acte suicidaire en fonction de la quantité de comprimés absorbés, en sachant que la signification du geste est plus importante que le geste lui-même.

2. La réactive aux influences du milieu : est caractéristique de la dépression névrotique. Au contraire de mélancolique, le névrotique parle spontanément, cherche à comprendre ce qui lui arrive, est très sensible à l'accueil qu'il reçoit. Les possibilités de compréhension de l'entourage sont des éléments importants à apprécier pour le pronostic. Les facteurs de réalité aux frustrations est entouré et la thérapeute doit négocier adroitement une attitude bienveillante en même temps que suffisamment distanciée. Le rejet, ou ce qui est perçu comme tel, aggrave les blessures narcissiques. Une sollicitude excessive et infantilisante accentue les bénéfices secondaires du patient, l'enferme dans son attitude régressive et dans une situation de dépendance totale vis-à-vis de l'entourage.

3. Les troubles somatiques restent mineurs. : On ne se voit pas les détresses somatiques constatées chez certains mélancoliques. Par les différents symptômes somatiques de l'anxiété, les troubles de sommeil sont constants, le plus souvent à type d'insomnie d'endormissement, parfois à type d'hypersomnie défensive, sans effet bénéfique sur la sensation de fatigue. Les troubles de l'appétit sont également fréquents, à type d'anorexie ou

de boulimie, celle –ci apparaissent plus souvent chez femme et entraînant une prise de poids rapide et culpabilité. Les troubles sexuels enfin se résument à l'apragmatisme, à la fragilité, à l'impuissance ou à l'éjaculation précoce.

4. La défense maniaque, au sens de Winnicott, manque rarement au cours d'une dépression névrotique. Des tentatives d'activisme, de fuite dans le travail ou dans la militance pour masquer une réalité intérieure pénible sont souvent retrouvées. Elles sont sporadiques et leur échec accentue les affects dépressifs. Elles sont souvent conseillées par l'entourage, voire par le médecin (« occupez-vous », « faites du sport », « Ne pensez plus à tout ça »), sans provoquer le rejet de l'entourage qui soupçonne le sujet de « s'écouter » et de ne plus faire preuve de la bonne volonté qu'on exige de lui. De ces malentendus naissent les consultations tardives, l'absence de prise en charge et les éventuels passages à l'acte suicidaire. (P.DENIKER et all. 1989, p 248-249).

VIII -Les modèles explicatifs :

Chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle globale.

A- Le point de vu ethno psychiatrique :

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport elle-même avec les caractéristiques familiales. Sociale et religieuses de la culture considérée. (G.Pewzner,2000, P94).

B -Le Point de vu biologique

Elles sont nées a la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957),par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action .cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs (noradrénaline ,sérotonine),il est réducteur, voir peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et

sérotoninergique .une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

C –Le point de vu psychanalytique

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique.une partie du Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. . (Besançon .A. 2005, p57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud.ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuse » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui-même.

Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation car il « tire son plaisir de ses souffrances ».pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions.IL y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale-narcissique étayée par un objet extérieur.

Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point de vue psychanalytique. (Pedieli.J.L.et al 2005, P77-78).

D-le point de vu cognitivo-comportementaliste

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs.

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck .la dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible.

(Besançon .A. 2005, p57)

Le model cognitive de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez les sujets déprimés.

Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectif de vie inaccessibles tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous ».En lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraînent l'émergence de pensée dépressives par un traitement biaise de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitive décrite chez les déprimés un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négatif et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ne ma pas proposé du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis a la hauteur je vais perdre mon travail ». L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polarisé son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne au dépend des éléments positifs de la réalité .la maximalisation et la minimisation complète ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives, la surgénéralisation consiste à généraliser ce vécu a l'ensemble de la vie du patient.

IX. Traitement et prise en charge de la dépression :

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres, « chimique » (médical) et psychique (psychologique).Il n'y a pas de suprématie ou d'efficacité d'un moyen sur l'autre.les deux sont utiles et vitaux au dépressif pour un mieux –être.ces deux moyens sont complémentaires et indispensables au traitement de la dépression.

1-médical

Le traitement dépend naturellement de l'étiologie, de la gravité des troubles, de la personnalité du sujet et de la qualité du soutien de l'entourage.

L'hospitalisation sera systématique en cas de mélancolie ou en cas d'idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide.

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leurs contre-indications et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement. (Godfryd.M ,2002, P45-46).

Les antidépresseurs ont pour but de faire disparaître le l'humeur dépressive et de redonner au patient le dynamisme et sens du plaisir qu'il a perdus.

- 1)-Les antidépresseurs Tricycliques :Athymil, floxufrol, Prosac, défanyl, Stablon, Deroxat, Divarius, Séropram, Séplex, Norset, Zoloft, Ixel, Effexor.
- 2)-Antidépresseurs de nouvelle génération :Marsilid, Moclamine.
- 3)-Antidépresseurs de la Monoamine Oxydase ou IMAO.

A ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif : des tranquillisants, des neuroleptiques, d'autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium.

L'électrochoc, crise d'épilepsie déclenchée de façon artificielle sous anesthésie générale, constitue une thérapeutique ancienne mais encore efficace utilisée dans certains cas particuliers. (Debray.Q,2006, P55-60).

2-psychologique

Le travail se fera sur les croyances dysfonctionnelles quand, chez le typus melancholicus. L'estime de soi paraît foncièrement liée à un dévouement excessif qui amène le sujet à négliger tout loisir. Une argumentation serrée doit s'instaurer, où il sera longuement expliqué que l'équilibre des proches doit aussi se nourrir de la joie et des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux.peu à peu l'existence pré dépressive devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité. (Debray. et Nollet.2001, P139).

A –les thérapies d'inspiration analytique :

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles

visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir à un travail de deuil et de détachement. la thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère longue et délicate. Elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psychosociaux –culturelle des phénomènes observés.

(Pedinielli.J.L. et al 2005, P120).

B –les thérapies cognitivo-comportementaliste :

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant de la dépression est la perturbation des processus qui agissent en transformant les informations reçues en représentations mentales.

C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engrangées et que ce dernier y substitue des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir. (Pedinielli.J.L. et al 2005, P121).

Selon **Jeffrey Nevid** dans son livre intitulé « **psychopathologie** » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants :

- a) les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).
- b) traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale
- c) Une combinaison d'un médicament antidépresseur et l'une des formes de psychothérapie citées
- d) d'autres formes de traitement spécifiées, y compris la photothérapie pour dépression saisonnière. Dans tous les cas, il faut établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute (Hardy Baiyle, 1998).(J. Nevid, 2009, P 180).

Comme dit plus haut, il existe plusieurs sortes de thérapies qui correspondent chacune à une situation émotionnelle et familiale précise.

- **Thérapie individuelle:** Cette thérapie n'implique que le patient et son psychologue

- **Thérapie de groupe:** Deux patients ou plus participent à la thérapie en même temps. Les patients peuvent alors partager leurs expériences et leurs sentiments.

Conclusion:

Pour conclure, la dépression est une maladie mentale très fréquente dans notre société et qui peut avoir un impact sur toutes les facettes et qui peut toucher toute femmes quelle que soit son âge, En effet, la présence des symptômes de la dépression chez la femme stériles nécessite une investigation psychologique très approfondie pour mieux saisir les signes qui sont cachés derrière les plaintes somatique comme la fatigue et les troubles du sommeil.

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left side and rounded corners on the right. The text is centered within this border.

Chapitre II : La Stérilité Féminine

Introduction :

Ce chapitre concerne un thème qui est la stérilité que femmes subissent dans la société algérienne comme dans bien d'autres pays. Donc on s'intéresse ici à la stérilité de la femme.

I- définition de la stérilité :

Le terme stérilité désigne l'impossibilité, pour une femme, de procréer. Il s'agit plus précisément de l'incapacité d'un couple à débiter ou porter à terme de grossesse. Le terme de stérilité étant est relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infécondité.

Naturellement, une femme est féconde de façon variable suivant son âge. La fécondité progresse jusqu'à l'âge de 25 ans puis se stabilise.

Le temps nécessaire pour qu'une conception soit réussie est en moyenne de 4 cycles pour les couples âgés de 25 ans.

On considère qu'il est normal de commencer des investigations (rechercher une cause à la stérilité) quand un couple désirant un enfant n'a pas déclenché de grossesse après avoir eu des rapports sexuels (sans contraception) durant deux à trois ans. Ces rapports sexuels doivent être complets et suffisamment fréquents, c'est-à-dire au minimum deux à trois fois par semaine. Des relations sexuelles plus fréquentes n'augmentent pas la probabilité de grossesse.

Même si les causes de stérilité sont nombreuses, rarement le fait de la femme ou de l'homme exclusivement, mais le plus souvent dues à l'association de causes survenant chez deux individus peu fertiles, c'est souvent la femme, seule, qui va consulter.

