

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

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

**EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME EN SCIENCES
SOCIALES.**

Option : PSYCHOLOGIE CLINIQUE.

***Les femmes stériles et leurs images du corps
Etude pratique : Cabinet médicale privé de
gynécologie
(Etude de 06 cas)***

Réalisé par :

-LaLaoui Ferial

-Ouabba Fatima

Encadré par :

M. GhouasYacine

Année Universitaire

2015-2016

Remerciement

Nous tenons à remercier vivement le bon dieu tout puissant de nous avoir donné la patience et la volonté pour accomplir ce modeste travail, lui qui nous a éclairé le chemin du savoir

Nous remercions M. Ghoulas pour avoir accepté de nous encadrer et de nous diriger avec ses orientations et ses précieux conseils aussi son soutien à tous moments.

Nous exprimons notre profonde gratitude à :

Mme. OUGVERGOUZ qui nous a donné l'occasion d'effectuer notre stage pratique.

Et particulièrement aux femmes qui ont accepté de participer à la réalisation de ce travail

Nos remerciements les plus sincères à :

L'ensemble des enseignants de la spécialité « psychologie »

On tient à remercier profondément :

Les membres du jury qui nous ont fait honneur d'accepter d'évaluer notre œuvre

Et en Fin, nous tenons à remercier toute personne ayant contribué à la réalisation de ce modeste mémoire qui nous a été bénéfique.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A Mes chers parents pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis toujours, pour leur amour, leur soutien, leur patience et leur encouragement. Qu'aurais, je fais par ailleurs sans le soutien de mon chère marie Nabil, pour leur sacrifice, leur aide et de m'avoir toujours rassurée et soutenue dans mes choix et leur encouragement, que ce modeste travail soit eux un modeste témoin de ma profonde affections et tendresse, que dieu les protège et les gardes en bonne santé.

A Mes beaux parents Lakhal et son épouse Baya.

A Mon chère frère Hamza.

A Mes chères sœurs Lamia, Kenza.

A Mes beau frère, Mourad et son épouse Ghania, Yacine et son épouse hanifa, feham.

A Ma belle sœur Nassima et son époux,

A Mes chères tante Zohra, wardia, yamina et son fils chérif.

A Ma chère grande sœur Dalila et son époux Hakim et ses fils didin, Walid.

A Mes adorable amies hassiba, Nabiha, lamia, loubna, Lynda, Samira, Karima.

A Mes chères copines Saida, Nadia.

A Ma cher binôme Feriel.

A tous ceux qui porte le nom Ouabba et Boulkaria.

A tous ceux qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de cité

Merci a tout

Fatima

Dédicace

Je souhaiterais dédier ce modeste travail qui m'est cher à ce qui m'ont tout donné sans rien en retour À ce qui m'ont Encouragée et soutenue dans les moments les plus Difficiles et à ce qui je dois tout

À mes chers parents pour leur amour et leur support continu, soucieux de m'offrir une meilleure éducation et de me garantir un bon avenir.

Que ce travail soit le témoignage sincère et affectueux de ma profonde connaissance pour tout ce que vous faites pour moi plus particulièrement aux personnes les plus importants dans ma vie

À mes frères Ali, Sofiane, Massinissa

À Mes sœurs Massilia, Tinhinane, Marwa

À Mon cher oncle Bachir et son épouse Ahleme

À une tante qui m'est cher Baya

À la personne qui j'ai souhaité sa présence ma Grand-mère Taous

À ma cher Grand-mère Zohra

À mes chère cousine Dalia et Meriem

À mes amis(es) son exception

À mes proches et tous ceux qui me sont cher

À mes adorable amies Ourda, Hanane, Sabrina, Saliha, Fouad, Hilal, bouzid, mima et Lydia

Particulièrement à ma chère copine Meriem et sa famille

À ma binôme Fatima

Merci à tous

LALAOUI FERJEL

Sommaire

Introduction

Chapitre I : Le cadre générale de la problématique

1- La problématique	5
2- L'hypothèse.....	8
3- Définition des concepts clé.....	8
4- Opérationnalisation des concepts.....	10
5- Intérêt de choix de thème.....	11
6- Les objectifs de la recherche.....	11

PARTIE THEORIQUE

Chapitre II : la stérilité féminine

Préambule.....	13
1- définition de la stérilité.....	13
2- L'évolution de désire d'enfant chez la femme.....	14
3- Les types de stérilité.....	14
4- Les causes de stérilité.....	17
5- Les conditions naturel de la fécondation.....	21
6- Diagnostic de la stérilité féminine.....	22
7- L'aspect psychologique de la femme stérile.....	24
8- Le traitement de stérilité.....	26
Conclusion.....	28

Chapitre III : l'image de corps

Préambule.....	30
1- Définition de l'image de corps et le schéma corporel.....	30
2- L'évolution de l'image de corps.....	31
3- Les composants de l'image de corps.....	32
4- Les sous composants de l'image de corps.....	33
5- Le corps en psychanalyse et le symbolisme du corps.....	37
6- Le corps en souffrance en psychanalyse.....	39
7- L'image positive et image négative.....	41
8- Schéma corporel et image de corps en psychologie.....	43

9- La position de l'image de corps selon certaines auteurs.....	44
Conclusion	49

Partie pratique

Chapitre IV : le cadre méthodologique de la pratique

Préambule.....	51
1- La Méthode utilisée	51
2- La pré-enquête.....	52
3- La présentation de lieu de recherche.....	53
4- La présentation de notre groupe de recherche.....	54
5- Présentation des outils de la recherche.....	55
6- Procédure de recueils de données.....	66
Conclusion.....	67

Chapitre V : présentation, analyse des résultats et discussion des

hypothèses

1. Illustrations clinique des cas.

le 1 ^{er} cas (Mme Fahima).....	69
2 ^{ème} cas (Mme Samia).....	77
3 ^{ème} cas (Mme Chaima).....	83
4 ^{ème} cas (Mme Baya).....	92
5 ^{ème} cas (Mme Siham).....	100
6 ^{ème} cas(MmeGhania).....	110

2. discussion des hypothèses116

Conclusion	119
-------------------------	------------

La liste bibliographique

Les annexes

Sommaire des tableaux

<i>Numéro de tableau</i>	<i>Le titre</i>	<i>page</i>
1	<i>Tableau récapitulatif des caractéristique de notre échantillon d'étude .</i>	54
2	<i>Le protocole de 1^{er} cas « Fahima »</i>	71
3	<i>Le psychogramme de 1^{er} cas « Fahima »</i>	74
4	<i>Le protocole de 2^{ème} cas « Samia »</i>	79
5	<i>Le psychogramme de 2^{ème} cas « Samia »</i>	81
6	<i>Le protocole de 3^{ème} cas « Chaima »</i>	87
7	<i>Le psycho gramme de 3^{ème} cas « chaima »</i>	89
8	<i>Le protocole de 4^{ème} cas « Baya »</i>	94
9	<i>Le psycho gramme de 4^{ème} cas « Baya »</i>	96
10	<i>Le protocole de 5^{ème} cas « Sihame »</i>	101
11	<i>Le psycho gramme de 5^{ème} cas « Sihame »</i>	104
12	<i>Le protocole de 6^{ème} cas « Ghania »</i>	109
13	<i>Le psycho gramme de 6^{ème} cas « Ghania »</i>	112

Tableau des banalités au Rorschach en Algérie

<i>Planche</i>	<i>Localisation</i>	<i>Contenu (Ban)</i>
I	G	Chauve-souris Papillon Oiseaux
II	G	Papillon Personnes, être humain : Homme, femme, enfant, clowns.
III	G /D1 D3	Personne, être humain : homme, femme. Papillon
IV	G	Humains ou humanoïde : Monstre, ogre, géant, fantôme, diable.
V	G	Chauve souris Papillon Oiseaux
VI	G/D1	Peau, fourreur (d'animal)
VII	D1/D2	Visage(s), têtes, figures...
VIII	D1	Animal : race canine ou féline, lion, tigre, léopard, loup, chien, chat...
IX	D3	Personnes : femmes, hommes, vieux, enfants.
X	D1	Araignée (s)

- Si moussi .A, Benkhalifa.M, « production et banalités au Rorschach en Algérie », 2004, P : 356.

Résumé :

Notre recherche a abordée la question de l'image de corps chez les femmes stériles.

Notre travail est focaliser sur la relation qui est entre l'image de corps et la stérilité ainsi les indicateurs de l'image corporelle chez les sujets atteinte une stérilité.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, nous sommes servis l'entretiens clinique semi directif et le teste de Rorschach.

On a illustré a partir de nos six cas que l'image de corps chez les femmes stérile est négative qui engendre mauvaise caractéristique de l'état psychique tél que : l'engoisse, estime de soi ,stress, la peur, corps abimé.....etc.

Les mots clé : la stérilité, l'infertilité, l'image du corps, Rorschach.

Introduction :

L'homme n'a pas toujours été un être très développé, et au cours de ses nombreuses réincarnations, il a eu parfois des comportements très sauvages sur tout ce qui concerne le plan sexuel ; ce qui fait que, l'âme fait une sorte d'obsession a propos de ce problème qu'elle n'arrive pas à sublimer de vie en vie.

Dans de nombreuses régions du monde, une femme passe à l'âge adulte quand elle devient mère, la maternité est source de fierté ,elle assure la continuation de la lignée, elle renforce les liens entre les famille d'une communauté qui aiment à partager leurs expériences et souvent elle garantit à l'épouse un mariage plus stable et sécurité économique ;étant donnée que l'enfant représente un rêve apportée de mains, surtout par le point de la tradition de se qui poussent les couples a se justifier devant autrui, mais aussi de se rassurer soi même ;une femme sans enfants est désignée sous de nombreux vocable une femme incapable de procréer ,une qui n'a jamais donné la vie, la femme incapable de procréer, la femme grassouillet. La stérilité a toujours été un véritable fléau c'est-à-dire qu'elle a toujours eu un pourcentage élevé. Mais à chaque époque les causes sont différentes.

C'est certainement très douloureux pour ce qui a un désir d'enfant de ne pas pouvoir en avoir. La stérilité reste méconnue et est considéré comme tabou important peu de couples osent aborder ce problème avec leurs famille et leurs amis, ce qui participe à leur isolement, la stérilité ébroulent fortement les deux partenaires mais peuvent le vivre différemment, chez l'homme cela est vécu comme une perte de virilité, par contre la femme a la crainte de ne jamais être mère et touchent surtout sa féminité.

Le vécu de stérilité chez une femme a une mauvaise répercutions sur elle , provoque plusieurs conséquences et souffrances que se soit pour elle ou

bien pour ce qui entourent , c'est pour cela qu'elle vit toujours une grande souffrance, dans un désespoir et de déception d'alerte, d'échecs, et d'anxiété finalement « signale d'un malaise corporelle » à l'issue désir de grossesse dans sont corps : elle rêve d'être enceinte, de sentir bouger le bébé , parfois elle se sont redevable de donner un enfant a son conjoint comme si elle n'accomplissait pas son rôle de femme. Elles se sont comme amputée d'une dimension vitale de sa féminité ; pour les femmes particulièrement cela peut devenir progressivement obsessionnel.

Cette situation de stérilité engendre des répercussions négatives, elle infecte le vécu de la femme sur le plan psychologique et relationnel, elles touchent plusieurs élément de la personnalité parmi ces élément on trouve « l'image de corps » c'est-à-dire la valorisation de son propre corps.

C'est ce qu'on a mené a choisir et essayé de comprendre à travers notre étude, on a évalué l'image de corps chez les femmes stériles on étudiant six cas de femme stérile a fin de voir si il ya une relation significative entre la stérilité et l'image de corps et ce qui caractérise l'image de corps chez ces femmes.

Pour réaliser cette objectif, nous avons reparti notre travail en deux partie ; la partie théorique et la partie pratique, dans le premier récapitule trois chapitre :le premier « La partie méthodologique », le deuxième chapitre « l'image de corps », Le troisième chapitre « l'image de corps » ; La partie pratique de notre étude englobe deux chapitre : un chapitre méthodologique, et l'autre est consacré a l'analyse des résultats obtenus des entretiens et le test administrer « Rorschach » aussi la discussion des hypothèses et une conclusion générale comme une synthèse de notre travail.

1. Problématique

« On veut avoir un enfant comme tout le monde, dans les conditions normales ! » (DR. Dajoux, 1979, P. 96-97) .

« J'aurai cette joie d'être enceinte, cette joie d'attendre pendant 9 mois, et puis d'accoucher, de souffrir... c'est pour avoir toutes ces joies... » (Ibid).

« C'est mieux d'avoir un enfant qu'on porte, quand vous le portez en vous c'est vraiment votre enfant » ; « la joie d'être mère, d'attendre pendant 9 mois.... » (Ibid).

Avoir un enfant, un bébé vous en voulez un, mais voilà, ce projet tarde à se concrétiser, car ce n'est pas possible pour tous le monde après plusieurs mois de tentatives sans résultat, vous vous impatientez et commencez à vous interroger sur votre éventuelle stérilité « un bébé, si je veux, quand je veux » devient « un bébé si possible ». (Pickmann C-N. 2001, p. 109).

Stérilité ! ce mot de neuf lettres qui, voyagent à travers l'histoire, faisait au passage réagir des religieux, des poètes, des médecins ou encore des magiciens, les anciens la considéraient comme un fléau, une calamité qui s'abattait sur toutes les femmes à cause d'un seul coupable qui avait irrité les dieux ; les médiévaux l'expliquaient comme conséquence directe du péché, alors que les contemporains la voient comme une maladie. C'est cette même stérilité qui provoqua tant de sacrifices de jeunes filles vierges pendant l'antiquité afin d'apaiser la colère d'appelons, tant d'humiliation et de souffrance chez les femmes stériles et tend de familles sans postérité, n'ayant laissé aucune trace de leur existence. (Giulia R et al, 2008, p. 04)

Chaque couple peut avoir une vie saine et agréable durant leur vie quelque soit leur situation mais vivre sans enfant sans pouvoir procréer est la situation la plus difficile et l'une des expériences les plus dures car il s'agit d'un

véritable deuil et ce dernier empêché le déroulement normale de leur vie ; chacun deux souffre silencieusement.

La femme considère « l'enfant est à moutier a nous » et l'homme pense « c'est ma femme qu'il fabrique c'est ma femme qu'il le met au monde »(Dr.Dajoux, 1979, p.98)

Entre 10 et 15% des couples Algériens, légalement mariés consultent un spécialiste pour des problèmes de stérilité .un couple sur 6 connait des problèmes de fécondité, le ministère de santé quantifie ce taux à 300000 couples stériles. (www.liberté-algerie-com.)

Les traitements proposés sont souvent longs et contraignants mais il faut garder espoirs, il n'est plus rare, de voir un couple présumé stérile finir par avoir un enfant, être stérile n'est dans bien des cas, plus une fatalité et désirer un bébé est de plus en plus rêve à apportée de main soit la stérilité temporairement ou non.

Il est difficile d'apprécier avec certitude la fréquence des couple stérile, car beaucoup soit qu'ils ne désirent pas d'enfant, soit qu'ils se résignent à leur sort ne viennent pas quérir le conseil médical et nuisent de ce fait à la valeur des statistique d'un couple sur six ou la responsabilité masculine entraînent dans 20% à 30% des cas, ce qui semble un peu estimé. La découvert de l'étiologie de la stérilité pose souvent de difficiles problèmes de recherche diagnostique, étant donnée à multiplicité et sa complexité.(Robert.C et all, 1977,p. 330).

Pour rester clinique nous envisagerons successivement les différentes de l'enquête étiologique pour présenter ensuite l'exposer synthétique des innombrable cause de stérilité parmi les quelles nous mettrons en évidence les

plus fréquemment rencontrées qui, à elles seules, doivent représenter 90% de l'effectif total. (Ibid, p. 331).

La perception que la femme stérile a d'elle-même et la façon dont elle voit son corps et le détermine quand elle prend la nouvelle de sa stérilité, il y a toujours un moment de perte et de manque, l'annonce de cette nouvelle tombe souvent comme un couperet. Et dans ce cas là chaque femme a une représentation spécifique de son image de corps qui représente une dimension très importante qui va favoriser leur soi, et si son corps procède ou pas leur image corporelle va se dévaloriser et la stérilité est l'une des obstacles qui touche la femme sur le plan physiologique et psychologique ; un sentiment de défiguration de sa féminité la femme fertile peut donner la vie et celle qui est stérile peut donner la mort, la peur la souffrance...

(www.cairn.info)

Le corps est considéré comme un représentant de la personnalité et chaque individu car le corps vit et exprime, c'est en lui et par lui que se sent agit, désir et crée.

La psychanalyse montre comment toute représentation de soi suppose la référence au désir de l'autre, c'est-à-dire à un lieu à la fois intime et extérieur au sujet.

La stérilité évoque chez la femme stérile un sentiment de manque et d'incapacité de la reproduction à attendre son désir est celui d'avoir un enfant...

En somme, l'attitude intérieure basée sur sa perception d'elle-même et la manière dont elle perçoit son corps ; c'est le point essentiel que l'on va essayer d'évaluer dans notre modeste travail afin de détecter la relation qui relie la stérilité de la femme et son image de corps par le bilet de teste rorschach.

Donc les questions qui se pose :

A ce que il ya une relation significative entre la stérilité et l'image de corps ?

Qu'est ce que caractérise l'image de corps chez les femmes stérile ?

2. les hypothèses

Pour répondre aux questions suscitées nous avons suggéré les hypothèses suivantes :

2.1. L'image de corps chez une femme stérile caractérise par : la surprise, le rejet, l'isolement, la colère, la culpabilité, l'estime de soi négative, la peur, l'affliction ainsi la résignation, corps abimé ...etc.

2.2. Il ya une relation significative entre la stérilité et image de corps.

3. Définition des concepts clé

3.1 La stérilité

Infécondité d'une façon générale, l'absence de progéniture inquiète les époux, après un certains temps de vieconjugale. Chez la femme, le désir d'un enfant peut être si vif qu'il entraîne parfois des manifestations psychosomatiques significatives telles que l'aménorrhée (suppression des règles) oumême la grossesse nerveuse, qui se traduit par tous les signes apparents de cet état.