Le délai séparant la première consultation d'infertilité et le désir d'avoir un enfant est très variable : de quelques mois à quelques années. En fait, il n'existe pas de réelle définition de l'infertilité devant amener à consulter pour établir un premier bilan.

Partir des définitions de la stérilité, des indices ont été créés afin d'unifier les langages. Le plus utilisé est la fécondabilité, qui est la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel. La stérilité est un fait prouvé et acquis, alors que la fertilité n'est qu'un état de potentialité. Deux autres indices sont proposés :

1. le premier est la probabilité de concevoir sur une période plus longue, comme 1 ou 2 ans ;
2. le second est le délai nécessaire à concevoir (DNC).

L'ensemble de ces indices varie d'un couple à l'autre, et il est ainsi plus facile d'établir une distribution sur l'ensemble d'une population. En effet, la fécondabilité n'est pas identique pour tous les couples. Les plus fertiles tentent de concevoir plus vite et le groupe des couples « encore à risque », c'est-à-dire n'ayant pas encore conçu, comporte de plus en plus de couples peu fertiles au fur et à mesure que le temps passe. Il est donc logique que le risque de conception diminue mois après mois.

En France, la fécondabilité, qui reste une notion statistique à l'échelle d'une population, varie autour d'une moyenne de 25 % par cycle. À partir d'enquêtes réalisées sur une population générale, on peut montrer qu'environ 10% des couples ont une fécondabilité réduite inférieure à 10%. Ainsi, après 1 an, la moitié de ces couples n'aura toujours pas conçu. C'est ainsi que se détermine le groupe de couples hypofertiles. Mais leur sort n'est pas désespéré. À la fin de la seconde année, trois sur quatre de ces couples auront conçu.

Si l'on s'intéresse aux couples encore moins fertiles, avec une fécondabilité inférieure à 5% (représentant 2% de la population), le taux de succès après 1 an et 2 ans s'établit respectivement à un tiers et à la moitié.

On voit donc, à partir de ces exemples, qu'une absence de conception après 12 mois d'exposition aux risques de grossesse, ne devrait pas être considérée, dans un premier temps, comme un indicateur de stérilité, mais plus comme un indicateur d'hypofertilité qui peut justifier la mise en route d'un bilan, mais pas la mise en œuvre immédiate de traitements médicaux, sauf pathologie tubaire dûment identifiée.

Après la durée de l'infertilité, l'âge de la femme reste le deuxième élément essentiel dans l'approche de l'infertilité. Cependant, mesurer l'effet exact de l'âge sur la fertilité apparaît difficile en raison du nombre de facteurs associés qui viennent compliquer l'interprétation du rôle causal de l'âge dans la stérilité. La fécondité semble diminuer dès 30 ans, et l'infertilité augmentée au-delà de 35 ans. Il faudra donc tenir compte de la conjonction de ces deux facteurs âge/durée d'infertilité pour au moins déterminer la rapidité du bilan féminin.

II. Types de stérilité :

1. Stérilité primaire : Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuel régulier non protégé chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse.

2. Stérilité secondaire : Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuel régulier non protégé chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses. (Qu'elle soit parvenue à terme ou pas).

1- 3. Stérilité de nature psychique : c'est-à-dire d'une stérilité qui n'est pas expliqué ou qui ne s'explique pas. Ce type de stérilité pathogène serait, selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie du à l'inconscience qui ne satisferait pas les désirs de grossesse d'une femme, il semble qu'environ 10° des infertilités seraient de nature psychique. (GEORGE. D ; le genre humain n °10)

III .Stérilité chez la femme :

Pour chercher à savoir si notre sujet de recherche ovule, plusieurs investigations sont nécessaires :

La courbe de température, prise chaque matin au réveil.

Une courbe normale est caractérisée par un aspect diphasique, avec une différence de température entre la première et la deuxième phase de 0,4 à 0,5 0C, un décalage dont la durée de montée ne dépasse pas trois jours et un plateau qui dure entre douze et quatorze jours.

Les dosages hormonaux plasmatiques.

La FSH et la LH sont les hormones hypophysaires qui stimulent la croissance folliculaire et provoquent l'ovulation.

En début de cycle, on trouve, pour la FSH, de 1 à 5 m UI/ml et, pour la LH, de 4 à 10 m UI/ml.

La prolactine, hormone de la lactation, peut inhiber l'ovulation si elle est en excès. un taux D 20 mg/ml indique la normalité.

La progestérone est sécrétée par le corps jaune.

Elle est normalement D 1 mg/ml en phase folliculaire et P 10 mg/ml après l'ovulation.

L'échographie de l'ovaire, grâce à une sonde à ultrasons introduite dans le vagin, permet de mesurer les ovaires et de surveiller la croissance des follicules. On peut prévoir l'ovulation quand le diamètre du follicule atteint de 18 à 20 mm. pour chercher à savoir si les voies génitales sont normales, les investigations suivantes doivent être menées : L'hystérosalpingographie est une radiographie de l'utérus et des trompes après injection d'un produit de contraste iodé. Le liquide injecté dessine le contour intérieur de la cavité utérine et des trompes. On suit la progression du liquide et on prend plusieurs clichés.

L'hystérographie indique s'il existe un obstacle (obstruction ou sténose) sur le trajet des trompes ou une anomalie de l'utérus.

L'hystérocopie consiste à introduire un petit tube optique dans la cavité utérine, au travers du vagin. On peut ainsi voir à l'intérieur et dépister des anomalies telles que polypes, fibromes, cloisons, synéchies ou anomalies de l'endomètre.

La colioscopie est un examen déterminant.

On introduit un tube optique, sous anesthésie générale, au niveau de l'ombilic et on peut ainsi voir tous les organes féminins: utérus, ovaires, trompes.

On peut diagnostiquer des obturations tubaires, des infections, des adhérences, des kystes de l'ovaire, de l'endométriose, etc.

La colioscopie permet aussi des gestes chirurgicaux (sans ouverture du ventre) pour supprimer les anomalies observées.

L'examen du col de l'utérus et de la glaire qu'il sécrète permet de retrouver d'exceptionnelles sténoses du col de l'utérus. Mais, surtout, il permet de juger des qualités de fluidité de la glaire en période d'ovulation.

Le test post coïtal, ou test de Huhner, permet d'apprécier le nombre des spermatozoïdes à mobilité progressive qui se trouvent dans la glaire quelques heures après un rapport sexuel.

Pour savoir si l'endomètre est apte à l'implantation, on pratique la biopsie d'endomètre. En ramenant un minime fragment d'endomètre grâce à une fine curette, la biopsie permet d'analyser au laboratoire l'aspect de la muqueuse et de dépister des infections ou des anomalies d'origine hormonale.

Au terme de ces investigations, on a parfois trouvé chez la femme l'une de ces diverses causes d'infécondabilité : Anomalie de l'ovulation et insuffisances hormonales; maladie de l'ovaire (kyste ou endométriose); obturation des trompes; infection génitale; anomalie anatomique.

Le diagnostic ainsi établi va permettre de traiter les anomalies décelées.

Mais il faut savoir que, le plus souvent, la stérilité provisoire est due à

L'addition d'une insuffisance de l'homme et d'une insuffisance de la femme.

L'un et l'autre aurait peut-être eu des enfants avec un partenaire plus fertile.

Dans ce cas, le traitement consistera à améliorer en même temps la fertilité des deux

Partenaires.

Ce sont souvent ces cas que l'on appelle stérilités inexplicables.

I- La tentation est alors grande de trouver une cause minime à laquelle on donne de l'importance, par exemple une réaction immunologique anti spermatozoïdes, ou encore de dire qu'il s'agit d'une stérilité psychogène. ([WWW.Enceinte.Com /article_info/grossesse /la_conception/la_sterilite](http://WWW.Enceinte.Com/article_info/grossesse/la_conception/la_sterilite))

IV. Les causes de stérilité féminine :

1- La stérilité féminine au niveau du cerveau hypothalamus et hypophyse :

Le rôle du cerveau est le « centre de commande » du cycle féminin ; il envoie des « ordres » (hormones FSH et LH) aux ovaires pour obtenir chaque mois une ovulation .Si le cerveau ne donne pas les « bons » ordres, alors l'ovulation est perturbée.

1.1. Les causes de stérilité dues au cerveau :

a). L'hypothalamus ne remplit pas son rôle : il n'arrive pas à sécréter correctement l'hormone tout le cycle féminin est alors bloqué : pas de sécrétions d'hormones par l'hypophyse, pas d'ovulation, pas de règles.

b). L'hypophyse sécrète trop de prolactine : Or cette hormone bloque l'ovulation ! Il existe plusieurs causes à cet excès prolactine de:

-la prise de certains médicaments peut augmenter la prolactine : par exemple, certains médicaments antidépresseurs ou tranquillisants.

c). Le stress parfois.

d). Une tumeur sans gravité de l'hypophyse appelée « adénome hypophysaire ».

2. Les causes de stérilité au niveau des ovaires :

2.1 .Ovaires poly kystique (OPK) : Les ovaires sont gros, et présentent à leur surface de nombreux petits follicules qui n'arrivent pas à grossir pour émettre un ovule. Les ovulations sont donc rares on inexistent. Les OPK sont une cause de stérilité répandue.

2.2. Insuffisance ovarienne : Débutante : pathologique si elle survient avant 40ans, due au vieillissement naturel après. Le stock de follicules et donc d'ovocyte et diminué. En raison du nombre diminué des follicules, les ovaires répondent mal aux ordres envoyés par l'hypophyse, les follicules grossissent plus lentement, les ovocytes et l'ovulation sont de mauvaise qualité, quelques recherches sont menées pour découvrir les causes de l'insuffisance ovarienne : causes génétique, immunitaires, virales : on a aussi évoqué le distilbène observé chez la souris, mais pas encore prouvé chez la femme.

2.3. Insuffisance ovarienne prématurée ou ménopause précoce : stade ultime de l'épuisement du stock. Il reste en fait quelques centaines d'ovocytes immatures dans les ovaires mais ceux-ci ne répandent plus du tout. La ménopause précoce peut être due à un traitement médical stérilisant.

2.4. Absence d'ovaires : de naissance ou suite à une maladie (par exemple un cancer ayant conduit à retirer les ovaires) sans ovaires, pas d'ovocytes : donc pas de possibilité pour la femme d'avoir son enfant génétique.

3. Une anomalie des hormones

4. Une anomalie de la glaire cervicale (à type d'insuffisance oestrogénique, de destruction des glandes cervicales, de conséquence d'électrocoagulation, etc...)

5. Une malformation de l'utérus de nature congénitale (prise de distilbène par la mère entraînant un utérus hypoplasique), de sténose de l'isthme, de synéchies de l'utérus, de polypes, d'endométrite, d'hyperplasie, etc...

6. Une infection du col de l'utérus (endocervicite)

7. Une malformation de l'endomètre (couche de cellules tapissant l'intérieur de l'utérus)

8. Une atteinte des trompes de Fallope empêchant une fécondation ou une nidation. Les principales causes sont les séquelles d'une infection, les séquelles d'une intervention chirurgicale (appendicite, chirurgie gynécologique suite à la présence d'endométriose, de diverticules, d'aplasie).

9. Une cause ovarienne explique environ 20 % des stérilités féminines. Le plus souvent, il s'agit d'une anovulation (absence d'ovulation) que l'on suspecte à la suite d'anomalies des règles et que l'on met en évidence grâce à la courbe ménothermique ou aux dosages hormonaux. Il peut s'agir également d'une destruction d'une partie de l'ovaire due à une endométriose, à une tumeur de l'ovaire (kystes), à une intervention chirurgicale, à un syndrome des ovaires poly kystiques, à un syndrome de Turner, à un dysfonctionnement des ovaires, à une ménopause précoce.

10. Des malformations du vagin à type de syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser, de malformations vaginales, de présence de cloisons vaginales, etc...

V. Les symptômes de la stérilité féminine :

1. L'ancienneté de l'infécondité du couple

2. La fréquence des rapports sexuels (coïts)

3. La contraception utilisée

4. L'atmosphère conjugale

5. Les problèmes professionnels ou relationnels

6. Les antécédents gynécologiques : puberté, caractéristiques des cycles, infections génitales

7. Les antécédents obstétricaux : fausse couche, accouchement difficile, interruption volontaire de grossesse (IVG), grossesse extra-utérine, interventions chirurgicales sur le bassin ou l'abdomen, etc...

VI. Le traitement de la stérilité féminine :

1- Le traitement médicamenteux : il est indiqué lors des stérilités dues à :

1. des troubles de l'ovulation
2. une anomalie de la glaire cervicale

Ce traitement est essentiellement hormonal.

2-Le traitement chirurgical : il est indiqué lors des stérilités dues à :

1. Un dysfonctionnement des trompes de Fallope
2. Des synéchies (adhérences)
3. Certaines malformations de l'utérus
4. Un fibrome de l'utérus

Conclusion :

Il est noté que le mot stérilité, étant relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infécondité. Il est impossible aujourd'hui d'aborder ce problème sans en évoquer la dimension psychologique, comme dans toutes les maladies, l'état psychologique intervient d'une façon ou d'une autre et plus particulièrement dans cette problématique qui représente la difficulté à avoir un enfant, il est nécessaire de comprendre et d'accepter qu'en dehors d'un problème médical, une autre problématique intervient le plus souvent dans les problèmes rencontrés par les couples éprouvant des difficultés à avoir des enfants.



Problématique Et Hypothèses

La problématique

Dans toutes les sociétés, la famille est souvent assimilée à un lieu où la femme cherche l'amour, la sûreté, la sécurité, la protection, et cela dans le but d'assurer son équilibre émotionnel et affectif.

Cependant, dans la vie quotidienne, divers problèmes et difficultés peuvent affecter la vie de la femme, ce qui la rend difficile car l'effet de certains événements peut infecter les fonctionnements psychiques et peut avoir des répercussions sur le comportement, sur le raisonnement de la femme c'est bien que la stérilité féminine qui est l'incapacité de procréer qui est considérée comme un problème majeur qui mène la femme à se sentir déprimée, et souffrir d'une véritable dépression.

A ce jour, le phénomène de stérilité infligée sur les femmes dans leurs relations reste caché, voire tabou. La stérilité féminine en Algérie est parmi les préoccupations majeures des associations et d'organisations féministes. Étant donné que la stérilité fait encore partie aujourd'hui de la vie privée du couple, elle peut longtemps rester méconnue ou non dévoilée. La stérilité a été récemment reconnue comme étant un problème d'atteinte à la santé de la femme. Elle englobe de multiples actes agressifs de nature physique, psychologique, et sexuelle. Elle est également une cause de stress et de souffrance pouvant produire différentes formes de troubles psychiques.

En effet, toute femme peut être victime d'une stérilité peu importe son âge, sa religion, son éducation, son identité culturelle. Cependant dans diverses études, la problématique de la stérilité est désignée par l'une des expériences les plus difficiles dans la vie de la femme car en effet il s'agit d'un véritable deuil, elle menace tous les aspects de la vie, elle n'affecte pas uniquement les relations entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement. Le désir d'avoir un enfant naît dans chaque femme car toute femme voulant affirmer sa capacité de procréer.

« La stérilité est la hantise de beaucoup de nouveaux mariés qui, après une année de mariage seulement, se retrouvent obligés, par le poids de la tradition, de se justifier devant autrui mais aussi se rassurer soi-même ». (S. Mimoun, 2003, P 38)

La stérilité se vit de la manière honteuse et ce n'est pas un sujet dont on discute librement, il n'est donc pas surprenant que beaucoup de femmes ignorent les véritables causes de leur stérilités.

La stérilité, est imputée d'une façon générale à la femme ; cette dernière était la seule qui assume l'entière responsabilité de la non procréation, tandis que l'homme vu son statut

Problématique et hypothèse

social, il ne reconnaît pas le fait qu'il peut être stérile car cela affecte sa virilité et son autorité. (DAVID George, la stérilité : le genre humain n°10 P86).

A la lumière de ce que venons de dire nous pouvons poser la question suivante :

1. Est ce que la stérilité féminine provoque une dépression ?

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre aux questions posées dans notre problématique sont les suivantes :

1- L'hypothèse générale :

Nous pensons que la stérilité influe sur la réaction dépressive chez la femme.

Il nous semble que les femmes stériles ont un risque plus élevé de faire une dépression.

2- Les hypothèses partielles (opérationnelles) :

a)-Les femmes stériles souffrent d'une dépression, sur le plan psychologique, elle se manifeste par les pleurs, une faible estime d'elle-même, un profond sentiment de dévalorisation, dans beaucoup de cas elle ressent de la culpabilité face à une situation.

b)-La stérilité de la femme ne provoque pas de la dépression, l'intensité de la dépression se diffère d'une femme à une autre, pour certaines femmes la souffrance peut s'associer à une anxiété et à une angoisse, contrairement à d'autres qui n'ont pas atteint ce niveau d'intensité.



Partie Pratique



Chapitre I :
Méthodologie de Recherche

Introduction :

Ce chapitre méthodologique est consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivies tout au long de notre recherche concernant la dépression chez les femmes stériles. Pour réaliser une recherche il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un lieu de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation, dans ce chapitre on va présenter la méthode selon la quelle on a procédé pendant notre recherche, le terrain et la population d'étude ainsi que les outils de recherche qu'on a utilisés.

I. Les méthodes utilisées

1. La méthode de recherche :

C'est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1993).

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde, et contenue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passé.

Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à ce qu'on appelé « **étude de cas** ».

(Khadija CHAHRAOUI ET Hervé Bénony, 2003, P11-12).

2. Etude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (Khadija CHAHRAOUI. Hervé BENONY, 2003, P125 ,126).

L'intérêt de l'étude de cas est indiscutable dans la pratique clinique, la discussion porte cependant sur la fiabilité des informations fournies par le sujet de recherche, et sur la méthode de reconstruction du cas, puisque toute étude de cas tend à opérer une réduction du matériel et à fournir des interprétations ou à poser des hypothèses.