Lorsque tout espoir de donner le jour à un enfant est perdu, l'épouse parait déprimée, elle peut présenter des troubles névrotiques et dans certains cas extrêmes, rechercher la mort. Heureusement avec les progrès de la gynécologie et de la génétique (insémination artificielle, don d'ovule, transfert d'embryon...)

Le cas de stérilité irrémédiable se fait plus rare. (Nobert .S, 2003, p : 255).

3.2 Image

imago, image d'une personne formée pendant la petite enfance.

Associée aux expériences précoces, aux frustrations et aux satisfactions infantiles, cette représentation porte une forte charge effective. Des sentiments ambivalents peuvent donner naissance à deux imagos contraires (bonne mère gratifiante et mauvaise mère frustration par exemple) selon que prédomine la bonne ou la mauvaise imago, le sujet aura une relation au monde différente. En effet, en vertu du mécanisme de la projection, imago agit comme une personne déformant (tendance à avoir chez certaines personnes de l'entourage les caractéristiques essentielles de l'image conservée) oriente nos sympathies et commande, en partie, nos relations interpersonnelles (Ibid)

Image

terme introduit par C.G.jung (1911) pour désigner une représentation telle que le père (imago paternelle) ou la mère (imago maternelle) qui se fixe dans l'inconscient du sujet et oriente ultérieurement sa conduite et son mode d'appréhension d'autrui.

L'imago est élaboré dans une relation intersubjective et peut être déformé par rapport à la réalité, ainsi, l'imago d'un père fort peut être substituée à un père inconsistant dans la réalité. (Henriette .B et all, 2011, p : 455)

Imago représentation inconsciente ; mais il faut y voir, plutôt qu'une image, un schème imaginaire acquis, un cliché statique à travers quoi le sujet vise autrui. L'imago peut donc aussi bien s'objectiver dans des sentiments et des conduites que dans des images. Ajoutons qu'elle ne doit pas être comprise comme un reflet du réel, même plus ou moins déformé ; c'est ainsi que l'imago d'un père réel effacé. (La planche ET J.-B. PONTALIS, p.196).

3.3. Le corps en médecine

Le mot « corps » en médecine employé dans le sens corps anatomique et physiologique, le malade évoque son corps à propos d'un symptôme, ressenti en un point plus ou moins bien localisé, du au mauvaise fonctionnement d'un organe dans son corps, le médecin fait le diagnostic par l'examen clinique des symptômes. le malade exprime une plainte portant, non plus sur un appareil de son corps mais sur une altération plus générale de la conscience qu'il a de son corps (Bernard .P, 1976, p151).

3.4. Image de corps

Produit par le corps lui-même qui est la manière dont le sujet perçoit son corps, elle correspond au corps perçu et l'image du corps proprement dite qui la représentation que le sujet a de son corps.(soulayrol.R,1996,p. 513).

La notion d'image de corps a été popularisée par P. Schilder dans un ouvrage paru aux Etats-Unis en 1950 : il montre combien la formation de l'image du corps joue un rôle déterminant dans la genèse de la représentation de soi. Cela est confirmé par le fait que les altérations graves du moi dans les psychoses, s'accompagnent généralement de distorsions importantes de l'image du corps. (R. Doron et all, 2013, p. 364)

4. Opérationnalisation des concepts

4.1. La stérilité

-C'est l'absence de grossesse après un à deux ans de mariage.

-c'est des femmes qui n'ont jamais enfantées et ayant des rapports normaux et n'utilisant aucun moyen de contraception.

-la stérilité a une origine médicale qui atteste la difficulté ou l'impossibilité d'avoir un bébé.

4.2. L'image de corps

C'est l'image mentale qu'elle a la femme vis-à-vis son corps, cette image peut être :

Positif ; quand elle a eu une image d'un corps parfait, satisfaisant, elle le perçoit dans son totalité.

Négatif ; quand elle a eu une image d'un corps incomplet abimé un corps qui ne fonctionne pas, une impression d'un corps qui a changé, elle le perçoit comme des partie.

5. Intérêt du choix de thème

Suite à une croissance de ce phénomène de stérilité soit chez les femmes ou homme, nous voulons voir de près ce phénomène sur le plan psychologique.

Nous voulons aborder ce thème de recherche la stérilité entant qu'une maladie organique à proprement parlé mais plutôt les conséquences qu'elle provoque sur la représentation de la féminité de la femme, sur la vision d'elle-même, et sur le déséquilibre psychologique qu'elle peut développer sur l'image du corps.

6. L'objectif de la recherche

-L'objectif de notre recherche est d'étudier La relation de l'image de corps avec la stérilité des femmes.

-Diagnostiquer la nature de l'image du corps par un test de Rorschach.

-Avoir une idée sur les caractéristiques psychologiques des femmes stériles et leurs visions sur leurs corps.

-toucher l'importance corporelle chez les femmes dite stérile..

Préambule

Le désir d'avoir un enfant est non seulement un besoin naturel, mais également la réalisation d'un rêve et la conséquence logique d'une relation à deux. Mettre un enfant au monde est certainement la plus belle preuve d'amour que l'on puisse donner à son conjoint. Malheureusement ce désir naturel n'est pas possible pour tout le monde...

1. Définition

1. 1. La stérilité

La stérilité féminine est définie comme l'incapacité d'une femme à concevoir ou à mener une grossesse à terme après au moins un an de rapports sexuels non protégés.

Une maladie ou un accident, ou être provoquée intentionnellement absence de tout micro-organisme vivant ou de toute supporte dans substance ou sur un objet quelconque.

Incapacité pour un être vivant de procréer, elle peut être congénitale, consécutive stérilisation. Ne pas confondre stérilité et impuissance. (A.Manuila et coll, 2004, p.481).

La stérilité est un diagnostic posé suite à des investigations médicales et psycho- sociales et attestant de l'impossibilité pour couple de procréer. Pour l'OMS la stérilité sont classé dans la liste des maladies. (Girard. Strohbach. M, 2006-2007, P.06).

La stérilité est définie par l'absence totale et irréversible de possibilité de procréation. (O. Paujade et all. P.271).

La stérilité : l'absence de grossesse après 2 ans de rapports sexuels réguliers sans contraception. (C. Blangez, 2010, p. 35).

La stérilité c'est l'incapacité totale pour un couple d'obtenir un enfant. Hormis quelque cas particuliers comme l'azoospermie définitive ; la stérilité

d'un couple ne peut être affirmé au sens strict qui au terme de leur vie reproductive. (B.Courbiere et all, 2014, p. 336).

1.2. L'infertilité

Correspond à l'incapacité d'un couple d'avoir un enfant.

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

Exemple :un couple ayant désiré un enfant et l'ayant obtenu au bout 6 mois a été infertile pendant 6 mois. (Ibid. p.335).

Nous appelons fécond un couple qui a conçu et fertile un couple qui est apte à concevoir. La fertilité est une potentialité contraire infertile, la fécondité est un fait : j'ai un enfant donc le contraire est l'infécondité on peut donc être fertile et infécond (avortement spontanés répètes par ex). (J.Lansac et all ,1998-2002, p. 350)

Pour l'OMS, l'infertilité est considérée comme une pathologie à part entière. Elle est définie par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception. (C.Blandin, Xavier, 2014, p. 335).

L'incapacité d'un couple à procréer ou à mener une grossesse à terme au bout d'une année ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés, sans méthodes contraceptive.

2 .L'évolution de désir d'enfant chez la femme

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

Et le couple parental est aussi capable d'envisager l'existence du future enfant comme individu au sein de leur famille ou pouvoir parler de désir d'enfant. il faut distinguer le désir d'enfant de désir de grossesse, ces deux désire ne sont pas forcément corrélés. Des femmes peuvent vouloir être enceintes sans autant désirer un enfant, D'autres n'arrivent pas à investir l'enfant réel, le désir de grossesse renvoie plutôt à la fonction reproductrice de la femme ; le désire peut apparaitre avec le souhait de vérifier ses capacités de fécondité, de s'assurer de l'intégrité de son corps et de son bon fonctionnement sur le plan physiologique. la grossesse apporte alors la preuve de fécondité et permet de s'affirmer femme. (Gorre-ferragu.2002, p .45).

Le désir d'enfant est considéré comme preuve de féminité tant il permet d'accéder à la maternité à travers laquelle la femme va vivre, réaliser sa féminité. Pour Françoise Dolto la maternité représente : « la dernière mutation d'une femme » c'est un besoin inscrit dans son corps et dans son esprit qui doit être satisfait, sinon il provoque une sensation de manque, le sentiment d'être mutilé (Françoise. D. 1999, p. 202).

L'enfant introduit la femme, par son corps, à la maternité qui sera preuve de sa sexualité en tant que femme. En effet un niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autre grâce à ce désir de maternité ; réel, imaginaire et symbolique (Stryckmans Nicole, 1993, p.19).

3. Les types de stérilité

3.1. Stérilité primaire

- couple n'ayant jamais eu d'enfant. (Blandine. C, Xavier. C, 2014, P.335).
- si la patiente n'a jamais présenté de grossesse (C. Blangez, p.35).
- la stérilité dite primaire s'il n'ya jamais eu de fécondation.
- absence de grossesse après un minimum d'un an de rapport sexuel régulier non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse.

3.2. Stérilités secondaires

-Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

-Dite secondaire si la femme, après une ou plusieurs grossesses et qu'elle qui a soit l'issus. Elle n'est pas fécondée alors qu'elle le désire.

-si la patiente a présenté de grossesse, même si cette grossesse n'a pas abouti à la naissance d'un enfant (interruption volontaire de grossesse, fausse couche, grossesse extra-utérine). (B. Christian, p. 35).

-couple infertile après 1 ou plusieurs grossesse, que celles-ci aient ou non abouti à un enfant (exemple GEU, FCS, IVG). (C. Blandiné. et C.Xavier, 2014, p.355).

3.3.Stérilité de nature psychique

C'est-à-dire d'une stérilité qui n'est pas expliquée ou qui ne s'explique pas .ce type de stérilité pathogène (maladie de)serait, selon les spécialistes en psychologie et en psychiatre, dû à l'inconscient qui ne satisferait pas les désirs de grossesse d'une femmes.il s'embles qu'environ 10% des infertilités seraient de nature psychique.

Concernent les couples qui n'arrivent pas à concevoir un enfant sans qu'aucune cause n'ait pu être détectée ces couples pourraient a priori avoir un enfant sans qu'aucun traitement ne soit nécessaire, il s'agit donc d'une infertilité inexpliquée. (M.Strohbach, 2006-2007, p.5).

Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

4. Les causes de stérilité

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

L'identification des causes d'infertilité est très importante car ce n'est qu'avec une bonne connaissance de l'étiologie que l'on peut établir un traitement efficace. Chez la femme on trouve notamment deux hormones FSH et LH produites par l'hypophyse sous la stimulation de la GnRH issue de l'hypothalamus.

-la FSH, hormone folliculostimulante, mène à la maturation des follicules ovariens qui produisent en réponse, de l'œstradiol ce dernier a comme rôle de préparer la muqueuse utérine à une éventuelle grossesse.

Ceci se passe tout au long de la première phase de cycle, qui dure environ 14 jours.

-la LH ; hormone l'utérinisant, stimule l'ovulation qui se déroule entre le 14^{ème} et le 16^{ème} jour. L'ovule est ensuite recueilli par la trompe, qui l' mène jusqu'au corps de l'utérus, c'est dans la trompes que se fait normalement la fécondation de l'ovule ,pendant une période favorable de quatre à cinq jours.si la fécondation a lieu, l'ouf se développe tout au long de son voyage de la trompes vers l'utérus, ou il s'implantera.si au contraire.il n'ya pas de fécondation, la muqueuse utérine revient à son état initial, en provoquant les menstruations.

Elles sont :

-d'origine féminine dans environ 30%des cas.

-d'origine masculine dans environ 20%des cas.

-d'origine mixte dans environ 40%.des cas.

-d'origine inexpliquée dans environ 10% des cas. (B.Christian, p. 35)

4.1. Les causes féminines

4.1.1 Les causes situées dans le vagin

- Infections du col de l'utérus ;
- sécrétion insuffisante de la glaire ou mauvaise qualité de la glaire,
- une très grande acidité de la sécrétion vaginale (hyperacidité vaginale). (Programme de santé sexuelle, p.21).

4.1.2 Les causes situées au niveau de l'utérus

- Fibrome utérine.
- Malformation de l'utérus.
- Déformation de l'utérus après des avortements provoqués ou des TST. (Ibid.).

L'utérus est donc la fibrose utérine bénigne ou les syndromes d'Sherman (une obstruction utérine par du tissu cicatriciel) sont également deux grandes causes d'infertilité utérine.

4.1.3 Les causes situées au niveau des trompes

- Trompe bouchée à cause des TST, des avortements glandistans, des infections, etc.
- Tuberculose génitale.
- Malformation des trompes.
- complications des interventions chirurgicales sur le bas. Ventre de la femme. (Ibid., P.22).

Les trompes

Mis à part les malformations à ce niveau, les pathologies le plus importantes sont les endométrioses, c'est-à-dire la présence de muqueuse utérine dans les trompes, et les infections, en particulier à chlamydia. Le risque d'une endométriose est l'implantation de l'œuf dans la trompe et sa conséquence est une grossesse extra-utérine, un risque l'état majeur pour la mère, si on traite pas à temps.

L'endométriase en particulier est une cause d'infertilité des plus communes : on estime que 10% des femmes Europe souffrent de cette pathologie, qui à elle seule est à l'origine de 30% à 40% des infertilités féminines. Malheureusement on ne connaît pas encore de traitement définitif et efficace pour une telle affection.

La trompe présente quatre tuniques : la muqueuse, la sous-séreuse suivant le segment, il existe d'importantes variations morphologiques qui traduisent une adaptation aux fonctions particulières de chacun. (Helene Barillier, 2006-2007, P. 15)

4.1.4 .Les cause liées aux mauvais fonctionnements des ovaires

- insuffisance hormonale.
- kyste de l'ovaire.
- Malformations de l'ovaire ou des ovaires. (M. Maillet, 1980, p. 70).

L'ovaire est le centre de production des follicules après la naissance, le stock d'ovocytes n'est plus régénéré, et donc le nombre d'ovules potentiels ne fait que diminuer au cours de la vie. D'une part, déjà à la puberté, leur nombre est très limité ; d'autre part, leur qualité commence progressivement à décliner avec l'âge. Parmi les pathologies ovariennes pouvant compromettre l'ovulation, on compte l'ovaire poly kystique ou encore les tumeurs ovariennes. Dans le syndrome de Turner. Maladie génétique rare liée au chromosome, les ovaires sont malformés, et trouve souvent une aménorrhée primaire, 4cm de long, 2cm de large et 1cm d'épaisseur, situés latéralement à gauche et à droite de la cavité pelvienne. Ils présentent chacun 6 à 8 grammes. Leur surface lisse blanc nacré chez l'enfant, devient bosselée pendant la période d'activité génitale. Ils s'atrophient et se ride après la ménopause. (H. Barillier, 2006-2007, p.14)

Les ovaires sont deux petits organes pairs ovoïdes aplatis en forme d'amande,

4-1-5 Les causes liées aux séquelles de l'excision

- Infection grave de l'utérus et des trompes

-Les causes congénitales : absence de l'utérus malformations du vagin et du col. (Programme santé sexuelle, « la stérilité du couple », 2006, p.22).

4-1-6 Cause anatomique

une mal formation des ovaires, de l'utérus ou des trompes(d'origine congénitale, chirurgicale ou lésionnelle).peut engendrer un défaut de migration de l'ovule ou de l'embryon ,de la fécondation ou de la nidation. C'est le cas notamment dans les obstructions vaginales, les malformations utérines.les occlusions tubaires. (M. Maillet, 1980, p :74).

4.1.6. Cause hormonales

Comme on a pu observer l'appareil reproducteur féminin est réglé par un fin contrôle hormonal qui peut facilement être perturbé par des maladies, le vieillissement, ou des facteurs environnementaux tels que certaines substances. Les troubles de l'axe dysfonctions de l'hypothalamus troublant le développement ovocytaire, etc....

4.2. Cause génétique et ces troubles

Parmi les nombreuses causes d'infertilité des deux sexes, on compte celles qui sont d'origine génétique .celles-ci peuvent être identifiées dans le cadre d'un conseil génétique .il est très important d'identifier l'anomalie du gène en question, car en plus de permettre d'établir le mode de fécondation le plus indiqué, le diagnostic génétique permet un aperçu du risque de transmission de l'infertilité ou d'une autre pathologie congénitale.

Chez une femme d'âge avancé, les ovules peuvent présenter des variations numériques ou structurelles des chromosomes. De plus, un grand nombre de maladie génétiques .chez la femme résulte en une insuffisance ovarienne ou une réserve affaiblie d'ovocytes.

4 .2.1. Trouble de la migration

-Hydrosalpinx bilatérale, aspect hystérographique.

-Hyrosalpinx : aspect coelioscopique.

4.2.2. Trouble de l'ovulation)

Courbe thermique.

4.2.3. Trouble de la nidation

- Synéchie utérine traumatique.
- Trouble de la réceptivité de sperme 3%
- Glaire opaque épaisse infectée.
- Test de huhner.

5. Les conditions naturelles de la fécondation

5.1. Chez le couple il faut

Des rapports complets, à intervalles assez rapprochés pour que l'un d'entre eux intervienne dans la période de fécondabilité de la femme. (collège national des gynécologue et obstétriciens,2010-2011, p.5).

5. 2.Chez la femme

- une ovulation régulière de qualité, correcte, des trompes bien perméables, un appareil génital permettant les RS complets, et donc le contact spermatozoïdes-glaire, une glaire cervicale de bonne qualité, une muqueuse utérine réceptive, propre à la nidation. (Ibid. p.5).
- la glaire cervicale sécrétée par le col utérine doit être favorable en période péri-ovulatoire à la migration des spermatozoïdes.
- l'appareil génital féminin doit permettre l'ascension des spermatozoïdes jusque dans les trompes. L'ovocyte est recueilli au niveau de l'ampoule tubaire après l'ovulation.
- l'ovulation nécessite au préalable une croissance et une maturation folliculaire. Le bon fonctionnement ovarien dépend d'un bon fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, qui sécrète les gonadotrophines (FSH et LH) et d'une réserve ovarienne folliculaire adéquate (cf. A savoir : la réserve ovarienne).