II. Le groupe de recherche:

Le groupe de recherche est composée de cinq femmes stériles qu'on présente dans le tableau suivant:

Tableau 1 : le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Groupe de recherche	Abréviation du prénom	Age	Niveau d'étude	Type de stérilité
Cas (1)	« S »	39ans	Lycéen	Primaire
Cas (2)	« R »	35ans	Universitaire	Primaire
Cas (3)	« M »	31ans	3 ^{eme} Année secondaire	Primaire
Cas (4)	« N »	32ans	2 ^{eme} Année secondaire	Primaire
Cas (5)	« D »	40ans	Universitaire	primaire

III. Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique et l'échelle de dépression de Beck.

1. L'entretien de recherche :

L'un des instruments les plus utilisés dont dispose le psychologue pour le diagnostic, il s'agit d'évaluation ou de thérapie, à l'exception de certains cas.

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

L'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre entre le sujet et son chercheur, dans la quel le sujet répond aux questions. (J. L Pedinielli, 2005, P 36-37).

La méthode des entretiens semi directifs permet d'effectuer des études d'approfondissements, ses technique peuvent être employées pour préparer une prés- enquête dans laquelle nous construisons une échelle fondée sur un groupe d'items.

Méthodologie de recherche

L'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directif permet d'identifier les principales dimensions, et à repérer les questions pertinentes qui sont utilisées pour appréhender les différentes facettes de phénomène.

En effet, L'entretien nous a permis d'avoir des informations sur les femmes stériles, sur leurs vécu familiale, relationnelle et sur leurs maladies.

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulé d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, exemple à la fin d'une séquence d'association. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son sujet. » (Khadîdja CHAHRAOUI. Hervé BENONY, 2003, P143).

Nous avons effectué les entretiens à base d'un guide formulé à l'avance qui contient trois axes qui composent d'un ensemble de questions visant à recueillir des informations concernant nos hypothèses.

Le type d'entretien qui convient à notre recherche est l'entretien semi-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet combinée avec le projet d'explorer un thème particulier (Peddinilli.J . k ; 1994 ;P76) .

2. Passation de l'entretien :

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec les femmes stériles, après avoir bien sur donner une explication sur le travail que nous aurons à faire ensemble, et par conséquent on a eu un accord oral pour la participation dans notre recherche.

Dans la deuxième partie, avant de procéder à l'entretien on a présenté le formulaire de consentement à la femme stérile pour avoir leur accueil d'une façon officielle et légale après avoir eu l'accord oral dans l'étape qui précède, puis on utilisé notre entretien de type semi-directif, axés sur des thèmes précis. Les questions destinées aux femmes stériles portent sur leurs vécu, leurs milieux familiaux avant et après sa stérilité .En plus en présenté le test qu'on va appliquer.

Ensuite la collecte des données et la passation des entretiens- semis directs avec des femmes stériles dans le but de préparer le test et aussi de recueillir des données sur la stérilité.

La durée des entretiens était de 35à40 minute, pour la passation des entretiens on base sur un guide d'entretien qui se constitue par quatre axes : les informations personnelle, le vécu de la femme, le vécu au sein du couple, la réaction de la femme vis-à-vis de sa stérilité.

2. L'échelle de dépression de Beck : C'est un deuxième outil de travail dans notre recherche

2.1. L'inventaire de dépression de Beck :

Un test est une procédure systématique pour observer le comportement d'un sujet et le décrire à l'aide d'une échelle numérique ou d'un système de classification.

2.2 Un aperçu de la vie de Beck:

Aaron Temkin Beck voit le jour aux USA le 18 juillet 1921. Ses parents sont des émigrés Ukrainiens venus s'installer aux Etats Unis à l'âge de 16 et 17 ans. Sa mère, Elisabeth Temkin, est une femme juive orthodoxe très pratiquante. Son père, Harry Beck, est quant à lui athée aux idées plutôt socialistes.

Aaron s'intéresse très jeune aux sciences, ainsi qu'à la psychanalyse. Dans les années 1950, c'est en essayant de traiter des patients déprimés par la psychanalyse qu'il sera amené à remettre en question le bien-fondé des hypothèses freudiennes qui étaient jusqu'alors en vigueur dans le milieu médical. Par une approche précise et rigoureuse, et par l'objectivité de son analyse, il sera amené à démanteler tout l'édifice des hypothèses de la psychanalyse concernant la question de la dépression et de l'anxiété. Ses conclusions font grand bruit et sont alors généralement très mal perçues par ses collègues psychanalystes.

Aaron Beck ne s'engagera jamais dans des polémiques avec le monde de la psychanalyse. En revanche, il emploiera son temps avec son équipe, à élaborer un nouveau modèle du fonctionnement et le dysfonctionnement du psychisme humain, en travaillant au quotidien avec un très grand nombre de patients.

Aaron Beck a employé ces dernières années à étudier la problématique de la violence avec sa fille Judith, qui est une proche collaboratrice.

2.3. Rappel historique :

Ce test de dépression, l'Inventaire de dépression de Beck, a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisé en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologiques.

2.4 Définition de test de Beck:

Le Beck Dépression Inventory (BDI) est une série de questions élaborées pour mesurer l'intensité, la gravité et la profondeur de la dépression chez les patients avec des diagnostics psychiatriques. Sa forme longue est composée de 21 questions, dont chacune est conçue pour évaluer un symptôme fréquent chez les personnes souffrant de dépression. Un court formulaire est composé de sept questions et est conçu pour l'administration par les prestataires de soins primaires. Aaron T. Beck, un pionnier de la thérapie cognitive, d'abord conçu le BDI.

Il concerne des symptômes de dépression tels que l'irritabilité, le découragement, la culpabilité, le sentiment d'être puni, le ralentissement psychomoteur ou l'agitation, l'insomnie, la fatigue, la perte d'énergie, la perte ou le gain de poids, la perte de libido,...

Il est destiné aux adolescents et aux adultes aussi à ceux qui ont fait une tentative de suicide, alcoolique.) .

A- Considération générale :

le BDI –Il est un test qui mesure le niveau de dépression. la passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer .Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est état de lire et de comprendre les items. Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

B- Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il Peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).

C-Temps de passation :

En générale, 5 à10 minutes suffisent pour compléter le protocole .Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps .L'échelle a été appliquée sur nos six cas nullipares après les entretiens préliminaires qui ont duré une à deux séances.

D-Mode d'administration :

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes :<<Ce questionnaire comporte 21groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans

Méthodologie de recherche

chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent d'écrire également bien ce que vous ressentez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 15 (perte d'énergie) et le groupe n° 18 (Modification de l'appétit). (Ibid. p 7)

E- Cotation de l'échelle :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé (59).

F- Intérêt-Limites :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- a. 0-4 : pas de dépression ;
- b. 4-7 : dépression légère ;
- c. 8-15 : dépression modérée ;
- d. 16 et plus : dépression sévère.

IV. La démarche de recherche :

Est une démarche qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre , relever aussi facilement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet , pris dans une situation , chercher à en établir le sens , la structure et la genèse , déceler les conflits qu'il la motivent et les démarches qui tendent à résoudre les conflits , cette méthode est applicable à des conduites dites normal et pathologique . (Valerie ,Capdevielle, Caroline , Dancet ,2004 ,P 10) .

1. Le formulaire de consentement :

est formulaire de droit des sujets de recherches à décéder par eux- même à l'usage des personnes , l'incapacité de consentir du mineur ou du majeur protégé par la loi entraine une

sévère limitation de la recherche , voire l'interdit , le consentement donné par les femmes ou ce tuteur responsables n'évite pas de solliciter l'assentiment de l'intéressé. (BOURGUIGNON .O ; 2005-2006 P 13).

2. Le lieu de recherche :

On a effectué notre recherche au sein de l'établissement privé, clinique « **les lilas** » de Bejaia ; dans lequel il est sous l'autorité d'un directeur technique.

L'établissement hospitalier privée la clinique « **les lilas** » est un établissement hospitalier privé, où il existe un service gynécologie, se qui nous a permis d'effectuer des rencontres et la passation des entretiens avec nos sujet de recherche dans un cadre clinique favorable.

La clinique « **les lilas** » est un établissement qui est constitué de plusieurs services :

. **Le rez-de-chaussée** : composé des urgences, le bureau de l'économat, le bureau de directeur technique, les consultations d'anesthésie, le radiologue, la morgue.

Et la réception des patients, son rôle est d'examiner et d'interroger les patients pour s'informer sur leur état et de juger si les patients vont être admis ou non.

. **1^{er} étage bloc opératoire** : ce service se charge des interventions chirurgicales qui est regroupé des chirurgiens, assistant du bloc, réanimateurs, des aides, agent de services, et même de la salle de la réanimation.

. **2eme étage** : service de laboratoire d'analyse qui est constitué des laborantines, des agents de services,

. **3eme étage** : service de chirurgie ou il prend en charge les malades admis a l'hôpital, il prend aussi en charge les femmes qui viennent d'accouchées.

. **4eme étage** : service gynécologique qui est doté d'un médecin spécialiste en gynécologie son rôle est de soigner les femmes reçus dans ce service. C'est dans ce service qu'on exerce, effectué notre stage et qu'on a rencontré des femmes stériles de nos cas.

. **5eme étage** : regroupe l'administration, la cuisine, la pharmacie.

Conclusion : Ce chapitre de méthodologie, nous a servi d'une bonne organisation de notre travail, et le respect de certaines règles comme la méthode à utiliser, les outils de la recherche, la démarche à suivre, pour arriver à des résultats quand peut analyser et interpréter et dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses formulées au début de la recherche.

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left and rounded corners on the right, framing the chapter title.

Chapitre II

Présentation, analyse et discussion des résultats

Introduction :

Nous tenons dans ce chapitre de présenter la partie pratique qui constitue une présentation et analyse des données de notre stage qu'on a effectuée au sein de l'établissement hospitalier privée Clinique "les Lilas" de Bejaia.

On va faire une présentation de cinq cas, femmes stériles, pour les quelles on a fait passer l'entretien clinique et l'inventaire de dépression de Beck.

Ce travail va nous permettre en fin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

I. Présentation des cas :

1. Présentation de cas n° 1 :

C'est M^{me} « S », âgée de 39ans, demeurant à Bejaia, agent de service dans un hôpital du CHU de Bejaia.

Elle est issue d'un mariage de raison, elle est l'aînée d'une fratrie de six enfants mariée depuis dix huit ans. Elle est nullipare (sans aucun enfant), elle est d'un niveau scolaire lycéen, elle appartient à une famille d'un niveau socio- économique est moyen.

Etant élevée par ses parents M^{me} « S » a mené une vie simple et classique sans difficultés Apparentes.

M^{me} « S » a déjà fait plusieurs examens et traitements gynécologiques depuis son mariage.

Le 1^{er} à l'âge de 28 ans, le 2^{eme} a l'âge de 32ans

1.1. Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'établissement hospitalier privée clinique « les lilas » de Bejaia , pendant l'entretien , nous avons constaté que madame « S » était très calme, triste en disant « ...heznegh ouzemiregh ara adhesuportigh ... » madame « s » nous a confié qu'elle a vraiment envie d'avoir un enfant après tant d'années «franchement si vous savez a quel point que j'ai vraiment envie d'avoir un enfant j'ai hâte de tomber enceinte ».

Le discours de M^{me} « S » a été très confus. Elle n'a pas été trop coopérative avec nous au début, mais, elle a fini par se confier à nous et s'exprimer.

Lors de l'entretien, M^{me} « S » a apparu dégoutée et désespérée. On a noté une certaine inquiétude vis-à-vis de sa relation avec son mari qu'elle exprime ainsi « Malgré que chacun de nous fait semblant que tout va bien, mais, au fond rien ne va, ce n'est plus comme avant au début de notre mariage ».

Présentation et analyses des résultats

M^{me} « S » nous a exprimé sa fatigue « Dayen aayigh j'en ai marre de cette vie, je m'en fou dayen déjà c bon, j'ai plus envie de tenter de tomber enceinte, déjà je ne suis pas comme avant » .

M^{me} « S » a signalé qu'elle a été déçu «weleh il me reste que la mortM^{me} « S » a pleuré j'ai beaucoup pleuré, je me sens perturbé et dégouté il me reste rien dans cette vie rien ».

M^{me} « S » annonce qu'elle a des troubles de sommeils et également des troubles de l'appétit en nous disant : «mon médecin m'a prescrit des médicaments car dés fois le soir je n'arrive pas a dormir » Aussi « Je ne mange même pas, j'ai perdu l'appétit ... ».

Elle se soucie pour sa relation avec son conjoint « ... je voie que le comportement de mon mari a trop changer et trop perturbé, lui aussi est kif kif comme moi il est trop déçu.... ».

Elle pense qu'elle n'a pas d'avenir en disant « Je sens que j'ai plus d'avenir.... »

Conclusion :

On remarque, un certain désespoir chez M^{me} « S », vis-à-vis de sa situation et de son état physique et moral, et cela se manifeste par des pleurs, tristesses, idées noirs, manque d'appétits, insomnies, on constate que c'est une dépression.

1.2 Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (1) résultat cas n° (1)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	02	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être punie

Présentation et analyses des résultats

07	Sentiment négatif envers soi-même	02	Je suis déçue par moi même
08	Attitude critique envers soi	02	Je suis plus critique envers moi-même que je l'étais
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant
11	Agitation	03	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	0	Je prends des décisions aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	02	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	02	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	Je n'ai pas d'appétit
19	Difficulté à concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	01	Le sexe m'intéresse plus qu'avant
Score		32	

Notre sujet de recherche lors de l'entretien nous a déclaré ses manifestations aux pensées suicidaires, mais sans passage à l'acte. « Il m'arrive des fois de pensé a la mort et faire fin a

Présentation et analyses des résultats

ma vie mais je n'ai jamais pensé de passé vraiment à l'acte. C'est juste des désires ou moment de désespoir. »

L'échelle de dépression de Beck démontre que le sujet de recherche manifeste un sentiment de punitions dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(3) « j'ai le sentiment d'être puni », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (1) « le sexe m'intéresse moins qu'avant ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (2) « je suis déçue par moi même ». M^{me} était anxieuse si agitée, à l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (3) « j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit ».

Notre sujet de recherche est apparu très pessimiste. Dans l'item n°(2) “pessimismes “, elle répond par le degré n° (3) “J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer”

La douleur moral avec vécu dépressif entraînant une tristesse, un sentiment d'échec, baisse d'estime de soi, dévalorisation, irritabilité, trouble d'appétit, changement de sommeil, et la fatigue car dans les items n° (1, 3, 8, 14, 15, 17, 18,19, 20) le sujet répond par le degré n° (2) par contre dans les items n° (4, 5, 10, 12, 13,16) elle répond par le degré n° (0).

Synthèse du cas 1:

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons déduit que le sujet vit dans une souffrance et de tristesse, ce qui a procréé chez elle un état de dépression sévère, développé par la stérilité.

2. Présentation de cas n°2:

M^{me} “R”, est âgée de 35 ans, mariée depuis 12ans et demeurant à Akbou. Elle est titulaire d'une licence de littérature Arabe et enseignante, depuis 06 ans, dans un lycée.

Elle est issue d'un mariage d'amour, elle est l'ainé d'une fratrie de 05 enfant, et issue d'une famille simple; son père est un fonctionnaire retraité, sa mère sans fonction. Son niveau socio-économique est moyen.

Elle est orientée vers notre clinique pour une consultation gynécologique, par son médecin exerçant, dans le privée, après un suivi de huit ans pour sa stérilité, qu'elle juge d'inefficace et accompagnée par son mari. Le couple cohabite avec la grande famille du mari.

Présentation et analyses des résultats

2.1 Présentation et Analyse de l'entretien:

L'entretien avec M^{me} "R" été trop difficile avec nous au début car elle n'a pas accepté de nous parler, mais après avoir expliqué l'objectif de notre recherche on a pu faire l'entretien avec elle, M^{me} "R" est apparue trop timide, très calme, le discours été direct question réponse.

Lors de l'entretien, nous avons remarqué que M^{me} "R" a subitement changé et elle commence à pleurer cela remarqué dans ses paroles suivantes: "...eeeh ... découragégh ikel ealimegh ara amek akemlegh idounithiw ... »...je sais pas comment vivre ma vie ..."

D'après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté aussi que Mme "R" est traumatisée par cet événement ce qui les a laissé vivre toujours dans le trauma, et cela paraît dans le passage suivant "...quand mon médecin m'a dit que tu pourras pas avoir un enfant, J'ai choqué" suivi par un silence total qui signifie une difficulté à extérioriser.

De plus, après ce silence elle dit "... Ouzmirghara ademekhthigh ...quand je me rappelle pleurer et je me déteste".

Synthèse du cas 2 :

Pour conclure, Mme "R" souffre de sa stérilité, elle vit dans une situation stressante et un état psychologique et physique qui se dégrade de plus en plus ce qui a engendré chez elle une dépression.

2.2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (2) résultat cas n° (2):

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	03	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	03	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	03	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	01	Je sens que je pourrais être punie

Présentation et analyses des résultats

07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	03	Je me rapproche tout mes défauts
09	pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleur pour les moindres petites choses
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue
12	Perte d'intérêt	03	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	03	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
15	Perte d'énergie	03	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17	Irritabilité	00	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	Je n'ai pas d'appétit
19	Difficulté à concentrer	03	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	03	Je suis trop fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		42	
Degré de dépression		Sévère	

Présentation et analyses des résultats

Suite aux résultats de l'inventaire de dépression de Beck nous déduisons:

M^{me} « R » a mené une tristesse et sentiment de punition. Dans l'item n° (1) « tristesse » c'était le degré n° (3) « je Suis si triste ou si malheureux que ce n'est pas supportable », et dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » le sujet répond par le degré n° (1) "je sens que je pourrai être punie ».et pessimiste , dans l'item n°(2) ou le sujet répond par le degré n° (1)" je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir".