-les trompes doivent être perméables pour permettre la migration de l'embryon de l'ampoule tubaire jusque dans la cavité utérine. Vers le 7eme jour,

L'embryon s'implante au niveau de l'endomètre. (B.Courbiere. X. Carcopino, 2014, p. 337).

6. Diagnostic de la stérilité

6.1. Interrogatoire de la femme

Cycle : âge de la puberté, régularité et durée des cycles, périodes d'aménorrhée.

Les antécédents médicaux : -diabète, HTA, obésité, dysthyroidies,tuberculose
....

T tabagisme, toxicomanie,

Groupe, Rhésus, immunité pour la rubéole, toxoplasmose, hépatite B ,

Antécédents chirurgicaux (appendicectomie...),

Antécédents gynécologiques : condylomes, salpingite (germe en cause), infections sur stérilet,

Utérus : cloisonutérine, synéchies, fibrome (nombre, taille, localisation), conisation ;

Trompes : plastie tubaire, GEU (type de traitement), état de la trompe controlatérale, ligature tubaire,

Ovaires : kyste (type, kystectomie ou ovariectomie),

Endométriose : stade, évolution ;rectorragies cataméniales(endométriose digestive),dysurie (endométriose urinaire) ;

Antécédents obstétricaux :

Grossesse spontanée ou induite, partenaire, issue de la grossesse,

Complications pendant la grossesse, mode d'accouchement,

Fausses couches et IVG : nombre, terme, type de traitement.

6.2. Examen clinique

Poids, taille, IMC, TA, FC, pilosité.

Examen des seins

Examen gynécologique : imperforation hyménale, anomalie du clitoris, état de la glaire cervicale, cloison vaginale, présence de 2 orifices cervicaux (malformation utérine), TV : taille de l'utérus, position, recherche de nodules d'endométriose, de fibromes, de kyste ovarien.

6.3. Examens complémentaires chez la femme

6.3.1 Courbes monothéiques

La patiente note sa température tous les matins à horaire Fixe, pendant trois mois. La température est de 36,5 en début de cycle.

6.3.2. Test post-coïtal de HuHner

Ce test étudie le nombre et la mobilité des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. Le test est effectué en période pré-ovulatoire, après un rapport sexuel la veille (5 à 12 heures avant le test). On réalise des prélèvements vaginaux, de l'exocole et de l'endocole. On apprécie : la qualité de la glaire cervicale par le score d'insler, qui doit être d'au moins 10/15 pour que le test de Huhner soit interprétable ; le comportement des spermatozoïdes dans la glaire (le test est positif si on retrouve au moins 4 à 5 spermatozoïdes mobiles par champ)

6.3.3. Bilan hormonal

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

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

6.3.4. Autre examens biologiques

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

6.3.5. Echographie pelvienne

Elle recherche ; un kyste ovarien, des ovaires micropolykystiques (plus de 10 follicules par ovaire).elle évalue le nombre de follicules et leur taille ; un fibrome utérin, un polype, une malformation utérine, une hypertrophie de l'endomètre ; un hydrosalpinx.

6.3.6. Hystérosalpingographie

Elle est prescrite principalement à la recherche d'une pathologie tubaire, et évalue l'état de :-la cavité utérine : polype, fibrome, cloison, malformation utérine, synéchie, adénomyose, les trompes : passage uni/bilatéral, phimosis, hydrosalpinx, Hystéropie : elle est réalisée à but diagnostique ou opératoire en cas de lésion (polype, fibrome, cloison, synéchie, cœlioscopie, indication. hystérosalpingographie anormale, suspicion d'endométriose, stérilité inexplicée. (Olivier et all, p. 272-275)

7. L'aspect psychologique de la femme stérile

Au-delà de la dimension physique et pratique, la stérilité comporte une forte dimension psychologique, aussi bien pour un des conjoints que pour le couple. (<http://fecondites.allianceetfecondite.org/psycho/index.html>.)

Ainsi, l'état émotionnel des couples face à la stérilité est d'une grande importance. Une stérilité passagère mais durable. Vécue comme irréversible peut parfois mener à un déni de grossesse. Ou au contraire un très fort désir d'enfant qui ne se réalise pas peut mener à une grossesse nerveuse, les témoignages des lectrices confrontées à la stérilité à ce titre sont émouvants.

La conscience et la reconnaissance de l'existence d'un problème. C'est la phase durant laquelle prédominent des sentiments de colère, de dénégation, de culpabilité, de rancune, d'apitoiement sur soi-même et de la jalousie.(Ibid)

Les couples cherchent des réponses les examens médicaux aux quels ils se soumettent pour déterminer la cause de leur infertilité peuvent être exténuants et générateurs d'anxiété .Pour de nombreux couples les examens médicaux deviennent une préoccupation envahissante une fois le problème identifié, certains couples se sentent soulagés d'avoir trouvé la cause de leur infertilité qui peut désormais être résolue. Mais pour d'autres la preuve de l'existence d'un problème peut faire naître des sentiments de culpabilité, de rancune, de colère, un manque (pourquoi moi), ils peuvent également se sentir honteux et gêner de ne pas fonctionner « normalement ». (P.C. Noëlle, p.117).

Pour environ 10% des couples, aucune cause spécifique d'infertilité e peut être identifiée, d'où une amplification de leur stress ou, en l'absence d'une cause reconnue, ils peuvent penser qu'un traitement aura moins de chance de succès. Les couples ont besoin de parler à des personnes qui comprennent et connaissent leurs sentiments et d'être assurés que, malgré le caractère envahissant des examens, cette phase est primordiale dans la détermination d'un traitement adapté à leur cas. Des groupes de soutien aux patients et des conseillers expérimentés peuvent souvent jouer un rôle clé à ce stade, pour les couples qui n'obtiennent pas de grossesse après plusieurs cycles de traitement, la décision de poursuivre le traitement dépend de leurs désirs et est prise après consultation avec le corps médicale. (Ibid.).

Après plusieurs tentatives infructueuses, amibe le moment où les couples Peuvent être a menés à prendre la décision de poursuivre ou d'interrompre la thérapie.

La décision d'arrêter le traitement s'accompagnera de sentiments de chagrin, de vide de tristesse, d'épuisement et parfois également de soulagement. Cependant,

en permet cette décision, les couples e donnent du temps pour redéfinir leurs priorités et se fixer des objectifs, ouvrant ainsi la voie à une résolution de leur problème, la solution consiste à s'accorder une pause dans le traitement et essayer à nouveau plus tard pour certains, et pour d'autre, ce sera la décision d'adopter, d'autre encore décideront délibérément de mener une vie sans enfant.

Pour faire face à tous les difficultés et à soulager le fardeau psychologique.

Les partenaires doivent traverser ces moments difficiles ensemble. C'est le couple qui est traité et non un individu, les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le médecin devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscients que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux. Savoir les partager peut aider à les surmonter. (Le programme de santé sexuelle, p.7)

Devraient lire le plus possible sur l'infertilité et en parler avec des personnes ayant connu des problèmes similaire, devraient accepter de traverser des périodes de dépression et d'anxiété, devraient rechercher un soutien psychologique auprès d'amis, de membres de leur famille ou d'un groupe de soutien aux couples infertiles, devraient arrêter le traitement avant que leur découragement et leur sentiment d'impuissance ne deviennent incontrôlables. (Ibid.)

8. Le traitement de la stérilité

-c'est le stade auquel la fertilité gouverne entièrement la vie du couple, ou le stress atteint son sommet, lorsque des traitements invasif peuvent devenir psychologiquement et physiquement épuisants.

-La période de traitement est souvent un moment dominé par des sentiments de colère de frustration, d'anxiété et le sentiment d'être des victimes, des médicaments, des médecines et de la technologie.

-Au début du traitement, les couples connaissent une excitation intense et un grand espoir de succès, pouvant être suivi de déception et de tristesse si une grossesse ne survient pas.

- **Les solutions**

Connections de l'équilibre nutritionnel chez certaines femmes de poids normal.

Réduction de l'activité physique dans les cas d'anovulation des sportives surentraînées.

-Traitement chirurgical.

-Anastomose tubaire.

-Hystérosopie opératoire : uterus choismée, fibromes ou polypes intra cavitaires, synéchies.

-antibiotique : endométrite, cervicite.

-irrigation vaginale alcalinisant : hyperacidité de la glaire cervicale.

- les procréations médicalement assistées (PKA).

-l'inséminationintra vaginal : certain cas d'impuissance.

-l'inséminationintra cervicale : des cas d'impuissance, d'hypospadias, d'hypospermie ou d'oligo et /ou asthémozoospermie modérée, anticorps, anti spermatozoïdes dans la glaire cervicale.

-La fécondation in vitro :(FIV)

La FIV est une technique de PMA qui consiste à féconder des ovules en dehors du corps humaine (eu laboratoire), Grace aux ovocytes de la femme et aux spermatozoïdes de l'homme, puis transférer le ou les embryon(s) obtenu(s), s'il y en a, directement dans l'utérus de la femme.

On l'appelle également FIVETE fécondation in vitro et transfert d'embryons. (charle canstantine, 2010, p : 22)

La FIV est proposée aux couples en cas d'anomalie tubaire (obstruction ou absence de trompes)

Stérilité tubaire incurable.

Stérilité musculaire après échec de thérapies pharma chirurgicales ou d'insémination artificielle.

-l'endométriose ; la stérilité immunologique on cette d'origine inexpliquée.

(Hhp://www.g f mer.ch/cours/stérilité.html)

En moyenne, la FIV obtient 21% de grossesse par ponction, de 26% par transfert d'embryons. Environ 72% des grossesses obtenues sont des grossesses uniques. Les grossesses aboutissent dans trois quats des cas à une naissance. (charle canstantine, 2016, p : 22)

Conclusion

La stérilité elle menace tous les aspects de la vie à deux :elle n'affecte pas uniquement les relation entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement quel que soit la manière dont le couple cherchent à résoudre leur infertilité, il doivent avoir pleine conscience du fait que le chemin à parcourir entre la prise de conscience du problème et sa résolution passe par différent étapes pour arriver à adopter la solution la plus pertinente.

Préambule

La notion de l'image de corps est employé en psychanalyse avec des significations différentes ; cette image du corps considéré comme un représentant de la personnalité de chaque individu leur construction débute dès la première année de la vie, ainsi sa construction s'appuie sur des facteurs à la fois sociaux et psychologiques.

Malgré l'ambiguïté de l'expression « image de corps » dans les cadres des disciplines et des approches, nous nous intéressons ici à l'image de corps d'un point de vue psychanalytique.

1. Définition de l'image de corps et schéma corporel

1.1. L'image du corps

Est la manière dans laquelle le sujet perçoit son propre corps, car celui-ci ne peut jamais être appréhendé en lui-même, soit dans son contenu matériel. L'image de corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire, elle se structure par la relation et demeure inconsciente. C'est l'aboutissement de la construction de l'identité psychique et corporelle « ce corps n'a pas de visage, il n'a aucune réalité apparente ».

1.2. Le schéma corporel

A été décrit essentiellement par les neurologues et c'est aux psychanalystes que l'on doit le dégagement de la notion d'image du corps. (P. André, 2004, p. 20-21).

1.3. L'image de corps selon certains auteurs

Sanglade, définit l'image de corps comme : la représentation mentale, inconsciente de soi, de son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité c'est le sentiment vital d'être entière (non morcelé) d'être le même (non dissocié)

d'être soi (avec une délimitation corporelle et psychique), différencier des objets externes. (Delassus-jean-Marie, 2010,p. 195).

Gisela pankour, l'image du corps nous permet de préciser comment un sujet habite son corps grâce à sa fonction de représentation du corps autant que structure spatiale et exprimant un lien entre les différentes parties du corps et sa fonction de représentation en tant que contenu et sens en lien avec l'histoire du sujet, ses relations son environnement.

2. L'évolution de l'image de corps

2.1. La phase orale

Durant la première année le plaisir buccal va être prédominant et cela va se manifester indépendamment des besoins psychologiques, c'est-à-dire que le plaisir ressenti est indépendant de la satisfaction physiologique de ce besoin qui est la fin. L'enfant prend plaisir à la succion, il peut donc sucer le sein maternel « à vide » ou un autre objet simplement pour le plaisir. On dira que la pulsion sexuelle ou « libido » s'étaye qu'est la faim (Wallon H, 1987, p. 41).

2.2. La phase anale

Elle apparait à la fin de la première année et correspond à l'intérêt pour le plaisir que procure l'excitation de la muqueuse anale. Alors que le stade oral exprime une situation de dépendance de l'enfant qui résulte de la maîtrise de l'excrétion et le signe d'une prise d'autonomie de l'enfant relativement à sa mère. Il parvient à distinguer le monde extérieur qu'il maîtrise et le monde extérieur qui ne lui cède pas toujours. Il exerce un pouvoir sur lui-même et son entourage, il a la capacité de dire non, de donner ou pas, de faire (plaisir) ou de ne pas faire (plaisir). Il convient donc d'insister sur l'importance de la relation à l'autre durant la période anale. (Ibid. p.43).

2.3. La phase phallique

Le corps de la période phallique, période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle et achève l'unité émotionnelle du corps par l'intermédiaire de l'identification aux parents du même sexe. (Ibid. p. 44).

3. Les composants de l'image de corps

3.1. Le corps réel

C'est le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu. C'est en quelque sorte une composante de l'environnement. Le corps réel change à la fois parce qu'il vieillit d'une part, et parce qu'on l'utilise en permanence d'autre part. De même, les traumatismes, le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer d'une manière radicale le corps réel. Un regard réaliste sur la possibilité et les limites du corps réel constitue souvent l'élément déclenchant d'une réflexion autour de ce qui menace l'image corporelle et d'une prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle. Quand le corps réel change, il s'écoule un certain laps de temps avant que l'image corporelle change. Elle aussi, durant ce laps de temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit. (Bop P, 1998, p.175).

3.2. Le corps idéal

C'est l'image mentale du corps rêvé et des prouesses que devrait accomplir, la conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par la publicité et les diverses modes concernant la forme physique et la santé. L'image mentale du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne. (Ibid, p.186).

3.3. L'apparence

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal et c'est pour essayer de faire correspondre le rêve à la réalité que l'on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est littéralement, la façon dont on se présente son corps au monde extérieur : la façon d'habiller, de se coiffer, et de se soigner sa représentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser de matériel d'appoint comme une canne ou appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne. De même la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps réel) peut aussi changer radicalement l'apparence. (Ibid, p.186).

4. Les sous composantes de l'image de corps

4.1. La sensation de continuité d'existence

Reliée au fonctionnement de la sensorialité, fait démontré par la neurologie, et au développement psychoaffectif, tel que prouvé par Winnicott, le sentiment de continuité d'existence représente une étape cruciale dans le développement de l'enfant. C'est l'une des bases de l'image de corps, en cas de pathologie autistique, le malade va chercher à l'entretenir, à le maintenir, constamment et de façon extrêmement invalidante, en recourant à une mobilisation sensorielle qui peut être prolongée ou permanente. Ce sont les stéréotypies ou certains types d'accrochage sensoriel. Les techniques de parking, parfois décriées mais relativement efficaces sur le plan thérapeutique si l'indication est bien posée, restent une réponse de choix dans ces cas : « ça m'aide à me sentir exciser » dit Youri, préadolescent psychotiques de 12ans. (E. Pireyre, 2011, p.56).

4.2. L'identité

L'identité doit prendre sa place dans une conception composite de l'image du corps. Elle se construit dans le contexte sensoriel, à partir de la sensorialité-se percevoir en train de percevoir et du dialogue tonico-émotionnel des premiers temps de la vie. Les parents assignent son identité à leur enfant.

Chez ces derniers, il doit y avoir congruence entre les phénomènes conscients dans cette étape de l'assignation l'identité est un concept psychomoteur.

4.3. L'identité sexuée

Au cours du développement, l'identité sexuée se construit beaucoup plus tardivement (jusque vers la fin de la 2^{ème} année) que la différenciation biologique des sexes (fin de 4^{ème} mois de grossesse) en complément des sensations corporelles, l'assignation, consciente et inconsciente, par les parents ainsi que des croyances subjectives et sociales participent à cette construction. Des circonstances particulières peuvent faire vaciller l'identité sexuée. La pathologie psychiatrique nous montre des troubles en ce domaine. (E. Pireyre, 2011, p.71).

4.4. La peau dans l'image de corps :

La peau de bébé est très immature à la naissance elle est vite investie par la relation à l'autre et par la libido. Ces deux caractéristiques en font un endroit très particulier du corps. D-Anzieu fait l'hypothèse de l'existence d'une véritable peau psychique qu'il a appelée moi-peau. La pathologie montre à quel point l'atteinte du moi-peau invalidante.

4.4.1. Les orifices du corps présentent des propriétés communes

Muqueuse délimitant fine et richesse de l'équipement sensoriel assurent les bases d'investissement relationnel très marqué au cours du développement

psychoaffectif de l'enfant. la place de la peau et des orifices dans l'image du corps est donc indéniable. (E. Pireyre, 2011, p. 86).

4.5. La représentation de l'intérieur de corps

L'intérieur du corps est vécu de façon très particulière dans la maladie psychiatrique. il est perçu comme nous et/ou plein d'air. Pour expliquer cette constatation, il nous suffit de savoir comment se développent les os dans les 1^{er} temps de la vie. Immatures longtemps, ils peuvent aller jusqu'à se chevaucher les uns les autres pendant l'accouchement. L'immaturité osseuse et tonique donne au bébé un vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement (et donc de manque d'arrière-fond).

Par ailleurs, en l'absence d'axe corporel solide et d'un tonus suffisant, l'enfant peut avoir l'impression que son tronc n'est qu'un « tub » permettant la circulation de fluides liquides ou gazeux qui traversent le corps de part en part. la peau physique encore en construction peut sembler fragile et l'impression de risques d'éclatement peut survenir. Crever et se vider sont des peurs fréquentes chez les enfants autistes et psychotiques.

4.6. Le tonus

Est fortement influencé par l'état de la maturation neurologique. il évolue pendant les premiers temps de l'enfance en se construisant à partir de schémas prédéfinis mais aussi à partir des caractéristiques des premières relations de l'enfant (dialogue tonico-émotionnel de Wallon et Ajuriaguerra). de la qualité de ces premières relations peuvent découler des anomalies toniques plus ou moins pathologiques et sans aucune base organique, hypertonie, paratonies et syncinésies en sont des exemples. il s'agit alors de traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles. (E. Pireyre, 2011, p.11).