L'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » notre cas n'a plus d'intérêt pour la sexualité car il répond par le degré n° (3) « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe », cette tension permanent engendre la perte de plaisir dans l'item n° (15), et la fatigue dans l'item n° (20) ou Mme a répondu par le degré n°(3) « j'ai trop peu n'énergie pour faire quoi que ce soit », « je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant. »

Dans l'item n°(10) « pleurs » le sujet a répondu par le degré n° (2) « je pleur pour la petite chose. »

Dans les items n° (3, 4, 7, 8, 14, et 19) le sujet a répondu par le degré n°(3) par contre dans les items n° (5, 13, 9, et 17) M^{me} « R » répond par le degré n°(0).

Synthèse du cas 2:

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck, on constate que la stérilité influe sur la vie psychique de la femme, ce qui a développé chez elle une dépression sévère.

3. Présentation de cas n°3:

Il s'agit de Mme" M". Âgée de 31 ans, est mariés, sans aucun enfant, elle réside avec sa belle famille, son niveau d'instruction 3^{eme} année secondaire, sans travail, elle est la deuxième d'une fratrie de six enfants, elle demeure à Bejaia.

3.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Lors de premiers rencontre, M^{me} « M » été trop motivée pour l'entretien et cela indique dans le passage suivant : « oui J'aurais aimé faire un entretien avec vous afin d'exprimer ma souffrance... je cherche l'aide »

Au moment de l'entretien qu'on a effectué avec M^{me} "M", elle nous a décrit ses journées quotidiennes: « Tjrs avec la routine, tout le temps a la maison, je me réveille le matin je prends mon petit déjeuner, et je regarde un peut la télévision ... je n'avais pas envi de sortir. »

Pendant l'entretien on avait su que M^{me} « M », n'est pas la seule femme stérile dans sa famille, en nous disant : « ...je ne suis pas la seul qui n'a pas eu d'enfant, j'ai mes parentes qui sont stériles, je sais pas si c'est héréditaire ou quoi .. », et quand on lui a parler de sa

Présentation et analyses des résultats

maladie elle nous a déclaré: « le fait que je suis stérile me dérange », et « quand quelqu'un aborde le sujet de ma stérilité ... ça me dérange pas du tout, par contre ce qui me dérange c'est le regard d'autrui. »

Au cours de l'entretien le sujet nous a révèlè qu'elle est irritable, elle réagi facilement à l'excitation extérieure: « il m'arrive de m'énervé pour la moindre des choses, par contre dé fois je me calme. », et elle nous a décrit sa grande fatigue en exprimant « tout les jours je ressens une grande fatigue que se soit moralement ou physiquement. »

Durant tout l'entretien on a constaté chez M^{me} « M » une tristesse à travers ses mimiques, ses gestes et ses paroles : « quand je me rappelle que je pourrais pas avoir un enfant, je me sens toute le temps triste. »

Aussi durant l'entretien et quand en lui a abordé la soutenance pendant la période, elle nous a avéré qu'elle a des amies qui lui rends visite chez elle, et quelle se sens heureuse ou même temps malheureuse de les voire : « quand mes amies viennent me rendre visite je me sens heureuse et malheureuse car eux ils ont pu avoir des enfants, mais moi non, silence, après elle reprend a cause de ma maladie bien sur. »

M^{me} "M", manifeste des pensées négatives sur elle-même, elle nous a révélé ça lors de l'entretien « ...je me sens inferieure par apport au autres, ...et je connais rien de ma vie, je suis une bonne arriérée. »,

M^{me} "M", révèlè un sentiment de punition, constatant se sentiment dans ses paroles « j'ai le sentiment d'être puni, n'importe qu'elle personne dans mon état va se sentir ainsi. ».

Au cours de l'entretien M^{me} « M », nous a révélé qu'elle veut faire une formation mais elle n'a pas encore décidé et elle n'attend pas que les choses vont changer pour elle, car elle dit « je veux faire une formation mais, je n'ai pas encore décidé ».

. Synthèse du cas :

En guise de conclusion de l'entretien, on peu dire que M^{me} "M" souffre d'une dépression provoqué par sa stérilité.

Présentation et analyses des résultats

3.2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck :

Tableau n° (3) résultat n° (3)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	01	Je me sens très souvent triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	02	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	01	Je sens que je pourrai être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	00	Je ne le blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	03	J'ai de mal à m'intéresse à quoi ce soit
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	02	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
14	Dévalorisation	00	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie

Présentation et analyses des résultats

			pour pouvoir faire grand choses
16	Modification dans les habitudes de sommeil	01	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
17	Irritabilité	00	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour faire un grand-chose que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	02	Le sexe m'intéresse beaucoup
Score		29	
Degré de dépression		Sévère	

M^{me} "M" lors de l'entretien nous a déclaré qu'elle a perdu tout le plaisir de la vie, cela indique dans le passage suivant « je ne trouve aucun goût ni plaisir dans ma vie » des fois je me sens que la mort me rapproche. »

L'échelle de dépression de Beck démontre que la M^{me} "M" manifeste un sentiment de punition dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(1) « je sens que je pourrai être punie », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (2) « je ne m'intéresse Presque plus aux gens et aux choses ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (3) « je ne m'aime pas du tout ». M^{me} "M" était anxieuse si agité, a l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (3) « je suis si agitée que j'ai du mal à rester tranquille ».

La douleur moral avec vécu dépressif entraînant une tristesse, un sentiment d'échec, baisse d'estime de soi, dévalorisation, irritabilité, trouble de sommeil, et la fatigue car dans les items n° (3,4, 10, 13,, 15, 18,19, 20) le sujet répond par le degré n° (2) par contre dans les items n° (5, 8, 12, 14, 17) elle répond par le degré n° (0).

Présentation et analyses des résultats

. Synthèse du cas 3 :

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons déduit que le sujet a une dépression sévère

4. Présentation du cas n°4:

M^{me} "N" femme mariée, âgée de 32 ans, sans enfants, elle s'est mariée depuis 13ans, elle travail comme infirmière, elle a 9 ans dans ce service, d'après ses dires, elle aime bien son métier et que c'est son mari qu'il a choisi ce métier,

M^{me} "N" habite loin de sa belle famille, elle est issue d'une famille simple, son niveau socio- économique est moyen.

4.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Au cours de l'entretien, notre sujet c'est montré triste, accompagné d'une mauvaise humeur, passive, M^{me} "N" s'est montré d'accord pour participer à l'entretien après avoir expliqué les objectifs de notre entretien.

Lors de l'entretien effectué avec le sujet, elle nous a décrit ses journées quotidiennes en expliquant « comme d'habitude le matin je travail, et quand je rentre à la maison je vais faire à mangé, et le soir j'aime bouquiner c'est la que j'oublié tout mes soucis,».

Pendant l'entretien M^{me} "N" a révélé qu'elle souffre des troubles de sommeil, constatant ça dans ses paroles « je me réveille deux à trois fois la nuit après je suis incapable de me rendormir »

Au cours de l'entretien le sujet nous a révèlè, elle se fatigue souvent, que ce soit physiquement ou moralement « je me sens très fatiguée surtout moralement, je n'arrête pas de penser ».

Apropos de la tristesse notre sujet, nous confit qu'elle lui arrive d'être triste mais pas tout les jours « il m'arrive ou je me sens triste mais pas tout le temps » silence après elle continu « j'ai un sentiment terrible ».

Quand on lui abordé le sujet de l'amitié elle nous a déclaré qu'elle n'a pas trop d'ami « j'ai une seul amie et je n'aime pas fréquenter trop les gens ».

Notre sujet désire participer aux activités de groupe mais elle ne le fait pas à chaque fois que l'occasion se présente « quand je pratique du sport je me sens plus a laisse, je me défoule. ».

Lors de l'entretien le sujet nous confié qu'elle n'a pas des projets dans l'avenir « je veux plus rien, j'aimerais juste avoir des enfants ».

Présentation et analyses des résultats

Synthèse du cas 3:

D'après l'analyse de contenu de l'entretien, nous avons constaté que Mme "N" a développé une dépression engendré par sa stérilité, ce dernier qui a rendu la vie de M^{me} "N" plus compliquée.

4. 2. Présentation et analyse de l'échelle de Beck:

Tableau n° (04) résultat cas n° (04):

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
06	Sentiment d'être puni	2	Je m'attends à être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçue par moi-même
08	Attitude critique envers soi-même	2	Je suis plus critique envers moi-même
09	pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider
10	Pleurs	1	Je pleur plus qu'avant
11	Agitation	1	Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de

Présentation et analyses des résultats

			valable
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3a	Je dors presque toute la journée
17	Irritabilité	0	Je ne suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score		27	
Degré de dépression		Modéré	

Selon l'échelle de dépression de Beck ; nous avons constaté que notre sujet de recherche a perdu son plaisir, elle manifeste de sentiment de culpabilité, sentiment de punition, elle n'a pas confiance en lui-même, elle n'a pas des pensées suicidaires et elle parvient à se concentrer, car dans les items n° (4, 5, 6, 7, 8) elle répond par le degré n° (2). et dans les items n°(9,10,11) elle répond par le degré n°(1)

Par contre nous avons déduit que dans les items n° 16 « modification dans les habitudes de sommeil », et item n°20 « la fatigue », elle a répondu par le degré n° (3) « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », « je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant », cette tension permanente a cause de sa maladie a entraîné chez notre sujet la fatigue et des troubles de sommeil.