4.7. La sensibilité somato-viscérale

Les seuils sensoriels sont différents d'une personne à une autre. Ce phénomène s'explique très bien par l'implication de deux mécanismes :

-le cheminement de l'information sensorielle en route vers le cortex est sous contrôle du cortex lui-même ou de la formation réticulée.

-l'inhibition latérale permet un traitement local de la stimulation sensorielle.

Sachant cela, il nous fait reconnaître qu'il n'existe pas de « sensation » (c'est-à-dire une information sensorielle non traitée par le système affectif et/ou cognitif) qui court de la périphérie aux centres cérébraux, n'existe que la perception qui est en fait un traitement, des plus précoces affectif et/ou cognitif, de l'information sensorielle.

L'attention assure un lien entre la sensorialité et les affects. A ce titre, il est légitime de considérer que le démantèlement proposé par Meltzer concerne l'image du corps même titre que les niveaux des différents seuils sensoriels.

-les angoisses archaïques reliées au corps le plus souvent, sont observables chez le bébé ,en pathologie psychiatrique grave et chez l'adulte « tout-venant ».elle montre de ce fait même que chute(vue comme la conséquence d'un effondrement tonique survenant à la (dé)faveur d'une rupture relationnelle pour le tout petit, morcellement (à comprendre comme la conséquence pour le bébé de son immaturité neurophysiologique), liquéfaction (liée au tonus et à l'angoisse de chute) et dévoration(probablement plus élaborée et en lien avec des mécanismes psychoaffectifs « kleiniens »), parmi d'autres non développées ici, appartient au développement de l'enfant. Inscrites profondément dans notre inconscient, elles restent vivantes dans certains aspects de nos cultures, de nos loisirs ou encore de nos personnalités. (E. Pireyre, 2011, p.152).

4.8. La compétence communicationnelle du corps

Le corps est doté d'un système de communication très sophistiqué. Il passe par des canaux bien déterminés qui représentent ensemble ce que l'on appelle dialogue tonico-émotionnel, à la suite de Wallon et d'Auriaguerra. Attitudes, modifications toniques, mimiques, gestes et déplacement, ainsi que les émotions en sont les éléments de base. Regarde et écoute complètement cette liste. Chacun, en fonction de sa propre histoire et de contexte socioculturel, utilise subjectivement cette forme de communication. Les données apportées par la théorie des neurones miroirs ainsi que l'illusion de la possibilité de fusionner avec le corps de l'autre complètent les arguments en faveur d'une inclusion des mécanismes de communication corporelle dans l'image composite du corps. (E. Pireyre, 2011, p.136).

5. Le corps en psychanalyse et le symbolisme du corps

La métapsychologie freudienne décrit le fonctionnement de l'appareil psychique. Il faut pas oublier que le « corps » est un organe de connaissance qui, dans le fonctionnement pragmatique du discours participe à la proposition symbolique et si le sujet s'y présente c'est que le présent est son temps d'existence et que la modalité pragmatique est sa base essentielle, ce n'est donc pas par défaut que le sujet se manifeste dans le symbolisme du corps mais parce que son renforcement est devenu nécessaire et prioritaire par rapport à ses relations d'objet.

En cela nous suivons le modèle freudien du refoulement originaire ou à défaut de s'appuyer sur une énergie, intrasystémique, la défense s'appuie sur les autres systèmes pour mobiliser une énergie de contre-investissement. (E. Feragut, 2003, p.40-41).

5.1 Le point de vue économique

Nous considérerons donc le problème économique non pas seulement par le déplacement la fixation ou l'accumulation de quantités d'excitation, mais dans une logique de seuil par l'éventuel é de mouvements de retournement, ou de cycles répétitifs. Le battement qui se produit sur le fil d'une limite implique des modifications dans l'économie narcissique du sujet. Il conviendra de préciser la position d'instance régulatrice-dé régulatrice de cette seule limite. Nous y reviendrons en évoquant le rôle du traumatique originaire et des traumatismes originaire successifs. Quels transferts d'énergie et de (représentante) peuvent s'effectuer entre la fonction expressive et la fonction codifiante lorsque le narcissisme en péril fait appel à l'ensemble de ses défensifs.

Une question se pose aussitôt. Si nous nous référons à un économique différent de celui de la névrose, sommes-nous encore bien justifiés de classer la somatisation dans le registre de la névrose ? C'est là qu'il faudrait de classer la pertinence d'opposer les deux modèles de façon exclusive ou de rendre complémentaires. (Ibid.).

5.2. Le point de vue dynamique

La dynamique, dans la métapsychologie freudienne, ne s'applique qu'au champ des représentations, les faisant passer par le préconscient dans les sens du refoulement a pris une signification conflictuelle, s'est inscrit dans le sens, dans la version expressive du signifiant. Autrement dit, la dynamique du refoulement laisse en friche ce qu'il en est de fonction codifiante. C'est-à-dire du signifiant stricto sensu. Avant qu'il ne s'applique au champ de l'expérience vécue pour le traduire en signifiés. Pour autant, peut-on croire que ces deux fonctions soient isolables et séparables sans résonance réciproque. (E.Feragut, 2003, p.40-41).

5.3. Le point de vue topique

Les instances dominant la période archaïque du fonctionnement humain sont, pour autant qu'on en puisse juger, moins nettement situées autour du conflit pulsionnel d'objet qu'en frontière délimitant le domaine du hors soi et du soi-même. L'observation de tous jeunes enfants montre une activité narcissique répétitive d'exercice de réflectivité révélant une logique de limite et de discriminant. C'est une activité idéalisant puisque elle projette et introjecte ce qui lui-même, lui échappe et lui revient marqué du désir de l'autre.

La turbulence excessive des traumatismes peut pérenniser un tel fonctionnement à un niveau d'investissement qui ne sera jamais suffisamment tempéré par l'autre instance. (Ibid.).

6. Le corps en souffrance en psychanalyse

6.1. La douleur physique retient deux raisons

La première a été pointée par Freud dans l'esquisse d'une psychologie scientifique(1895). Comme chacun de nous a pu le vivre, une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser. La douleur n'est pas le contraire ou l'inverse du plaisir : leur relation est asymétrique. La satisfaction est une expérience, la souffrance est une épreuve. Le plaisir signe la délivrance d'une tension, le rétablissement de l'équilibre économique. La douleur force le réseau des barrières de contact, détruit les frayages qui canalisent la circulation de l'excitation, court-circuite les relais qui transforment la quantité en qualité, suspend les différenciations, abaisse les dénivellations entre les sous-systèmes psychiques et tend à diffuser dans toutes les directions, le plaisir dénote un processus économique qui laisse le moi à la fois intact dans ses fonctions et agrandi dans ses limites par fusion avec l'objet :-j'ai du plaisir , et j'en ai d'autant plus que je t'en donne.(D.Anzieu,1995 ,p.287).

La seconde sauf dans le cas de mères mentalement malades ou répétant un destin généalogique de plusieurs enfants morts de génération en génération, c'est au moins la souffrance physique du tout petit qui est le plus généralement et le plus exactement perçue par la mère, même si celle-ci est inattentive ou fautive dans le repérage et le déchiffrement des signes des autres qualités sensibles. Non seulement la mère prend l'initiative des soins pratiques appropriés : coucher le bébé, appeler le médecin, donner des calmants, panser les blessures, mais elle prend dans ses bras l'enfant qui crie, qui pleure, qui perd la respiration, elle le serre contre son corps, le réchauffe, le berce, lui parle, lui sourit, le rassure ; bref, elle satisfait chez lui le besoin d'attachement, de protection, d'agrippement ; elle maximise les fonctions de peau maintenant et contenant, pour que l'enfant la réintrojecte suffisamment comme objet support, rétablisse son moi-peau, renforce son pare-excitation, tolère la douleur ramenée à un degré supportable et garde espoir en la possibilité de guérison.

Les deux principales caractéristiques de l'enveloppe masochiste ont été précisées par Micheline Enriquez qui a utilisé l'expression d'enveloppe de souffrance :

- **L'échec identificatoire**

Faute d'un plaisir identificatoire suffisant trouvé aux échanges précoces avec la mère, l'affect qui maintient vivant le psychisme du bébé est une expérience de souffrance : son corps ne peut être au mieux que corps de souffrance.

- **L'insuffisance de la peau commune**

Faute de l'investissement d'un minimum de repères confirmés et valorisés par un autre, dans une langue commune, aucun sujet ne peut vivre. Il ne pourra pas investir lui-même, et il se trouvera en suspens de propriétaire. Son corps est un corps en souffrance, inapte au plaisir et à l'activité

représentative, désaffecté, inhabité, dont le sens pour l'autre (le plus souvent la mère ou son substitut) lui sera demeuré plus qu'énigmatique. (Ibid, p. 232).

7. Image positive et négative

Si les gens cherchent généralement à donner une image valorisante d'eux-mêmes, on constate cependant un paradoxe : beaucoup ont de la difficulté à se voir exprimer directement cette image ; ils manifestent une sorte de gêne ou de malaise devant une telle situation.

Dans un groupe, l'animatrice propose aux participants de choisir une personne pour laquelle ils se sentent une affinité et de lui exprimer ce qui motive pour chacun ce sentiment ; après l'exercice, plusieurs disent qu'ils ont eu une certaine difficulté à accepter les « compliments » qui leur étaient adressés. Cécile, par exemple, s'exclame : *« c'est très dur d'écouter des choses positives sur soi... peut-être que j'ai peur que ce que l'autre il voit de bien en moi, moi je l'ai pas du tout, qu'il se plante complètement quoi ... Je me :moi ça, c'est trop beau, non ! »*.

Il ya donc la peur de ne pas « mériter » les compliments que l'on vous fait, de ne pas « être à la hauteur » de l'image positive qui vous est renvoyée et donc de se révéler « en défaut » par rapport à celle-ci ; il ya aussi un sentiment d'accepter des compliments c'est un peu les confirmer et que cela pourrait être pris pour une attitude vaniteuse et suffisante (comme on le constate dans la difficulté à s'attribuer à soi-même des qualités). On peut aussi penser que le désir de rencontrer une image valorisée de soi même dans le regard d'autrui est culpabilisé comme marque de narcissisme est que cette culpabilité est ravivée par les compliments.

Ce qui semble plus étrange, c'est que certains participants paraissent souhaiter que leur soit renvoyée une image de ce que les autres perçoivent de négatif en eux.

Michel : « *ce que m'intéresse le plus, pour moi en ce moment, c'est de savoir comment je suis vu par les autres ; je pense qu'on a besoin d'avoir confirmation de l'image qu'on donne... moi ce qui me préoccupe, enfin...je veux connaître mes failles, mes faiblesses, comment les autres les voient...parce que, si je suis seul face à moi-même, je me fais toujours les même images, je me raconte certainement beaucoup histoires* ».manque de référence.(E. Marc, 2005, p.143).

Cette recherche semble motivée par le désir de se connaître soi-même, sans complaisance, par l'attente qu'autrui nous aide à voir plus clair en nous et à nous révéler des défauts que nous avons peut-être tendance à nous masquer.

Mais on peut rencontrer aussi des cas où le sujet semble accepter une image dévalorisante de lui-même ou même la rechercher. Le premier cas résulte notamment de situations de domination dans lesquelles le dominé est amené à intérioriser l'image négative qui lui est renvoyée par le dominant.

Thérèse qui a affiché plusieurs reprises dans le groupe sa foi religieuse dit qu'elle se sent très éloignée des idéaux qui sont les siens : « *je vous assure, je suis égoïste, je n'ai pas assez de volonté et d'amour pour les autres : par exemple, je me sens souvent agressive envers mes collègues de bureau ; je voudrais pouvoir les accepter, les aimer totalement mais je n'y arrive pas...là aussi il y a une part d'orgueil, car je me sens supérieure à elles, parce qu'elles n'ont pas d'idéal, mais je ne devrais pas, c'est pas bien, je devrais les accepter comme elles sont, ne pas les juger* ». (Ibid. 2005, p.143).

On sent là, l'ambivalence de l'image que Thérèse a d'elle-même : à la fois elle se définit négativement en regard de l'idéal qui est le sien ; mais en même temps de tire une certaine fierté, un certain orgueil et un sentiment de

supériorité de l'identification à cet idéal, on peut penser que l'image négative résulte du jugement du surmoi sur le moi et en même temps qu'elle constitue un mécanisme de défense contre le désir de supériorité que Thérèse refuse en raison de ses convictions.

L'intériorisation d'une image négative de soi peut venir aussi de ce que le sujet ne trouve pas dans son entourage d'autres reflets de lui-même « disponibles » et qui lui donne une certaine existence reconnue par autrui plutôt que de n'être rien.

Quelquefois le sujet semble même chercher chez autrui la confirmation de l'image négative qu'il a de lui-même, comme s'il était soulagé, paradoxalement, que soit reconnu ce qu'il tente de dissimuler et qu'il craint de voir démasquer tout à coup : « *se voir renvoyer ses défauts et ses faiblesses est moins angoissant que d'imaginer à chaque instant qu'autrui va les découvrir et les dévoiler ; et puis reconnaître soi-même ses manques, c'est déjà mériter des « circonstances atténuantes »* (péché avoué est à moitié pardonné). tous ces mécanismes poussent le sujet à vouloir entendre d'autrui le discours qu'il se tient sur lui-même. (Ibid., 2005, p.143).

8. Schéma corporel et image du corps en psychologie

Il faut aussi mentionner ici ce que les chercheurs appellent actuellement image du corps. Le terme image du corps, renvoie à des représentations verbales multiples du corps, de ses différentes parties et de ses rapports spatiaux à celui d'autrui (Buxbaum et Coslertt, 2001). Ces notions, à différence du schéma corporel, sont acquises par un apprentissage explicite (noms des parties du corps, notion de la gauche...). Certains auteurs font également référence à « l'image visuelle du corps » selon Head, entendant le terme d'image dans son sens le plus restrictif, celui de la perception visuelle du corps (Holmes et Spence, 2007).

Les expériences dites de rubber hand (main en caoutchouc) ont l'intérêt de mettre en évidence le rôle dominant de la vision par rapport aux données proprioceptives dans la représentation du corps. En effet, si on met un sujet sain en situation de voir une main en caoutchouc à la place d'une de ses mains (celle-ci lui étant cachée par un paravent), et qu'un expérimentateur stimule simultanément et au même rythme la main invisible et la main en caoutchouc que le sujet localise les stimulations, incorporant ainsi la main en caoutchouc dans son schéma corporel. (C. Morin, 2013, p. 25).

9. La position de l'image de corps selon certaines auteures

Le neurologue et psychanalytique Paul Schilder, en 1935 parle en premier d'image du corps. Il en donne cette définition : « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » (Schilder, 1968, p. 35).

Cependant, il pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose, cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui bien qu'intimement liées, sont totalement différentes.

Schilder introduit le terme de l'image de corps et non de schéma corporel. Il insiste sur l'existence d'une image optique et non pas posturale du corps, image à laquelle la perception est rapportée. Plus généralement pour lui, « *l'image de corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* ». L'image du corps est selon lui un terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination, terme qui indique aussi bien que passant par les sens ce n'est pas là pure perception et bien contenant des images mentales et des représentations ce n'est

pas là pure représentation. Pour schilder trois ordres de faits doivent être pris en compte pour un abord complet de l'image du corps. (Shilder, 1970, p.37).

En 1968, dès le début l'image du corps est marquée par les courants pulsionnels et affectifs qui l'investissent. Ce n'est pas une donnée perspective fixe, mais une représentation qui se développe et se construit en fonction de l'évolution temporelle et des sensations de plaisir et de déplaisir qui l'accompagnent : « *la libido narcissique s'attache successivement à des parties différentes de l'image du corps et, aux différents stades du développement libidinal, le modèle du corps change continuellement* » (E. Marc, 2005, p.42).

Le médecin, pédiatre et psychanalyste français Françoise Dolto propose de définir schéma corporel comme le médiateur organisé entre le sujet et le monde. Un enfant une atteinte de son schéma corporel comme une paraplégie, peut évaluer sainement avec une image du corps non infirme. Son image du corps dépend de la relation émotionnelle de ses parents à sa personne, de leurs échanges humanistes.

Dolto fait la distinction entre image du corps et schéma corporel en 1984. Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate, il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets.

C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. (Dolto, 1984, p.23).

Le corps devient un lien de langage archaïque, non verbal, une forme dynamiquement structurée d'un « système de signification » le corps exprime la pensée et les émotions. C'est en quelque sorte le traducteur universel de la vie

intérieure. L'image de corps se construit avec le vécu et les expériences de sujet. Elle est donc en perpétuel remaniement et propre à chacun.

Dolto distingue trois composantes de l'image du corps

« Image de base », « image fonctionnelle » et « image érogène » les quelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution ; ces trois composantes sont à tout moment reliées entre elles parce que Dolto appelle « image(ou plutôt substrat) dynamique » qui désigne les pulsions de vie de l'individu. Ses pulsions de vie sont en permanence animées par le désir de communiquer avec un autre sujet.

Dolto, s'appuie sur son expérience psychothérapique avec les enfants, pour étudier l'image corporelle (dessin, parole ...).

L'image corporelle à une signification dynamique, elle rend compte de la représentation que nous nous faisons de notre corps, mais aussi des intérêts que nous lui portons.

Dolto, quant à elle, parlera d'image inconsciente du corps pour elle celle-ci se mettrait en place avant l'œdipe, avant la mise en place de la parole, avant la différenciation de soi avant même la distinction du corps et du psychisme et constituerait ainsi la structuration du corps et du parole, avant la différenciation de soi avant même la distinction du corps et du psychisme et constituerait ainsi la structuration première de ce qui façonne un sujet humaine. Elle n'est pas l'image au sens de ce qui se voit, de ce qui se montre elle ne correspond pas à l'image du miroir, mais elle appartient à un registre de sensorialité tactile, auditive, olfactive. Dolto la définit comme la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, répétitivement vécue à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles.

Dolto, insiste également sur le fait que l'élaboration de l'image du corps ne se fait pas tel un développement systématique, identique à chacun mais qu'elle prend en compte l'histoire du sujet et notamment sa relation à la mère. Elle permettra l'éclosion d'un moi qui dit « je » elle fait ainsi la distinction avec le schéma corporel qu'elle décrit comme « *l'instance anonyme du développement somatique du corps* » (F. Dolto, 1999, p. 14-18).