Dans l'item n°(3) « échec dans le passé » et l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » le sujet répond par le même degré n° (2) « quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échec », « le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant ».

Présentation et analyses des résultats

Synthèse du cas 4 :

D'après l'analyse de contenu de l'échelle de dépression de Beck, nous avons constaté que M^{me} «N» a développé une dépression modérée, cela que M^{me} « N » peu dépasser sa dépression

5. Présentation du cas n°5:

M^{me} « D », âgée de 40 ans, mariée pour la 2^{ème} fois, après décès de son 1^{er} mari, demeurant à Bejaia, rencontrée dans notre établissement hospitalier privée clinique "les lilas" de Bejaia, femme stérile et, son niveau d'instruction 2^{ème} année secondaire femme au foyer est adressée pour une intervention chirurgicale, par le médecin qui est conventionné avec notre Clinique "les lilas".

Elle est la 1^{ère} d'une fratrie de 04 enfants, étant élevée par ses parents dans un milieu rural, elle s'est mariée à l'âge de 25 ans, le niveau socio-économique est moyenne.

M^{me} « D » vivait, avec la grande famille, en occupant un étage. Elle a mené une vie simple et classique.

M^{me} « D » a suivi plusieurs traitements gynécologiques depuis son mariage, mais aucun résultat efficace, en plus de ce dernier qui l'a vraiment démoralisé.

5.1 Présentation et analyse de l'entretien:

Lors de l'entretien, M^{me} « D », nous a décrit ses journées quotidiennes en disant: « j'ai rien à faire je suis tout le temps seule, je n'avais pas envie de sortir pour éviter toute discussion à propos de ma stérilité. »

Au moment de l'entretien M^{me} « D » présente des troubles de sommeil et un état de fatigue, M^{me} « D » se plaint d'avoir un sommeil agité, non réparateur, et de se réveiller toute les nuits vers 4 heures du matin en disant « presque toutes les nuits je me réveille vers 4 heures du matin » sa fatigue présente dès le matin en exprimant « tout les jours je ressens une grande fatigue que ce soit moralement ou physiquement. » et la contrainte à une réduction de ses activités ; en disant « de plus en plus j'ai du mal à terminer mes tâches ... » .

Au cours de l'entretien M^{me} « D » reçoit des difficultés à se concentrer sur ce qu'elle doit faire en exprimant « ...mes journées me semblent très longues »

Durant tout l'entretien on a constaté chez notre sujet de recherche une tristesse à travers ses mimiques, ses gestes et ses paroles : « quand je me vois toute seule, sans aucun enfant ni faire la moindre des choses, je me sens toute triste. »

Au moment de l'entretien et quand on lui a abordé le sujet des amies, elle nous a avéré qu'elle a des amies qui lui rendent visite chez elle, et qu'elle se sent heureuse ou même temps malheureuse de les voir : « quand mes amies viennent me rendre visite je me sens heureuse

Présentation et analyses des résultats

et malheureuse car eux ils ont pu continuer leurs études mais moi non, silence, après elle reprend a cause de ma maladie bien sur. »

M^{me} « D » révèle qu'elle pleure souvent au cours de la journée sans raison évidente en disant : « je pleurs pour la moindre des choses et dés fois je pleure pour rien...sans motif valable »

Au cours de l'entretien Mme nous a déclaré qu'elle a des changements entraine depuis peu des conflits avec dans le couples d'après ses paroles : « mon mari a trop changer envers moi... » M^{me} décrit une perte d'appétit qui s'accompagne du perte de poids en disant : « j'ai perdu 7kg en deux semaines ».

Synthèse du cas 5 :

On constate, un certain découragement chez notre sujet de recherche vis-à-vis de sa situation et ses résultats obtenus durant ses examens gynécologiques.

5.2 Présentation et analyse de l'échelle de Beck :

Tableau n° (5) résultat cas n° (5)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	00	Je ne sens pas triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
04	Perte de plaisir	02	Je n'éprouve autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être puni(e)
07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi-même	02	Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais
09	pensée ou désir de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider

Présentation et analyses des résultats

10	Pleurs	03	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable
11	Agitation	01	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	01	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre une décision
14	Dévalorisation	02	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	00	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	01	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changées
17	Irritabilité	01	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'a pas changé
19	Difficulté à se concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	01	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		29	
Degré de dépression		Sévère	

L'échelle de dépression de Beck démontre que Mme D, manifeste un sentiment de punitions dans l'item n° (6) « sentiment d'être puni » elle répond par le degré n°(3) « j'ai le sentiment d'être puni », et dans l'item n° (21) « perte d'intérêt pour le sexe » elle répond par le degré n° (3) « j'ai perdu tout intérêt pour la sexualité ».

Présentation et analyses des résultats

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi. Dans l'item n° (7) « sentiment négatifs envers soi même » quand elle a opté pour le degré n° (3) « je ne m'aime pas du tout » Mme D était si agité et stressé, à l'item n° (11) « agitation », elle répond par le degré n° (1) « je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude ».

Dans l'item n°(10) « pleurs » le sujet a répondu par le degré n° (3) « je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable. »

Dans les items n° (3, 4, 7, 8, 14, et 19) le sujet a répondu par le degré n°(2) par contre dans les items n° (5, 13, et 17) le patient répond par le degré n°(0).

Synthèse du cas 5:

Pour conclure, que Mme D, vit perpétuellement dans un état d'angoisse, de souffrance et de tristesse et cela d'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de Beck, ce qui a procuré chez elle un état de dépression sévère développé par sa stérilité.



Discussion Des Hypothèses

Discussion des hypothèses :

Après l'évaluation de l'échelle de Beck (BDI-II) et l'analyse des entretiens, on discute de nos hypothèses qu'on a supposées et ce qu'on va présenter, comme suite :

A l'aide des résultats donnés dans notre recherche sur cinq cas des femmes stériles, notre hypothèse qui est « la stérilité féminine provoque une dépression » c'est-à-dire, la stérilité féminine, est à la cause d'une dépression, car nos cinq cas ont développés une réaction dépressive avec des degrés différents pour chaque cas, on a trouvé que quatre cas souffrent de dépression sévère et un cas souffre de dépression modéré.

Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre la stérilité et la dépression (la dépression est causée par la stérilité).

Donc ce qu'on peut dégager de cette discussion que nos hypothèses sont confirmées et cela, du aux résultats obtenus de Beck sur la dépression.

Après une étude approfondie sur un groupe bien déterminé, qu'on généralise les résultats obtenus par notre recherche, ce qui mène à dire que la majorité des femmes stériles développent une dépression cela qui se diffère d'un cas à un autre : profond dans le cas n° 1, 2, 3, 5, et modéré dans le cas n° 4.

Enfin, on peut dire qu'on a confirmé nos hypothèses de recherche.



Conclusion

Conclusion

Tout au long de la recherche nous avons essayé d'aborder le phénomène de la stérilité et la relation avec la dépression, les résultats auxquels nous sommes parvenus et qui confirment notre recherche, nous ont permis de constater que la stérilité développe une dépression.

Durant tout au long de l'entretien nous avons constaté chez les femmes stériles étudiées, un sentiment de gêne envers leur maladie ce qui engendre chez elles des troubles de l'humeur. Au cours de l'entretien nous avons constaté chez la plupart des sujets étudiés une tristesse.

Au cours de notre stage pratique nous avons pu vérifier et confirmer de façon claire notre hypothèse de recherche qui suppose que les femmes stériles présentent une dépression, et le degré de cette dépression dépend de leur stérilité, cela grâce aux entretiens effectués et à l'inventaire de dépression de Beck qui nous a aidés à détecter le degré de la dépression chez les femmes stériles.

Nous avons tenté tout au long de notre recherche d'apporter des éléments de réponse aux questionnements posés, puisque les résultats obtenus ne peuvent être généralisés car la recherche est menée sur des cas « une étude de cinq cas qui ne permet pas la généralisation des résultats. »

En termes de ce travail, nous déduisons que la femme stérile souffre d'une dépression qu'il faut savoir prendre en compte et traiter. Et que le soutien psychologique est indispensable pour cette catégorie de femme.

De ce fait nous souhaitons voir d'autres travaux et recherches qui traitent le thème de la dépression chez, prenant les femmes stériles et d'autres facteurs de risque déclenchant la dépression chez ses malades.