La théorie psychanalytique a lui servi dans le cadre de traitement d'enfant ou d'adulte, mais pas seulement, elle a développé une théorie personnelle autour de concept clef « l'image inconsciente du corps » qu'elle dériver en détail en 1984, l'originalité de cette théorie s'appuie sur l'idée selon laquelle une image du corps se structure inconsciemment, cette image inconsciente du corps n'est pas ni unique ni statique, elle possède plusieurs composantes. (E. Binet, 1999, p.04).

D. Anzieu (1974), est l'inventeur d'un concept psychanalytique originale qui suggère également une étroite relation entre expérience corporelle et structuration psychique, pour lui l'image de corps renvoie à la notion de moi-peau, il donne la définition suivante : « par Moi-peau nous désignons une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se présenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps ». (Sanglade. A, 1983, p.06).

Les notions de limite et de frontière sont des notions nécessaires à la construction de la conscience de soi ; il faut que le sujet se sente séparé et protégé d'autre pour que sa constitution son identité : « Moi peau assure une fonction d'individuation du soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être unique ».

L'instauration du Moi peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de

base. Corrélativement, l'appareil psychique peut s'essayer aux investissements sadiques et libidinaux des objets et le moi psychique se fortifié des identifications à ces objets et le moi corporel peut jouir des plaisirs prégénitaux puis génitaux. (Anzieu. D, 1995, p.61).

Par moi peaux, il désigne une figuration dont le moi peau de l'enfant se sers au cours des phases précoces de son développement pour se présenter lui-même, Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.

Tausk(1919), a particulièrement bien montré que le syndrome de l'appareil à influencer ne se comprenait que par la distinction de ces deux Moi. Le Moi psychique continue d'être reconnu comme sien par le sujet comme lui appartenant et les sensations cutanées, et sexuelles qui en manant sont attribuées à la machinerie d'un appareil à influencer, commandé par les machinations d'un séducteur persécuteur. (Ibid, p. 61).

Le neurologue et le psychanalyste J.Lhermitte en 1939 : « *chacun de nous possède effleurent au seuil de sa conscience une image, un schéma tridimensionnel de son corps, c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir afin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure* » (Lhermitte, 1998, p. 22).

Winnicott, environ des année 60 parle la notion du corps : de non intégration à l'intégration il a fait son hypothèse d'un stade de non intégration au début de la vie.il n'existerait pas pour l'enfant de lien entre le corps et le psyché.IL existe une confusion entre le moi et le non moi, entre l'intérieur et l'extérieure il décrit ensuite dans l'évolution de l'enfant un processus

d'intégration qui consiste en une individuation progressive marqué principalement par un détachement avec la mère . Une intégration réussie un environnement suffisamment bon, lié à une fonction maternant adéquate qui permettra à l'enfant l'établissement progressif d'un moi unitaire. (M. Sophie, 2005, p.90).

Lacan a parlé sur le miroir, que l'on peut observez chez l'enfant entre 6 et 18 mois, il se réalise avant l'acquisition du schéma corporel. Au cours de cette période l'enfant saisit progressivement son unité par intermédiaire de l'image de son corps ns le miroir, c'est l moment fondateur de l'identité de l'enfant .Avant ce stade l'enfant n'arrive pas à distinguer son corps de ce qui lui est extérieur. A force de répétitions, il cessera de croire que ce qu'il aperçoit dans le miroir est un être réel et comprendra que ce n'est qu'une image et que cette image est le sienne. Pour cela, il aura besoin de sa mère, élément indispensable qui sera là pour confirmer sa découverte pour pouvoir s'approprier son image il lui faut une reconnaissance de l'autre. (M. Sophie, 2005, p. 90).

Freud, relie l'image du corps à l'investissement libidinal du moi, par conséquent l'image du corps est moyen de découvrir la dimension de l'imaginaire, pour lui l'image du corps est libidinale car elle permet au moi de se constituer dans le narcissisme, l'étayage de pulsion utilisé l'image du corps comme catalyseur et unificateur afin de renforcer les instances du moi. (P. André, 2004, p.20-21).

Conclusion

En résumé, l'image du corps est l'un des registres de l'identité, elle comporte des aspects conscients que nous avons de notre corps, et l'image de corps représente une dimension très importante qui va favoriser leurs soi ou bien dévaloriser le soi qui suppose a un lieu à la fois interne et externe au sujet.

Préambule

Dans chaque cadre de recherches, le praticien recourt à une méthodologie spécifique, avoir un terrain de recherche, une population d'étude en basant sur différents outils d'investigations.

Ce chapitre comporte la méthode qu'on a opté pour réaliser cette recherche, on s'est appuyé sur une méthodologie qui permet de valider la pertinence en utilisant un terrain et une population d'étude avec des méthodes convenables à la recherches.

1. La méthode utilisée

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche.

1.1. La méthode clinique

La méthode clinique « *est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* ». (N. Sillamy, 1999, p.58).

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. La psychanalyse fonde sa recherche sur l'anamnèse d'un sujet, c'est-à-dire l'histoire racontée par un individu pour faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. (L-J. Bédinielli, 2006, p.43).

Les recherches en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives, elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Dans notre recherche, on a donc décidé d'adopter la méthode clinique, parce qu'elle nous permet d'approfondir dans le vécu psychologique des femmes stériles.

1.2. L'étude de cas

. Elle met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle permet la récolte des données très diverses. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier. (Martine Hladyrispal, 2002, p : 48)

Cette étude de cas est une étude approfondie sur un cas particulier soit il est une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c'est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources de données son utilisées (Ibid. p : 48)

L'étude de cas comme méthode de recherche, nous permet de rester au plus près de la réalité clinique, et de décrire le groupe de recherche avec ses détails, et d'approfondir pour mieux les analysés

2. La pré-enquête

C'est une étape très importante dans tout recherche car c'est le premier élément qui nous aide a effectuer notre recherche, afin d'arriver a la pertinence des hypothèses avec la quelle nous confirme ou infirme nos hypothèses de recherche et de désigner notre groupe d'étude.

On a effectuer notre pré-enquête au niveau d'une cabine gynécologique privé à Bejaïa ou on a expliquer l'objectif et la nature de notre recherche à la gynécologue et elle nous a orienté verre les femme qui ont le problème et soufre d'une stérilité ;ainsi on a effectuer des entretiens avec des femmes stériles, on ses présenté d'abord comme des stagiaires psychologue dans le cadre d'une recherche pour la préparation de notre démarche pour effectuer un entretien et administrer un teste(Rorschach)

Nous les informons que les résultats vont être utilisés des fins de recherche toute en gardant leurs anonymats.

3. La présentation de lieu de recherche

On a réalisé notre pratique de recherche dans un cabinet médical gynécologique à partir de la date 02-02-2016 au 02-02-2016 sur une durée de 60 jours.

Le cabinet se compose

- Un petit pavillon ou se trouve le bureau d'accueil avec la rentrée.
- une salle d'attente pour Homme à coté de la salle d'attente pour femme.
- un bureau en plus ou on a effectué nos entretien
- une salle réservé à la consultation gynécologique ou la gynécologue exerce son travail et on trouve son bureaux Dodone et les autre matériel et appareil d'échographique qu'elle utilise.
- Il ya deux assistance.

4. La présentation de notre groupe de recherche

4.1. Critère d'inclusion

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas :

- tous les cas de notre étude sont des femmes qui ont vécu une stérilité soit primaire ou secondaire.

- Celles qui n'ont pas répondu aux traitements.

- L'âge des femmes, On a pris en considération les types d'âge qui dépassent 30 ans.

- Nos sujets sont ceux qui ont subi une stérilité secondaire après plusieurs tentatives (FIV – Assimulation.....etc)

4.2 Critère d'exclusion

Dans notre recherche nous n'avons exclu les critères suivants

- On n'a pas choisi le niveau d'étude.

- Celles qui ont une stérilité moins de 10 ans.

- On n'a pas pris en considération les types d'âge qui ont moins de 30 ans.

- Notre groupe d'étude est composé de six femmes stériles sont présentés dans le tableau suivant

cas	Prénom	âge	Niveau d'étude	Situation	Durée en couple	Type de stérilité
1 ^{er} cas	Fahima	38ans	universitaire	moyenne	10ans	Primaire
2 ^{ème} cas	Samia	35ans	3eme année secondaire	moyenne	11ans	primaire
3 ^{ème} cas	Chaima	32ans	Femme au	moyenne	ans	primaire

			foyer			
4 ^{ème} cas	Baya	39ans	Femme au foyer.	moyenne	13ans	primaire
5 ^{ème} cas	Sihame	39ans	Licen ier	moyenne	14ans	secondaire
6 ^{ème} cas	Ghania	42ans	3eme année secondaire	moyenne	22ans	secondaire

Tableaux n°1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre échantillon d'étude

Notre groupe de recherche est constitué d'un nombre de six cas, consiste des femmes qui ont subi une ancienneté de stérilité de dix ans et plus, pour leurs âges ce déroule entre 32-42ans, deux cas ont un niveau universitaire, deux cas ont un niveau secondaire, et deux cas sont des femmes au foyer avec les quels on à travailler dans l'anonymat a fin de garder leur confidentialité.

5. Présentation des outils de la recherche

Dans chaque recherche la méthode clinique fait appel à des techniques spécifiques on a opté pour ce travail de recherche la méthode descriptive qui est adéquate a notre recherche a accompagne a cette dernière : entretien ; test projectif (Rorschach) utilisé dans le cadre de la pratique de clinicien (B .gaillad, 2000, p : 20)

5.1. L'entretien

On a choisit un entretien semi directif pour nous guider à récolter la maximum d'information sur la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement auprès les femmes stériles.

L'entretien consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie permettent de préciser les antécédents et l'évolution de la

situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettant les sujets dans une situation particulière.

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien. C'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à ses émotions et son vécu, il prend en compte tous les aspects originaux, en amnésiques et actuels de problème posé par le sujet (Chahraoui Kh et Benouny, 2003, p : 43)

L'entretien clinique « comporte peu de questions c'est l'enquête qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder, le plus souvent, et le monologue tout ce qu'il dit intéresse l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que se soit une série d'interviews, est nécessaire, l'enquêteur dans ce type d'interviews, s'intéresse non seulement au contenu manifeste, que le dit le patient mais aussi à ce qu'il dit » (M. Grawitz, 2006)

Il existe différents types d'entretiens mais dans le cadre de notre recherche et vu les qualités des informations recherchées on a opté pour l'entretien « semi-directif »

Selon Chiland. l'entretien semi-directif est « *comme la situation où le clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien, les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple* » (C. Chiland, 1983)

Dans ce type d'entretien, permet au clinicien dispose d'un guide d'entretien qui contient de certains nombres de questions préparées à l'avance, on a donc mis au point un outil d'enquête constitué de questions en abordant successivement quatre axes :

Axe 1 : donnée personnels, des informations personnelles

Axe 2 : la stérilité

Axe 3 : l'image de corps

Axe 4 : sur le coté individuel et relationnel

5.2 . Le teste de rorschach

C'est un test de personnalité qui répond à notre objectif de recherche car il permet d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu en regardant certain de ses composantes fondamentales, telles que le type d'appréhension cognitif. Le rendement intellectuel général, le mode d'expression habituelle des affectés, la manière de ressentir les relations interpersonnelles ou encore les problématiques individuelles. (Saziouk, 1994, p : 22)

« Un test projectif est comme un rayon X qui, traversant l'intérieur de la personnalité fixe l'image du noyau secret de celle-ci sur un révélateur (passation du test) et en permet ensuite une lecture facile par agrandissement ou projection grossissante un sur un écran (interprétation du protocole). Ce, qui est caché est ainsi mis en lumière, le latent devient manifeste, l'intérieur est amené à la surface, ce qu'il y a de stable et aussi de noué en nous se trouve dévoilé ». (Anzieu et Chabert, 1987, P.I7-18).

Pour **C. Chabert**, le Rorschach est conçu comme un instrument d'investigation: dans une démarche diagnostique, comme outil métapsychologiques dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie. (Chabert, les méthodes projectives, *in la recherche clinique en psychopathologie*, 1995). Et « c'est en effet l'organisation individuelle de la personnalité qui structure la perception de telles taches » (Ibid.).

Le Rorschach est un test projective qui se compose de dix planches dans les quels figure des taches d'encre symétrique, monochrome et polychrome. Chaque planche est numérotée de **I** à **X** et la description des planches se fait selon deux contenus

- Le contenu manifeste se devise en deux parties ;
 - La première c'est la partie structurelle c'est-à-dire formelle
 - la deuxième c'est la partie sensorielle à quoi elle renvoi sur le plan symbolique et psychologique.
- Le contenu latent : caché

Le Rorschach avec les planches non figuratives mettent à l'épreuve la solidité des limites corporelles. La symétrie des planches sollicite les représentations du corps qui rendent compte de la fragilité narcissique et des failles de l'intégrité corporelle. (Revue de psychologie N°4, 1994, p. 154-155).

5.2.1 La description des planches

Planche I

Sur le plan formel est fermé, compacte et sur le plan sensoriel elle est noir et des taches blanche, **sur le plan latent** les difficultés de mise en train cachent une relation d'objet initialement traumatisante, ces relation d'objet archaïque se rapportent bien évidemment à la mère. En fonction du contenu, elle infère le degré de perturbation cette planche I est donc l'archétype de la « femelle fonctionnelle ».

Planche II

Sur le plan formel est ouverte bilatéral sur le plan sensoriel rouge, noir et blanc et **sur le plan latent** représentait le monde archétypique des forces opposées, la différenciation male-femelle ; cette image se retrouve dans la vue latérale de l'un des grands détails de la planche, la planche II exprimerait aussi

tous les efforts de l'homme paléolithique pour se différencier de la femelle toutes-puissantes. Elle renverrait aux « mystères masculins » parce qu'elle représente tout ce que l'homme a trouvé pour se différencier de la femme menaçante par sa capacité d'engendrer.

Planche III

sur le **plan formel** est ouvert bilatéral, sur le plan sensoriel noir ,gris, rouge ; sur le **plan latent** est considérée comme celle de l'ambivalence sexuelle.une importance considérable est accordée à certains détails habituellement fondus dans un contexte ,on retrouve des correspondances dans certaines images paléolithiques et même dans un vase grec beaucoup plus récent ou l'on voit une figure féminine nue portant dans ses bras un énorme poisson.

Planche IV

Sur le **plan formel** fermé compacte, sur le plan sensoriel noir, blanc ; sur le **plan latent** elle est celle de l'énergie masculine, à caractère par-triarcal, à rapprocher des gros bisons sombres de Lascaux. C'est l'aspiration à la toute-puissante, au géant, c'est l'archétype de Dieu le père.

Planche V

Sur le **plan formel** fermé, compact, sur le plan sensoriel noir et gris ; sur le **plan latent** pose le problème de la confrontation de deux mondes, l'un réaliste, concret, banal, l'autre fantastique, irréel et effrayant.

Planche VI

Sur le **plan formel** fermé compact sur le plan sensoriel noir et gris ; sur le **plan latent** est indicatrice de « masculinité fonctionnelle »

Planche VII

Sur le plan formel est ouvert, bilatéral, sur le plan sensoriel noir, blanc, gris, **sur le plan latent** resurgit la figure féminine sous l'aspect à la fois matriarcal, sexuel et maternel ; cette planche n'a jamais démenti sa résonance essentiellement maternelle, justifier « objectivement » par sa configuration en creux par l'étendu de l'interprétation du blanc et de gris. On découvre tout les modalités possibles des relations à l'image maternel, des plus archaïque aux plus évoluées ; symbiotique.

Les planche pastel VIII, IX, X

Sur le plan formel compacte, bilatéral ; sur le plan sensoriel pastel et **sur le plan latent** sont des planches qui exprime l'émergence d'émotion et d'affectes et permettent par la de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement. il est difficile pour tant de dégager l'appel spécifique de la planche.

Parmi ces planches, cinq sont de couleurs grises plus ou moins foncées. Deux intègrent le rouge et trois sont composées de couleur pastel.

La planches « VIII » reste la planche « des contacte avec le monde extérieure » ainsi que **la planche « IX »** favorise les références.

5.2.2 La consigne

La consigne consiste à demander au sujet « ce que cela pourrait être ? » Mettant ainsi l'accent d'abord sur des mécanismes perceptifs. Le sujet a tout le temps qu'il souhaite pour répondre en sachant, contrairement aux épreuves cognitives, qu'ici il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Les instructions données : « qu'est ce que cela pourrait être », renvoient à d'infinies possibilités à partir de cet objet délimité, renvoient du perceptif à l'imaginaire, comme précise (Roy schaffer ,1954.p142)

Le sujet doit dire ce qu'il voit dans les taches, sans aucune restriction. Le clinicien note scrupuleusement les dires du sujet.

5.2.3 La passation

La passation du Rorschach se fait en trois étapes obligatoires (la passation spontanée, enquête, l'épreuve des choix et une étape supplémentaire (l'enquête aux limites))

Après avoir effectué l'entretien avec le sujet et s'assurer de son acceptation à la passation du teste l'examineur doit respecter les condition de la passation du Rorschach qui se fait en trois étapes obligatoire, la première c'est la passation spontanée : c'est une étape dans laquelle le psychologue donne la consigne au sujet ,le psychologue doit reformuler la consigne en la simplifiant si le sujet demande plus de détail et ne doit pas être redite à chaque fois ;le psychologue aussi doit faire marcher son chronomètre ainsi décrire le discours du patient adverbatement c'est-à-dire mot à mot , toutes les réponses du sujet, ses commentaires, ses référence personnelle, son recour aux comportement, ses mimique et ses critique personnelle et du matérielle en même temps il lui faut coté la durée.

le temps de l'latence initiale c'est le temps qui s'écoule entre la présentation de la planche et les premières réponses cotable.

- la réponse cotable est la réponse dans laquelle il ya une identification de la tache comme étant un objet. un silence intra récit long(...), un silence intra récit court (..).son oublié de mentionner la position de la planche. positions normale, position inversé, position droit au gauche.
- La position cote à cote, ou angle droit mais jamais de face à face, être un peu en décalage par rapport aux sujet, la position à 90° d'angle par rapport au sujet peut permettre cette observation non intrusive, tant des

réactions d'ensemble du sujet face au matériel.(Pierre debroux,2009,p :22)

Durant la passation le psychologue ne doit pas intervenir pendant la passations spontanée sof deux cas les patients inhibé pour les rassurer ou bien les patients envahissant pour les cadrer.

5.2.4. L'enquête

C'est de chercher plus d'informations donnée par le patient ou le psychologue doit poser une consigne « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essaieriez de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées vous pourrez n'en faire part »

L'enquête a pour bute de préciser la localisation de la réponce, déterminer la réponse de patient et rajouter des réponses additionnels.

5.2.5. L'épreuves de choix

L'enquête aux limite est une étape obligatoire ou le psychologue invite le sujet a reprendre si n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, kinesthésie, localisation, détail et aussi quand il ya pas une réponse habituel a la planche trois « deux personnage »et a la planche cinq « une chauve souris ») afin de déterminer ses réponses s'il s'agit d'une négligence, d'un blocage passager et surmontable ou d'un incapacité psychique fondamental c'est-à-dire quand le protocole est plus restreint et inhibé avec absence des réponses banales.

Le clinicien après l'enquête propose au sujet le choix parmi les 10 planches, les deux qu'il a « le plus aimées », et les deux qu'il a « le moins aimées » et le but : elle permet de manifester les investissements d'affects positif ou négatif.

5.2.6. La cotation

C'est là où l'examineur donne un ensemble de signes et de symboles donnés aux Rorschach, la cotation requiert la prise en compte de quatre éléments (localisation, déterminant, contenu).

- Le mode d'appréhension (localisation) : c'est la partie qui a utilisé sa réponse globale « RG » il y a trois

-RG simple ou le patient code un seul objet sur la planche là le patient ne fait pas d'effort.

-G organiser (combiner) : c'est une réponse globale où le sujet identifie deux objets ou plus qui se mettent en relation.

Ici le patient fait d'effort implique la notion de mouvement et sa capacité d'imagination il implique un travail mental.

-G impressionniste : associer au déterminant sensoriel (couleur, estompage, la dimension) ici il n'y a pas l'implication de la forme.

-G vague se sont des réponses associées à des réponses formelles indéterminées.

5.2.7. Les déterminants

C'est les réponses données par le patient qui sont déterminées par la forme, en fait une réponse formelle. On détermine une réponse F+ de la bonne forme selon deux critères :

- L'adéquation de la forme mentionnée avec les parties de la tâche de Rorschach.
- Un critère de fréquence statistique : quand les réponses sont inadéquates il n'y a aucune ressemblance et si la majorité ne donne pas une bonne réponse.

5.2.8. Le contenu

C'est la partie de l'appartenance de la réponse.

5.2.9. La banalité

C'est une réponse donnée au moins une fois par six personnes.

Pour coter une réponse ou rorschach le psychologue doit passer par le mode d'appréhension (la localisation), les déterminant de la réponse, le contenu de la réponse, la banalité c'est la réponse est bon ou pas.

5.2.10. Le psychogramme

Une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses en regroupant les catégories sur une feuille dont on trouvera un modèle au CPA (centre de psychologie appliquée) à moins d'utiliser le modèle. (Nina rauche de Traubenberg, 1997, p246)

Le psychogramme considéré comme une synthèse quantitative ou se représente le résumer de protocole. Comprenant en plus de regroupement des données de différentes observations remarquée qui révèle tous les données de la cotation, tous les remarque et critique de sujet même les choix et les refus des planches choisis par le sujet.

5.2.11. Le Rorschach et l'image de corps

Le Rorschach avec les planches non figuratives mettent à l'épreuve la solidité des limites corporelles. La symétrie des planches sollicite les représentations du corps qui rendent compte de la fragilité narcissique et des failles de l'intégrité corporelle. (Revue de psychologie N°4, 1994, PP 154-155).

Le Rorschach teste la présence d'une image du corps intégré, qu'il y ait ou non des réponses portant sur le corps. Le point de départ de cette hypothèse est évidemment la structure du stimulus, bâti autour d'un axe vertical, dégagé par

contraste sur un fond blanc par des contours qui délimitent le dedans du dehors. Ce stimulus, cet engramme perceptif, cet espace est un espace corporel, « un corps » dans le sens de tout corps, animal, végétal, humain ou objet inanimé. Ce corps est simplement nommé, ou il est présenté comme très valorisé, magnifié, « un très beau papillon » (pl. I) ou comme atteint est mutilé « un papillon qui a les ailes déchiquetées », « une boîte de conserve toute cabossée » (pl. IV). Autrement dit, il est investi par l'énergie libidinale et de plus Vécu dans une relation avec le monde. Il ne s'agit donc pas ici de projection du corps propre, connu, objet de l'activité cognitive, mais bien plutôt de corps vécu, objet et sujet de l'activité affective. L'espace corporel devient espace relationnel. (Chabert C, 1988, 4 .p).

Il est bien évident que les tests projectifs vont nous fournir une image de l'image du corps du sujet dans ses différentes dimensions.

Dans le Rorschach, les taches étant à la fois non structurées et organisées autour d'un axe, ces caractéristiques spatiales des planches induisent le sujet à prendre son propre corps comme référence :

En haut, en bas, à droite, à gauche, au centre, le milieu étant constitué d'un axe vertical suggérant l'axe du corps et en sollicitant la projection. Le sujet va donc prendre position dans l'espace et donner corps à sa réponse.

L'image de corps, elle, serait plutôt sollicitée par l'ambiguïté de la délimitation formelle des taches ou de parties des taches, ambiguïté que le sujet va essayer de réduire ou dans laquelle il va se dissoudre.

L'image du corps va se refléter dans la qualité formelle des réponses (forme bien délimitées, mal délimitées ou floues) et encore dans les propriétés formelles des réponses dur, mou, ouvert, cassé, etc.)

On pourrait dire que le corps de la réponse du sujet va porter l'empreinte de ce qu'il ya de plus corporel dans l'appareil psychique, c'est-à-dire le moi. (Anne sanglade, revue française de psychanalyse n°28-2juin 1983, p.106-107)

6. Procédure de recueils de données

6.1. Les conditions de déroulement de la pratique

Les entretiens été effectués dans un petit bureau dans le cabinet médicale, quelque fois sont été perturbés par les interlocuteurs a cause de facteur de temps elles se sentent presser afin de rentrer chez eux mais on a peut passer l'entretien ainsi le teste rorschach qu'on a utilisé avec des bonnes conditionnements on n'avait pas de d'difficulté. Les femmes étaient surpris au début après elles ont confié a nous.

6.2. Les étapes de déroulement de la pratique

Notre pratique s'est déroulée en trois étapes

La première c'est la prise de contact avec chacune de nos cas,

La deuxième étape était consacrée à la réalisation des entretiens semi directif avec chacune des femmes stériles avec leur accord, la durée moyenne des entretiens était 45minutes. On c'est basé sur un guide d'entretien.

La troisième étape était l'administration de test de rorschach. Cette étape nous a permis de retirer certain processus intrapsychique concernant l'image de corps,

On s'est référer a un guide d'entretien ainsi les étapes de déroulement d'un test de rorschach.

On a effectué notre pratique avec trois langues :(français, kabyle et arabe).

Conclusion

A fin d'étudier l'image de corps chez les femmes stérile, on s'est appuie sur deux outil de recherche qui sont l'entretien clinique semi directif et teste de rorschach ainsi on s'est basé sur la méthode clinique qui est l'étude de cas afin de récolter des données pour voir le résultat fiable.

Par le biais des méthodes effectuées ;la passation des entretiens et l'administration de test de rorschach nous avons contribué à ramasser les information nécessaire pour notre recherche. Ces dernières seront présentées et analysés dans le chapitre suivant.

Illustrations clinique des cas

1. présentation et Analyse de 1^{er} cas

1.1. Cas Fahima

Fahima est une femme âgée de 38ans, mariée depuis 10ans, universitaire avec emploi, sa situation économique est moyenne, elle habite à Bejaïa, elle présente une stérilité primaire causée par une anomalie des trompes.

1.2. L'analyse de l'entretien

Quand nous avons sollicité Fahima à mener un entretien avec nous, elle était calme souriante elle a accepté de partager avec nous son expérience en disant : « Ah !L3alithe le thème ayi, naki daghen bghigh adhadragh wahi un psy » c'est-à-dire (c'est bien, votre thème est intéressant et j'aimerais bien d'ailleurs en parler à un psychologue) Au début ; on lui a demandé ce qu'elle pensait du mariage, elle nous a dit que c'est une expérience magnifique (c'est le bonheur, c'est un changement radical dans la vie d'un personne) et quand elle a commencé à parler sur la stérilité et la représentation de l'enfant chez elle on l'a sentie gênée, et dit : « mamba3d 6 mois nazwadjiw rouhagh ghatbib abrid amanzou,omba3de mi 3almagh sebba zaragh koulache datlame, décourajigh sah sah, t'rawegh kan lakhatar eltoufan idisbanayen tamatouth » , (après six moi de mariage, j'ai commencé à consulté des médcins,après l'anoncement de la cause, c'était un véritable cauchemar ; j'étais désespérer et depuis j'ai passé une duré de crise et de pleurs, puisque je vois l'enfant comme représentant de ma féminité) et elle déclare « rabi ikhalkad ghedounith bache anafk iwayet arouh ,bghigh ad'housagh lhaja thetimghore zyi daglaw »; (Dieu nous

a donner à la vie pour qu'on puisse donner la vie aux autres, c'est moi qui le produit j'aimerais avoir ce sentiment) Fahima a définie la stérilité comme un **handicap**, et comme source de problèmes « tayi elhadja i'yitrouzane th'khademe elmachakile » Fahima semble forte, logique dans sa description ; avec une souffrance instance aux début après elle est arrivée a gérer tous ses échecs dans ses traitement en disant « naki ayen ilan falli khadmakhth khadmagh koulache arthoura mazel t'houfough, iiih bla mad'hesbegh Rokya, Hijama, Tihamamine » , (j'ai fait tous, j'ai utilisé toutes les méthodes médicales et jusqu'à aujourd'hui je vais combattre. Ah ! sans compter mes tentatives avec les thérapie traditionnels tel que Hijama, Rokya ...etc.) malgré sa détermination à continuer son combat pour avoir un enfant. Elle dissimule sa douleur derrière la religion pour compléter son vide en disant « wayi delmactoub, onazmirara anarwel fallasse » (c'est un test divin, il faut le garder et accepter notre destiné) ; on lui a demandé de nous parler sur son image en soi en posant la questions si elle a perdu l'intérêt de s'occuper d'elle-même, elle nous a répondu en souriant « des fois, tous dépend de mon moral » on a ressentie qu'elle culpabilise, en disant « c'est moi le problème ! » Fahima nous a parler de sa relation avec autrui en disant que sa famille l'encourage toujours mais les gens dans la société porte à la femme stérile un regard différent « elle est flou, malade, c'est toujours la femme qui a un manque ; car elle ne peu pas enfanté » Dans ses discours, Fahima est dans l'évitement, en disant qu'elle n'aime pas les ressemblances occasionnels « je déteste ceux qui m'invite surtout si c'est pour une naissance » on remarque qu'elle souffre silencieusement et qu'elle n'arrive pas à s'adapter avec sa situation.

1.3. Présentations du protocole et cotation de Fahima

Planche	Texte	enquête	Cotation
I	10'' 1-C'est l'organe génitale de la femme (partie inferieure entière D) 23s	Voici les ovaires (l'acunes intérieures supérieures ,Ddbl) DdblF-Anat	DF-Anat
II	^4s 2- C'est l'utérus d'une femme.14s	sa ressemble à l'utérus ici (les deux parties noires latérales avec la lacune intérieur) Les deux rouges c'est les reins (rouge haut extérieur. D2x2)	Ddbl F-Anat
III	^2s 3-Ya deux personnes porte quelque chose (D1, les deux partie noires latérales) 27s	Je pense ils portent un bébé le rouge c'est le cœur de chacun de ces personnes (D3 rouge médian) DF-Hd Ban	DF+HBan
	v^> <13s 4-L'organe génitale	Le milieu c'est la cavité (D5 partie	DF-Anat

IV	.. C'est l'endomètre 1m10s	centrale entière) Les ovaires les coté (Dd3, saillie latérale supérieur) Le dessin a une couleur fancé DF-Anat	
V	^ 3s 5-C'est un papillon v 8s (toute la planche)	Je vois un papillon violé	GF+ABan
VI	^10s 6-C'est l'organe génétique 31s	Ici au milieu le Cole est fermée D5 (toute la ligne médiane entière), les ovaires sont pas grand beaucoup (D9x2 ; grand saillie latéral)	DF-Anat
VII	^7s 7-En dirait des nuège10s	Pa rapport au dessin sa forme et sa couleur (tout la planche)	GF-CFrag
	^3s 8-En dirait un arconciel...	Les couleurs sa représente les maladies le rose c'est	GF-frag

VIII	9-Un organe génital avec des couleurs différentes 1m33s	par apport a une femme qui a beaucoup enfanter (D6, rose de 3° tière, partie rose latérale D1) DF-Anat	GF+c anat
IX	^5s 10-Enduirait des fourmis en bas... 11-Le rose c'est le ventre d'une femme(D11) DF-Hd 32s	-Cette couleur jean(Dd) -ici la femme est enceinte car le col ouvert (D6)	DF-A DF-Hd
X	^ 6s 12- L'organe génital sa me parait 29s	La couleur bleu c'est les ovaires (Dd7, partie extérieur du bleu latéral en haut) Ici c'est les trompes(Ddbl30)	DdF-Anat

Tableau n° 2 le protocole de Fahima

1.4. Le psychogramme de Fahima

Résultat	Type de perception	Déterminant	Contenu
R = 12	G = 4	F+ = 3	A = 2
Refus = 0	G% = 33,33	F- = 9	Ad = 0
T.total = 5m38s	D = 6	K = 0	H = 1
T .R = 303s	D% = 50%	Kan = 0	Hd= 1
T .L M = 63s	Dd = 1	C = 1	Anat = 6
TRI =K0/C1	Dbl = 1	Kp = 0	Objet = 0
RC = 12,33	Dbl% = 8,33	FE = 0	Frag = 1
Ban = 2		FC = 2	Geo = 0
F% = 78%		CF = 0	Sex = 0
A% = 16,67%		FC' = 0	Bot = 0
H% =8, 33			
F+% = 25%			
IA = 58,33			

Tableau n° 2 : le protocole de cas Fahima

1.5. L'analyse qualitative de cas de Fahima

L'impression générale

On a constaté à travers le protocole de Fahima la présence d'une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses qu'est inférieure à la moyenne R=12 dans un temps 6m33s, le temps de réaction qu'est inférieur a la norme.

On a remarqué dans le protocole de Fahima n'est pas productif, elle n'a pas une richesse d'interprétation.

Les modes d'appréhension

On a constaté que le nombre des réponses globales est 33,33 c'est un pourcentage moyen par rapport aux normes données par D.Anzieu et C.chabert (20-30%) ce que signifie la vision globale du sujet à la réalité extérieur, pour les réponses détaillées ; il atteint 50% il est inférieur à la moyenne (60-68%) ce que explique la décomposition de l'unification corporelle.

Les déterminants

Le pourcentage des déterminants formelles données par le sujet sont $F\% = 78\%$ qu'est supérieure à la moyenne donnée par C.chabert et D.Anzieu (50-70%) ce qui explique un étouffement de la vie affective et pulsionnelle ou encore de la tendance dépressive. Pour $F+\%$ il est au dessous de la norme (80-85%) il atteint 25% ce que signifie l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibe l'apparition de la réalité interne.

Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparait comme un type extratensif pur 0k/1c ce que signifie la perte de contrôle émotionnelle face aux stimuli externes.

Les réponses Kinesthésiques:

Dans le protocole les réponses kinesthésiques humaines sont absentes ce qui implique la présence d'une inhibition dans la relation interpersonnelle et l'incapacité de la réincarnation d'une image humaine chez le sujet.

La réaction sensorielle

Le sujet donne une réponse qui renvoi aux couleurs, $C=1$ ce qui signifie la réalité affective du sujet. Pour les réponses qui portent sur le contenu, on remarque deux réponses humaines dans le protocole se qui explique l'incapacité de réincarnation de l'image humaine par le sujet et l'incapacité de la conception d'une image humaine apparente. On trouve le nombre des réponses animales très bas avec 16,67% soit $A= 2$ réponses ce qui renvoie à l'inadaptation sociale.

Concernant les réponses banales qui existent dans le protocole de Fahima avec un pourcentage de $Ban=16,67\%$ inférieur à la moyenne cela indique que le sujet a une tendance à ignorer les conventions sociales.

Le choix des planches

La planche VII et II est les planches préférées parceque il ya une partie d'une femme qui sa se vois pas chez le sujet et les planches qu'elle n'a pas aimé sont VIII et X car les couleurs sa reflète les microbe et les maladies.

L'image du corps au Rorschach

On a constate dans le protocole du sujet que les pourcentages des réponses globales sont moyennes à la norme 33,33% ce que signifie la nature adaptative du sujet avec la réalité extérieur, pour les réponses détaillées est de 50% ce qui montre la décomposition de l'unification corporelle du sujet.

Aussi la présence d'un seul fragment et l'absence des réponses kinesthésiques humaines c'est un indice de difficulté à s'identifier.

On note aussi l'apparition des réponses anatomiques, une réponse associée au F- indique que le sujet a une fragilité de son image de corps.

Synthèse du cas Fahima

Dans le protocole de Fahima on conclut l'existence de l'inhibition dans les relations humaines ainsi que la fragilité de son image du corps et sa vision négative de son corps à cause de l'apparition des réponses anatomiques.

Durant l'entretien Fahima était calme, souriante, elle a partagé avec nous sa stérilité qu'elle a subi depuis 10 ans avec une souffrance intense qu'elle vit, d'après les résultats de test de Rorschach la production général de Fahima caractérisée par une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses $R=12$.

On a constaté dans ce protocole une capacité d'appréhendé globale de l'unité corporelle mais cet unité de son image du groups est négative tandis que les réponses anatomique qui apparaissent dans le protocole qui signifie une mauvaise image du corps.