A la lumière de ce qui précède, notre travail est qu'une initiation pour l'étude de la dépression chez les femmes; espérant qu'elle soit une ouverture pour d'autres recherches scientifiques. Parmi les suggestions qu'on peut annoncer sont :

I. Concernant la femme stérile :

Donner plus d'importance à la psychologie du phénomène « stérilité » et ne pas se limiter seulement à des traitements médicaux mais aussi à la prise en charge psychologique cela va permettre de gérer facilement le problème de stérilité.

Par rapport à la société :

- changer les présentations et les fausses idées portées à la stérilité et à la femme stérile c'est à dire de croire en explication scientifique.
- Changer la vision portée à la stérilité plus précisément féminine.

Conclusion

II. Par apport aux chercheurs :

Donner plus d'impotence à ce sujet « stérilité » en multipliant leur recherche et leurs travaux dans le but de porter plus de lumière pour remédier l'impact observé concernant la stérilité .



La Bibliographie

Bibliographie

La liste bibliographie :

- 1- Association Américain de psychiatrie. (2000), *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Washington, 4^{ème} édition.
- 2- Beck A.T, steer. et al. (1998), *Manuel de l'inventaire de la dépression*, Paris, centre de psychologie Appliquée, 2^{ème} édition.
- 3- Beck A. Steer, *Cohérence interne de l'original et révisé Beck Dépression Inventory*, Journal of Clinical Psychology.
- 4- Bourguignon O . (2005), (2006) , *déontologie des psychologues* , Espagne , Armand colin.
- 5- Besançon G. all. (2005) , *Manuel de psychopathologie* , Paris , dunot.
- 6- Bergeret J et all. (1995), *Psychologie pathologie, théorie Clinique*, Paris,Masson, 6^{ème} édition.
- 7- Cottraux J. (1999) , *les thérapies comportementales et cognitives* , Paris , Ed Masson.
- 8- Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* , 4eme édition, Masson.
- 9- Cottraux J. *les Thérapies comportementales et cognitive*, Paris, Masson, 3^{ème} édition.
- 10- Chahraoui .K (2003) , *l'entretien clinique* , Paris , Ed Dunod.
- 11- Chahraoui K. (2003) , *méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* , Paris , Dunod .
- 12- Capdevielle V . (2004) , *psychologie clinique et psychopathologie* , Paris , Armand colin.
- 13- Dancet C. (2004), *psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Armand colin.
- 14- Debray Q. (2006), *psychiatrie, syndrome et maladie, soin infirmier*, Paris, Ed Masson.
- 15- DR Martine D.G . (2011), *Stérilité et infertilité*, Paris, édition d'angle.
- 16- Deniker P. all. (1989), *précis de psychiatrie, Clinique de l'adulte*, Masson, Paris.

Bibliographie

- 17- DSM-IV : *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Paris, Ed Masson ,1996.
- 18- Engers M. (1997) , *Initiation pratique à la méthodologie des science humaines* , Paris , dunot.
- 19- Faure P.S .(2003), *désir d'enfant et stérilité*, Paris, GERCPEA texte et livre ; 2006.
- 20- Jeffrey N. (2009), *psychopathologie* , Paris, 2^{ème} Edition Pearson .
- 21- Benouny H . (2003), *méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- 22- George D, *la stérilité Masculine, le déni de male* , le genre humain n °10.
- 23- George K. (2004), *La dépression, approche cognitive et comportementale* , Ed l'harmattan
- 24- Martine B. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* , 4^{ème} édition, Masson.
- 25- Méchel L. (1998) , *Les maladies de l'humeur, dépression* ,Paris ,ed Estem.
- 26- Peddinilli J.K. (1994), *L'initiation à la psychologie Clinique* , Paris , Nathan
- 27- Peddinielli J. (2005) , *les états dépressifs* , Armand colin.
- 28- Palazzolo J . (2007), *Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Paris, Edition Masson.
- 29- Sarron C.(2004), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris , 2 éditions , Dunod.
- 30- Sillamy N .(2003) , *dictionnaire de psychologie* , paris, Ed la rousse.
- 31- Serge T . Liliane M. (1998), *Profession Aide-soignant*, 2^{ème} Edition, Henres de France.
- 32- Vera L. (2004), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris , 2^{ème} éditions ,Dunod
- 33- Guelfi J et Col .(1985) , *Dépression et syndromes anxio-dépressifs*
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs.

Bibliographie

34- Les sites internet :

35- http://WWW.Enceinte.Com/article_info/grossesse/la_conception/la_sterilite.ht/ le 18/04/2013 a 13h15mn.

36- <http://WWW.gfmer.Ch./Cours/Sterilite.Html/> le 14/04/2013 a 18h20mn.

37- <http://WWW.Vulgaris-medical.Encyclopedie/sterilite-psychologique-8362.html/> le 20/05/2013 a 21H47mn.



Les annexes

1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- 1 .J'accepte de prendre l'étude intitulée : « La dépression chez la femme stérile »
2. j'ai reçu de la part du psychologue investigateur une explication sur la a, les buts et la durée de l'étude, sur les contraintes et les bénéfices attendus, de même que sur que j'aurai à faire
3. J'accepte de coopérer totalement avec le psychologue investigateur, je lui signalerai tout changement inattendu ou inhabituel en cours d'étude
4. Je suis libre de quitter l'étude à tout moment sans que cela influe la qualité des soins que je recevrai ensuite. J'ai appris par ailleurs que toute nouvelle information survenant cours d'étude, et qui pourrait remettre en cause mon consentement, me sera communiquée
5. J'accepte que les résultats de l'étude soient communiquée aux autorités concernées et au COMITE NATIONAL D'EVALUATION ET DE PROGRAMMATION DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE, promoteur de cette recherche .Cependant, mon nom ne sera jamais divulgué .Je pourrai exercer mon droit de rectification auprès du psychologue investigateur.
6. Je donne mon accord pour que les représentants du promoteur et/ ou les autorités réglementaires puissent consulter mon dossier, afin de vérifier la qualité des informations collectées
7. Je suis informé (e) que cette étude sera conduite conformément à la législation algérienne en vigueur

Je confirme que j'ai reçu une copie de ce formulaire de consentement

Nom et Prénoms du patient (e) :

Signature :

Nom et Prénoms du psychologue investigateur :

Signature :

3. L'échelle de Beck:

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Âge :

La cosigne général :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la proposi :

1 Tristesse :

0. Je ne sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimismes :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3 .Echec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du.
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

.Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens c coupable pour bien des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatifs envers soi-même :

0. Des sentiment envers moi- même n'ont pas changé.
1. J'ai perdu confiance en moi.
2. Je suis déçu(e) par moi –même.
3. Je ne me m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi- même que je l'étais.
2. Je me reproche tout mes défauts.
3. Je me reproche tout les malheurs qui arrivent.

09. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleur pas plus qu'avant.

1. Je pleure plus qu'avant.
2. Je pleure pour les moindres petites choses.
3. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation :

0. Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable.
1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2. Je me sens moins valable que les autres.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1. J'ai moins d'énergie qu'avant.

2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modification dans les habitudes de sommeil :

1. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changées.
 - 1 a. Je dors un peu plus que d'habitude.
 - 1 b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2 a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2 b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3 a. Je dors presque toute la journée.
- 3 b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
1. Je suis plus irritable que d'habitude.
2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

0. Mon appétit n'a pas changé.
 - 1 a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
 - 1 b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2 a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2 b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3 a. Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3 b. J'ai constamment envi de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué (e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. Le guide d'entretien :

I- Les informations personnelles :

- 1. Nom.....
- 2. Prénom.....

3. Age.....
4. Niveau d'instruction : primaire secondaire lycéen universitaire
5. Date du mariage.....
6. Situation familiale
7. Est-ce que est une stérilité primaire ou secondaire ?.....

Axe 1 : le vécu de la femme stérile.

1. parlez- moi de votre état de santé ?
2. Comment, maintenant, vivez votre stérilité ?
3. Avez-vous quelqu'un stérile dans votre famille ?
4. Est-ce que vous désirez vraiment un enfant ?
5. Avez-vous su que vous n'étiez pas stérile avant que vous vous mariez ?

Axe 2 : le vécu au sein du couple :

1. qu'elle est la cause selon votre médecin traitant ?
2. Comment était votre relation avec votre mari du début de mariage ?
3. Qu'avez-vous ressenti quand vous avez su que vous êtes stérile ?
4. Quelle était la réaction de votre mari ? Constatez-vous un changement de sa part depuis qu'il le sait ?
5. Comment est ce que votre belle famille a réagit vis-à-vis de votre stérilité ?

Axe 3 : savoir la réaction et la situation de la femme vis-à-vis de sa stérilité :

1. Comment vous passez vos journées quotidiennes ?
2. comment – avez-vous réagit en apprenant que vous êtes stérile ?et quels étaient vos sentiments ?
3. avez-vous de changement de la qualité de votre vie ?
4. Avez- vous des insomnies ?
5. Avez – vous des anorexies ?
6. Qu'elle était votre vision pour l'avenir et votre devenir ?
7. Avez – vous un soutien pendant cette période ?