2. présentation et analyse des résultats de cas Samia

2.1. Cas Samia

Samia est une femme âgée de 35ans mariée depuis 11ans, travaille dans une entreprise, d'un niveau d'étude troisième année secondaire, ensuite elle a suivie une formation en informatique, elle habite à Bejaïa, d'une situation économique moyenne, elle présente une stérilité primaire causé par une anomalie de l'utérus.

2.2. L'analyse de l'entretien

Le contact avec elle était facile, elle était spontanée et souriante, elle a accepté directement notre proposition de participer dans notre recherche en abordant le sujet de mariage au début elle s'est mise à sourire et dit « c'est l'avenir de la femme, son rêve » ensuite ; on lui a demandé de nous parler sur son éventuelle stérilité, elle s'est montrée retissante et on a remarqué quelques signes de gêne en disant qu'elle a commencé ses soins après 2 ans de mariage, au début elle n'était pas pressée d'en avoir, et quand elle a su qu'elle avait ce problème, elle était vraiment désespérée, déçue ; Samia pense « donith bla ltofan outhes3ara lma3na », (la vie sans enfants ne sert à rien) on a constaté qu'elle aimerait bien avoir un enfant ; Samia vit sans aucun autre problème de santé à part sa difficulté de procréer, mais l'enfant représente toute sa vie.

Samia déclare que quand elle voit une femme enceinte elle ressent qu'elle a un manque en elle, en disant : « ozrighara...dachou iyikhousan iwaken adas3ough » , (je ne vois pas ce qui me manque pour ne pas enfanter ?) « asma adezalagh adessthghafragh karaghass d'rabbi iytrazikan da3ough iwaken aydirzak iwaken adfarhagh daghen naki w dasfarhagh argaziw » (Mais toujours après la prière je me dis que c'est dieu qui nous fait don de ses richesses ,et je le prie de me donner l'occasion de ressentir la joie d'enfanter, et la partager avec mon mari) . On remarque son recours à la religion pour faire face à sa maladie. En parlant sur son intérêt en soi elle a dit : « akan La3mar itedou akan l'khouf irenou tagadhagh ozamrighara athatfagh gar ifassniw, L3ibadanagh zaren dima tamatouth idassaba machi dargaze » ; (de plus en plus l'âge avance je commence à m'inquiéter de ne pas prendre mon enfant entre mes bras ; autant que la société défend toujours l'homme et

perçoit toujours le problème par la femme) Samia déclare qu'elle a perdu l'intérêt de s'occuper d'elle même et elle évite de se regarder dans un miroire, car elle a pris du poids à cause des comprimés qu'elle utilise sans aucun résultat, « ouythoki3ara Lma3na ikal..karhagh ad'khazragh imaniw glamri koul 3amal tchoufoghe rnigh bazef glmizanne tetegh kan les comprimés pour rien » On a constaté que Samia a une faible image en soi engendrée par une souffrance psychique par le retrait sur soi.

Dans la discussion avec Samia on a abordé sa relation avec sa famille et sa belle famille, on l'a interrogé comment était leur vision, elle répond qu'ils étaient bien avec elle , y'a pas de problème, tous le monde la respecte ,même qu'ils s'intéresse à son cas, elle dit qu'elle sait que c'est pour son intérêt, puisque ils l'encourage et lui conseil de garder confiance en dieu puisque c'est lui qui donne ; on remarque qu'elle a l'espoir d'avoir des enfants ;et qu'elle peut dépasser sa souffrance puisque elle a une source de soutien positive qui est sa famille, c'est-à-dire : Quand l'ordre relationnel est positive la souffrance diminue.

2.3. Présentation du protocole et cotation de Samia

Planche	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	^ 2s 1-je vois un papillon 6s	Un papillon puisque il a des ailes	GF+Aban
II	v 7s 2- en dirait un couchant ou bien un éléphant 12s	Je vois deux couchons (les deux partie noires latérale)	GF- A

		Voici ces d'essence D1x2	
III	<p>√...1m12s</p> <p>3-resssemble à l'utérus (les parties noires inférieures médianes)</p> <p>D4</p> <p>1m14s</p>	<p>Deux être humain qui portent quelque chose(les deux parties noires latérales) DF+H</p>	DF-Anat
IV	<p>√32s</p> <p>..4-c'est la colonne vertébrale 36s</p>	<p>Parce que ressemble- la forme</p>	DF-Anat
V	<p><>5s</p> <p>5-C'est une chauve souris (toute la planche)</p> <p>8s</p>	<p>Elle a la forme d'une chauve souris.</p>	GF+A Ban
VI	<p>^36s</p> <p>6-C'est le pénis</p> <p>D6 1m03s</p>	<p>Voici les couilles</p> <p>D4</p> <p>DF-Hsex</p>	DF-Hsex
VII	<p>√ ^18s</p> <p>7-C'est l'utérus (D10)</p> <p>43s</p>	<p>Sa me parait un utérus para port a la forme. (D10)</p>	DF-sex
	<p>√ ^6s</p>		

VIII	8-C'est pareil l'utérus 15s	Il ya dodon un fœtus qui entrain de construire.	DF-Anat DF-KH
IX	3s 9-Je la vois comme les autre planche, c'est l'utérus(G) 34s	Mais ici ya pas les ovaires (les deux D verts latéraux vus ensemble)	DF-Anat
X	9s 10-Dans cette planche il ya aussi la forme de l'utérus (gris médian entier en haut) 29s	les couleurs ici sa représente les cellules(Ddbl)	DF-CAnat

Tableau n°4: le protocole de 2^{ème} cas Samia

2.4. le psychogramme de Samia

Résultat	Type de perception	déterminant	Contenu
R =12	G =3	F+ = 3	A = 3
Refus = 0	G% = 25%	F- = 9	Ad = 0
T.total = 4m57s	D = 9	F+- = 0	H = 2
T.R = 244s	D% = 75%	K H = 1	Hd = 0
T.L.M = 119	Dd = 0	Kan = 0	Anat = 6
TRI = 1K/1C	Dbl = 0	C = 1	Obj = 0
F comp = 0	Dbl% = 0	FC = 1	Frag = 0
RC = 11,33		CF = 0	Geo = 0
Ban = 0		Fclob = 0	Sex = 2
F% = 78%		FE = 0	
F+% = 25%		E = 0	

A% = 25%		EF = 0	
H% = 16,67%		Kp = 0	
AI :66,67			

Tableau n°5 : le psychogramme de 2^{ème} cas

2.5. L'analyse qualitative du Samia

On a constaté a travers le protocole de Rorschach de Samia, la présence d'une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses qui est inférieure à la norme R=12 dans un temps de 4m57s

Les modes d'appréhension

On remarque que les réponses globales sont dans la moyenne (20-30%) il atteint 25% ce que explique la vision globale du sujet vers la réalité extérieure. Et pour les réponses détaillées elles sont supérieure à la moyenne (60-68%) il atteint 75% ce qui montre la désintégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Le pourcentage des déterminants formelles données par le sujet sont F% = 78% qui est supérieur à la moyenne (60-65) ce que signifie l'étouffement de la vie affective et la privation du contact immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi même. On trouve les réponses formelles F+ apparait avec un pourcentage de 25% qui est inférieur à la moyenne (80-85%) ce qui explique l'utilisation de la réalité externe comme une moyenne qui inhibe l'apparition de la réalité interne.

Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparaît comme un type extratensif K1/2C. Ce qui renvoie la perte de contrôle émotionnelle face aux stimuli externes.

Les réponses kinesthésiques

Les réponses Kinesthésiques sont presque absentes 1k ce que signifie l'incapacité d'élaboration des conflits, on résume par la fragilité de l'image du corps.

Les réactions sensorielles

On a remarqué dans le protocole de Samia des réponses couleurs avec C=1 réponse ; et pour les réponses sur les contenus on trouve les réponses humaines elles sont apparues avec un pourcentage de H= 16,67% soit H= 2 elles sont apparues peu par rapport à la norme donnée ce qui signifie sa capacité de réincarnation de l'image humaine. On trouve les réponses A=3 ce qui renvoie à une adaptation sociale.

Concernant les réponses banales qui existent dans le protocole de Samia Ban=25% qui est à la moyenne montrée (20-25%) ce qui signifie que le sujet a une tendance aux conventions sociales.

Le choix des planches

Le sujet préfère la planche II et X comme aimable parce que il ya la forme d'un fœtus qui se prépare et IV, VII comme des planche désirable a cause de la couleur noir.

L'image du corps au Rorschach

On a constaté dans le protocole les réponses globales est dans la moyenne $G= 25\%$ par contre les réponses détaillées $D=75\%$ ont un pourcentage supérieure à la moyenne cela indique l'incapacité de l'unification de l'image du corps. Concernant les réponses humaines présentes avec un pourcentage moyen (12-18%) est de 16,67% ce qui explique une identification dans les relations humaines.

On a remarque l'absence des réponses humaines détaillées $Hd=0$. Cela indique une mauvaise compréhension globale de l'image du corps.

On a constaté aussi l'apparition des réponses anatomiques dans six réponses ce qui signifie que le sujet a une vision négative vers son image du corps.

La synthèse de Samia

Durant l'entretien Samia était coopérative, simple le contacte était Facile elle vit avec la stérilité depuis 11ans ce qui engendre des complications psychiques.

La production générale de Samia est caractérisée par une mauvaise productivité, où elle donne 12 réponses, on remarque que le sujet a une désintégration de l'unification corporelle et ça apparait dans le nombre supérieur des réponses détaillés elles sont d'une mauvaise qualité à cause des réponses humaines, animales, anatomiques ce qui confirme que le sujet a une vision négative vers son corps.

3. Présentation et analyse du cas chaima

3.1. Cas Chaima

Chaima est une femme au foyer âgée de 32ans son niveau d'instruction est 3^{ème} année secondaire mariée depuis 12ans, elle habite à Bejaïa d'une situation économique moyenne elle présente une stérilité primaire causé par une malformation de l'utérus.

3.2. L'analyse de l'entretien

Elle s'est confiée à nous et s'exprime normalement. Elle était trop coopérative dès le début elle nous a parler sur son mariage et son état de stérilité, elle a dit : « après une longue histoire d'amour, on a décidé de se marier, j'ai laisser mes études pour fonder une famille » Au début elle n'accorde pas trop d'importance à ça en disant : « ossaneni imazwoura ouythouki3ara,oprissighara puisque zawdjagh tamazyante même si hamlagh arach », (j'aime les enfants mais j'étais pas presser d'en avoir puisque je me suis mariée très jeune) , « mamba3de 6 snin bah rohagh ghatbib lakhatar arguaziw oyakbilara la soigne abrid amanzou, mi3almagh salhalaynou, atrough,choquigh,iw3ar lhale mlih, rohagh partout, Setif, Béjaia, Alger.. khadmagh coulache.. » ,(c'est après six ans de mariage que j'ai commencer à consulter pour la première fois puisque mon mari refusait les soins au début après la première consultation le médecin ma informé que j'ai un fibrome et que les résultats de mon mari étaient faibles, j'étais choquée au départ,- avec des larmes aux yeux- c'était très difficile de supporter, j'ai crié , j'ai pleuré, j'ai consulté plusieurs gynécologues ; ici à Bejaïa , à Sétif, à Alger j'ai fait tous les examens clinique qu'il fallait) Elle déclare que la femme stérile fait de la peine puisque la stérilité est une source de

problème psychologique en Algérie, c'est ce qui montre une souffrance psychologique et un état dépressif aigu.

Chaima nous a décrit son sentiment quand elle rencontre une femme enceinte : « t'hibighe adazragh yawthe enceinte, mais brighe ad3ichagh le sentimen nni atimghore lhadja zyi wat3assate atalhak » pour Chaima c'est un plaisir de voire une femme enceinte, et aimerais bien vivre le sentiment de sentir une âme qui grandit à l'intérieur d'elle, et l'attendre avec impatience pour combler le vide qui est dans chaque coin de la maison. Le sentiment de culpabilité était remarquable chez Chaima, elle l'a affirmée par sa réponse : « j'aimerais bien porter un bébé à mon mari, au moins on aura la chance de voire le fruit de notre amour ». Elle a un désintérêt de son image en soi, elle a beaucoup de responsabilité envers sa belle famille et elle ne trouve pas de temps pour s'occuper d'elle-même, en plus elle ne fait que penser à son cas , d'ailleurs tout son budget elle le consacre pour se soigner .

Chaima, estime qu'elle n'avait pas de problèmes, mais les choses ont changées, elle raconte : « Après le mariage de mes beaux frères chacun s'est occupé de sa vie et de ses enfants, mes beaux parents ne me donnent plus d'importance » ces derniers temps Chaima évite les fréquentation « je ne supporte plus maintenant quand quelqu'un me parle ou me questionne, ça y est, il y en a marre !de leur bêtes conseils et de leurs solutions traditionnels telle que tihamamine, une thérapie qui me fait perdre du temps .

L'absence de soutien familiale dévalorise le statue de chaima dans sa famille. C'est son mari qui comble ce vide. D'après elle ; la compagnie de son époux est seule suffisante pour la rendre heureuse.

3.3. Présentation du protocole et cotation de chaima

Planche	Texte	enquête	Cotation
I	<p>^4s 1-C'est la colonne vertébrale (la partie médiane entière) 20s</p>	<p>Sa forme ressemble a une chauve souris il est moche (partie supérieure entière et inférieure entière) DF+ABan</p>	DF+Anat
II	<p>∇1s 2-c'est le Cole d'une femme(D1x2)1m0 6s</p>	<p>C'est ce que je vois</p>	DF-Hanat
III	<p>^33s 3-C'est un Cole qui n'est pas claire 44s</p>	<p>Sa ressemble a une radio d'un Cole je pense</p>	GF-Anat
IV	<p>^∇26s 4-Des différents Colles chaque femme comment elle a 38s</p>	<p>Voici les ovaires sont petit(Ddbl) DdblF-Anat</p>	GF-Hanat

V	<p>∨5s 5-C'est un papillon 9s</p>	<p>La forme est un papillon mais je sais c'est un Cole(G)</p>	GF+ABan
VI	<p>∧1m02s 6-C'est un Cole fermé (D2 D12) 1m12s</p>	<p>Elle a une forme d'un Cole</p>	DF-Anat
VII	<p>∨14s 7-Un Cole très ouvert 1m26s</p>	<p>Voilà il es large (grand lacune centrale) DF-anat</p>	GF-anat
VIII	<p>∧17s 8-C'est un Cole avec la couleur rouge (D1)23s</p>	<p>Un Cole il a des vain(D4) DF-Canat</p>	DF-Canat
IX	<p>< 7s 9-C'est un Cole d'une femme âgée 20s</p>	<p>Sa me fait pensée a une femme âgée il devient inutile</p>	DdblF-anat
X	<p>>9s 10-Je vois un Cole malade l'ovaire périmé (D11) 19s</p>	<p>Les trois petits points jean c'est l'sperme(Ddbl DdblF-Canat</p>	DF-anat

Tableau n°6 : le protocole de 3^{ème} cas

4.4. le psychogramme de chaima

Résultat	Type de perception	déterminant	Contenu
R= 10 Refus= 0 T.t :6m47s T.R : 40s T.L.M : 117s	G= 4 G%= 40% D= 5 D%= 50% Dd= 0 Ddbl= 1 Ddbl= 10%	F+= 2 F-= 8 F+-= 0 F= 10 F%=100% F+%=20% K= 0 FC= 1 C= 1 TRI= K = 0/1C FC=0 RC= 30% IA= 80%	H= 2 H%=20% Hd= 0 Hd%=0 Ad= 0 Ad= 0 Bot= 0 Anat= 8

Tableau n°7 : le psychogramme de 3^{ème} cas

4.5. L'analyse quantitative de Chaima

L'impression générale

A travers le protocole de Chaima on remarque une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses R=10 qu'est inférieure à la moyenne (20-30%) donc ce protocole n'est pas productif il est dans un temps totale 5m2s qu'est inférieure à la moyenne.

Les modes d'appréhension :

Dans le protocole de Chaima, le nombre des réponses globales 40% c'est un pourcentage considérable par rapport aux normes données par C. Chabert et D. Anzieu (20-30%) ce qui renvoie à la nature adaptative de sujet avec la réalité extérieure. Pour les réponses détaillées il est inférieur à la moyenne (60-68%) il atteint 50% ce qui montre la désintégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Le pourcentage des réponses formelles sont $F\%=100\%$ ce pourcentage est supérieur à la norme ce qui désigne l'étouffement de la vie affective et pulsionnelle; et aussi désigne que le sujet voit la réalité dans son côté formelle. Et $F+\%$ qui est inférieur à la moyenne (80-85) elle atteint 20% ce qui explique une mauvaise interprétation et perception de la réalité extérieure.

Les facteurs relevant de la dynamique de conflictuelle le type de résonance intime apparaît extratensif $0k/1C$ ce qui signifie la perte de contrôle émotionnelle face aux stimuli externes.

Les réponses Kinesthésique

Le protocole de Chaima est caractérisé par l'absence des réponses kinesthésique se qui témoigne l'incapacité de réincarnation de l'image humaine et n'arrive pas à exprimer des conflits.

Les réactions sensorielles

Dans le protocole on a remarqué la présence des couleurs on trouve $C=1$, ce qui montre la réalité affectif du sujet.

Concernant les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage de 20% Il est élevé par rapport aux critères données (12-18%) ce qui

explique la capacité du sujet de réincarnation de l'image humaine et l'absence d'une inhibition dans les relations humaines.

Le choix des planches

Les planches préférées c'est la II et X la planche qu'elle n' a pas aimer c'est la I et la V.

L'image du corps du Rorschach

On a remarqué dans le protocole de Chaima que les réponses globales ont un pourcentage considérable par rapport à la norme il atteint 40% ce que explique la nature adaptative du sujet au monde extérieur.

Et pour les réponses détaillées, elle est dans la norme elle atteint 50% cela implique la désintégration de l'unification corporelle.

Dans le protocole on a remarqué la présence des réponses anatomiques anat= 8 réponses qui signifie que le sujet a une vision négative vers son corps ce qui renvoi à la fragilité de l'image du corps.

On conclut la fragilité de l'image du corps et sa vision négative du sujet vers son corps à cause de l'apparition des réponses humines et anatomiques.

Synthèse:

Durant l'entretien, Chaima nous a explique sa souffrance sur le plan psychique elle a une stérilité depuis 12ans, elle est stressé, angoissé ,cela se manifeste par la projection de son envie d'enfanter vers les femmes enceintes , mais elle évite les fréquentations ce qui prouve la difficulté de s'adapté avec autrui. Dans le protocole, elle n'a pas donnée une bonne production; dix réponses, le sujet n'a pas une capacité pour

prouver l'unité de son corps à causes des réponses détaillées qui est dans la norme. Elles sont d'une mauvaise qualité à causes de l'apparition des réponses anatomiques, ce qui confirme la vision négative du sujet vers son corps.

4. Présentation et Analyse de cas du Baya

4.1. Cas de Baya

Baya est une femme au foyer âgée de 38ans mariée depuis 13ans d'un niveau primaire et d'une situation socio-économique moyenne avec la présentation des différents bilans médicales qu'elle a subi elle présente une stérilité causé par un trouble d'ovulation.

4.2. L'analyse de l'entretien

Baya était très coopérative, elle déclare que sa souffrance a commencé depuis le début de son mariage : « ça fait 13sna naki t'houfagh fdarya, mais oulache iouw3are lhale amek amadwassfagh asoufri esoufrigh » ;(cela fait 13ans que nous essayons d'avoir un bébé, mais rien, c'est très difficile de vous expliquer ma douleur) elle pleure ; pour elle l'enfant représente sa vie c'est l'existence, elle dit : « la fille se marie pour avoir des enfants,pour être une maman » se qui explique son intense désir d'avoir des enfants, quand elle nous a raconté sa réaction quand elle a su qu'elle est stérile elle déclare : « outazmiramera atamaginin amek iythatra miyadina tbibe,khal3agh, zrighe koulache dabarkan, amdinigh ouzmiraghara adkablagh lhalaynou » ; (vous ne pouvez pas imaginez comment était ma réaction l'hors de l'information du médcin, j'étais choquée, j'ai vu tous en noir, j'ai pas pu accepté) ;la gravité du cas de Baya est liée à la négation et l'incapacité d'accepter la vérité ,la crainte de ne pas réussir avec les traitements qu'elle suit est

observable ; elle a une forte croyance en dieu, elle dit qu'elle continue toujours ses soins, elle garde l'espoir puisque c'est Dieu qui donne « ougadagh tassagh kan doi fi batel, i3ni rabi iditrazikan adarya », Baya n'est pas coupable envers son mari, elle dit : « non je ne suis pas coupable car j'ai tout fait pour en avoir, mais j'ai pas eu cette chance ». On dit : « celui qui ne tente rien ne gagne rien ». malheureusement ce proverbe ne convient pas au cas de Baya ; car toutes ses tentatives étaient vaines ,elle vit un état de détresse : « itrouh falli nodame, trawegh kan bla saba, trouhagh zaysante assma ayidahidar hade otconsentrihara ikal amzek, tsatsagh bazef bla madacontroligh imaniw, » ; (je n'arrive pas à dormir la nuit, je pleure toujours à la moindre occasion, des fois quand quelqu'un me parle ma tête capte un autre monde, je ne me concentre plus comme avant, ainsi que je parle beaucoup même des sujets bêtes, juste pour m'occuper ,car je m'ennuie toute seule ,j'ai l'habitude de manger sans arrêt inconsciemment). On remarque les signes d'une dépression chez Baya ,en effet elle présente un sentiment de manque et d'échec vis-à-vis des femmes enceintes « at'hosough imaniw halkagh, ounfi3aghara, out'hibighara antazraghe machi dlabghiw » (c'est là où je sens que je suis infertile, c'est pour ça que je déteste les rencontrer ou ; de parler avec elles, c'est plus fort que moi » ; Baya a perdu son intérêt de s'occuper d'elle-même en disant : « je suis devenu je-m'en-foutiste », elle éprouve un désintérêt total elle n'aime pas voir son visage dans un miroir, surtout sa taille : « je suis devenu comme une vache... (avec tristesse), ce qui traduit une vision négative de son corps. Sa mère paraît difficile de s'intéresser à moi-même ; plus l'âge avance ; plus l'intérêt se réduit) « akan itimgharaghr akan itssarihaghe iymaniw » on a constaté que la souffrance psychique et morale chez le sujet perd l'harmonie de vivre

pour soi . En abordant le côté relationnel, elle déclare : « c'est pas facile pour une femme stérile de s'entendre avec sa belle famille, car même en absence de conflits classiques, la stérilité en elle seule peut déclencher le plus grand des conflit conjugale ,ils se comportent autrement avec moi, ils me jugent, je suis complètement négligée, ignorée dans la famille de mon mari, mais heureusement lui, il me soutien, il est près de moi » Baya prête beaucoup d'impotence au regard que porte les autres envers elle. Elle ajoute : « j'évite au maximum les fréquentations, puisqu'ils me font rappeler mes douleurs et la sensation d'incapacité et de mon échec ». On remarque qu'elle adopte l'attitude d'évitement se qui explique le refus de son état éventuel et de son statue familiale.

4.3. Présentations du protocole et cotation de Baya

Planche	Texte	Enquête	Cotation
I	^7s 1-C'est un papillon (G) 15s	Un crocodile qui veut arracher quelque chose (D1) DF-KA	GF+ABan
II	v4s 2-Un mousquet (G) 29s	Deux couchons (D1) met sur deux pieds DF-Ad	GF-Archeo
	>13s 3-Tête d'une	Une poule qui	DF-Ad

III	poule (D6x2) 24s	porte ses enfants, cet enfant ressemble à des rats	
IV	^15s 4-C'est un chevale de mère (G) 1m6s	La forme et la couleur	GF+A
V	^4s 5-C'est un chien (Ddbl)10s	Un chien qui Dor voilà ces pieds (Ddbl)	Ddbl F-Ad
VI	√9s 6- Un personne met un mentaux (G) 23s	Voilà son corps Ces mains	GF-H
VII	^ 8s 7-Un rochet (G) 18s	Ici c'est la tête d'un toron(D1x2) DF-Ad	GF+Aroch
VIII	√11s 8-C'est un lion qui montre dans une montagne	Le bleu c'est le ciel Le rose c'est un	GF+kanABan

	(G) 51s	ventre un bébé dedans. DF-Hd	
IX	^16s 9-Sont des pieds d'une poule (D6) le reste je sais pas 18s	Ici c'est le Dou (D9) la colonne vertébrale (D5) DF-Anat	DF+Ad
X	^3s 10-Un roi met un mentaux du ferreur 25s	Le jaune c'est des oiseaux(D13) DCF-A	GF- objet

Tableau n°8 : le protocole de 4^{ème} cas « Baya »

4.4. psychogramme de Baya

Résultat	Type de perception	Déterminant	Contenu
R= 10	G= 7	F+=5	H= 1
Refus= 0	G%= 70%	F-= 5	H%=10%
T.T=5m2s	D= 2	F+-= 0	Hd=0
T.P.R= 300s	D%= 20%	F= 10	Hd%=0
T.L.M= 90s	Ddbl= 1	F%=100%	A= 2
	Ddbl%= 10%	F+%= 50%	Ad = 3
		F-%= 50%	A%=20%
		Kan A= 1	Bot= 0
		FC=0	Ban= 2

		CF=0 C=0 TRI=Kan 1/ 0C F.C= 0 RC= 30%	Ban%=20% Obj= 1 Aroch= 1 Archeo= 1
--	--	---------------------------------------------------	---------------------------------------------

Tableau n°9 : le psychogramme de 4^{ème} cas

4.5. L'analyse qualitative

L'impression générale

On a remarqué dans ce protocole, la présence d'une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses R=10 c'est un pourcentage inférieur à la moyenne (20-30%) donc le protocole n'est pas productif il est dans un temps totale 5m2s qui est inférieur à la moyenne.

Les modes d'appréhension :

On remarque dans le protocole de Baya que les réponses globales est supérieur à la norme (20-30%) il atteint 70% ce que montre la nature adaptative du sujet avec la réalité exterieur. Pour les réponses détaillés il est inférieur de norme (60-68%) elle atteint 20% ce que explique désintégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Concernant les réponses formelles, elles sont à 100%, ce qui signifie la fragilité des processus défensif assimilées dans l'utilisation de la réalité externe pour préparé l'apparition des implications fantasmatiques et émotionnelles. Pour les réponses formelles apparaissent avec un pourcentage F+ =50% c'est donnée est inférieur par rapport à la moyenne entre (70-80) ce qui signifie l'incapacité du sujet à s'adapter à la réalité exterieur et aussi de l'étouffement des

mécanismes d'adaptations et l'incapacité d'établir des frontières stables entre le dedans et le dehors.

Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime est de type extratensif (TRI) $K=1/0C$ ce qui montre la perte de contrôle face aux stimuli externes.

Les réactions sensorielles

Dans ce protocole on a remarqué l'absence des couleurs $C=0$ ce qui montre le manque de la réalité affective du sujet.

Les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage de $H=10\%$ sont les moins proche des critères données (12-18%) ce qui signifie l'incapacité du sujet de réincarnation de l'image humaine et l'inhibition dans les relations humaines, on trouve des réponses détaillées animales $Ad=30\%$ ce qui signifie l'appréhension détaillée au lieu de l'appréhension globale de l'image du corps, elle décrit l'absence de l'intégration de l'image du corps et la présence de l'angoisse de morcellement.

On trouve dans le protocole des réponses animales est très bas avec un pourcentage $A=20\%$ qui renvoie à l'inadaptation sociale.

Les réponses banales, on trouve deux réponses dans le protocole qui sont liées à des réponses globales mais d'une mauvaise qualité car elle renvoi à une fragilité de l'image du corps.

Choix des planches

Pour cette épreuve, le sujet a choisit la planche V et X comme des planches aimables, et pour les planches non apprécie le sujet a choisit les planches III, II.

4.5. L'image de corps de Rorschach

Dans le protocole de Baya les réponses globales sont supérieur à la moyenne 70% et les réponses détaillées inférieur à la moyenne 20% ce qui montre l'incapacité du sujet à appréhendée l'unité corporelle, on trouve aussi des réponses détaillées animales Ad= 30% qui signifie l'absence de l'intégration de l'image de corps ; dans le protocole les réponses anatomiques sont absentes, ce que montre la vision négative du sujet en vers son corps.

On conclut par le Rorschach ; dans ce protocole l'incapacité a appréhendé l'unité son corps et sa vision négative vers elle qui apparaissent dans la présence des réponses Animales détaillées.

La synthèse

Durant l'entretien Baya a s'exprimé facilement malgré son refus au début, elle a une stérilité depuis 13ans ces complications apparaissent dans l'état psychique qui est complètement désespéré.

Concernant les résultats de tests de Rorschach, la production générale de Baya caractérise une inhibition qui apparait dans le nombre de réponses. Et elle n'a pas une capacité d'appréhendé globale de l'unité de son corps à causes des réponses détaillées qui est inférieur à la moyenne. Et la présence de l'intégration corporelle ; ce qui montre aussi la vision négative de sujet vers son corps.

5. Présentation et analyse de Sihame

5.1. Cas Sihame

Sihame une femme âgée de 39 ans, c'est une licenciée, sans profession mariée depuis 14 ans d'une situation économique élevée, type de stérilité secondaire causée par une anomalie des trompes.

5.2. L'analyse de l'entretien

Madame Sihame était active, souriante coopérative ; elle répond aux questions librement, le contact avec elle était facile , elle a parlé au début sur sa vision par rapport au mariage ; elle l'a défini comme une responsabilité, pour fonder un foyer : « azwadj d'la responsabilité atabnout Akham ». Ensuite elle a abordé son parcours de soin ; Sihame a commencé des consultations après trois mois de mariage à la demande de son mari ; puisque il est beaucoup attaché aux enfants, la réaction face à la réalité de stérilité était comme un massacre à l'égard de Sihame (quand le docteur m'a parler de mon problème, je n'arrivais pas à le croire, j'étais étonnée), on remarque le refus et le déni face à la réalité. Pour elle l'enfant est symbole d'amour qui renforce les relations d'un couple, même si sa relation avec son mari était forte d'après ces dires (l'enfant représente l'identité du couple, une femme ressent le sentiment noble de la maternité et le père aussi affirme son existence « aderya lwansse nadounith » elle a formulée cette phrase avec un grand silence intérieur qui a révélée un sentiment de culpabilité en disant : « iw3ar lhale adbadagh zathe l3ibad ... lwakthe daghen it3aday rapide dkika t3adayen lasnine » ; (c'est trop difficile, le temps passe vite et moi j'arrive pas faire face à la société) ; cela désigne qu'elle n'arrive pas à accepter son infertilité. Sihame nous a parler ensuite sur l'intérêt de s'occuper d'elle-même, elle fait toujours attention à sa

beauté, elle déclare : « non, je m'occupe toujours de mon physique, c'est vrai je n'ai pas d'enfants, mais j'aime que mon époux me trouve belle. A part l'obésité, je n'étais pas comme ça je suis devenu obèse à cause des médicaments, et maintenant je fais un régime pour maigrir un peu... » On remarque donc, qu'elle s'intéresse à son image pas pour elle-même, c'est par crainte et l'angoisse de séparation de son mari. Quand on lui a posé la question sur sa relation avec autrui, elle a dit qu'elle n'avait pas de conflits, mais elle évite les fréquentations qui lui font rappeler son cas, même si ces derniers lui donnent des conseils ; exemple (comment utiliser les thérapies traditionnels), mais elle affirme qu'elle et son mari étaient contre ; ils ont plutôt tenté des méthodes plus avancées et ont voyagé en France, en Tunisie où elle a fait une FIV qui n'a pas tenu plus de 20 jours. A ces dires elle a une bonne relation avec son mari « je sais que mon mari m'aime, il est compréhensif il est toujours près de moi, mais je le sens qu'il veut avoir un enfant, qui portera son nom, et je n'ai pas pu le lui donner » Sihame se sent coupable envers son mari.

5.3. Présentation du protocole et cotation de Sihame

Planche	Texte	Enquête	Cotation
I	√ 4s 1-Ressemble à un papillon 2- alwalda 18s	Voici ces ails, ces yeux -voici les ovaires	DF+Aban DF-Anat

II	<p>^ 3s 3-C'est alwalda 12s</p>	<p>Alwalda d'une femme se délatte (D6) DF-Hdanat</p>	DF-Anat
III	<p>^ 8s 4-C'est l'utérus 10s</p>	<p>Je vois deux tête d'un bébé peut être des jumeaux DF-Hd</p>	DF-sex
IV	<p>^ 7s 5-C'est un papillon 11s</p>	<p>Dans sa forme est un papillon mais le sens ...je ne sais pas</p>	GF-Aban
V	<p>v 6s 6-C'est un chauve souris 9s</p>	<p>Je vois un animale</p>	GF+Aban
VI	Refus	Refus	Refus
VII	<p>^2s 7-Cette planche ressemble a la planche trois « un utérus » 13s</p>	<p>Mais il ya un truc qui manque ici (Grand lacune central)</p>	DF-anat

VIII	3s 8-Le même sens un utérus 10s	La forme de l'utérus en bas Les deux coté c'est un lion(D1x2)	DF-Anat
IV	4s 9-C'est la tête d'un denozor en haut (D3) 18s	Ici c'est l'utérus (D11) DF-Anat	DF-A
X	11s 10-C'est humain c'est la partie vaginale. 35s	Voilà c'est la partie vaginale (D9)	DF-Anat

Tableau n°10 : le protocole du 5^{ème} cas Sihame

Résultat	Type de perception	déterminant	Contenu
R= 10 Refus=1(La planche 6) T.T= 21m16s T.P.R=121s T.L.M= 48s	G= 2 G%=20% D= 8 D%=80%	F+=8 F-=2 F+ -= F=10 F%=100% F+%=80% K= 0 FC= 0 CF= 0 C= 0 TRI= k 0 /C 0 F.C= 0 RC= 30% IA : 60%	A=3 A%=30% Bot = 0 Ban = 6 Ban% = 60% Obj = 0 Sex = 1 Anat= 5

Tableau n°11 : le psychogramme de 5^{ème} cas

L'analyse qualitative de cas Sihame

L'impression générale

On a constaté à travers le protocole de Sihame la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R=10 ce que montre la pauvreté fantasmatisée du sujet car les nombres des réponses est très bas à la norme donnée par C.chabert et D.Anzieu (20-30%) pour l'adulte. Ainsi ça apparaît dans le refus de la planche six.

Les modes d'appréhension

Dans le protocole de Sihame le nombre de réponses globales est proche de la moyenne donnée par C. Chabert et D. Anzieu ce qui montre la capacité d'adaptation du sujet avec la réalité extérieure.

Pour les réponses détaillées ; il est supérieur de norme (60-68) il atteint 80% ce qui explique la désintégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Les réponses déterminants formelles apparaissent avec un pourcentage de F%=100% ce qui signifie la fragilité des processus défensif assimilée dans l'utilisation de la réalité externe pour préparé l'apparition des implications fantasmatique et émotionnelle. On trouve les réponses formelles correcte F+ apparaissent avec pourcentage 80% ces données (70-80%) ce qui renvoie à l'étouffement de la vie affective et pulsionnelle et aussi désigne que le sujet voit la réalité dans son côté formelle.

Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime est absent 0k/0C se qui montre la perte de contrôle face aux stimuli externes.

Les réponses kinesthésiques

Les réponses kinesthésiques dans le protocole de Sihame sont absents ce qui signifie la présence d'une inhibition dans les relations interpersonnelles et l'incapacité de réincarnation d'une image humaine chez le sujet.

Les réactions sensorielles

Dans le protocole, on a remarqué l'absence de réponses formelles ce qui implique que le sujet a une perte du contrôle émotionnel et une inhibition dans les relations interpersonnelles, en plus de l'incapacité de réincarnation d'une image humaine.

Concernant les réponses Humaines ou les réponses humaines détaillées il y a une absence totale ce qui signifie, l'incapacité de réincarnation de l'image humaine par le sujet.

On trouve le nombre des réponses animales $A\% = 30\%$ avec 3 réponses elles renvoient à l'inadaptation sociale même, qu'on remarque les réponses anatomiques, très élevées avec 5 réponses ce qui montre la fragilité de l'image du corps. Ce protocole est caractérisé par des réponses banales on trouve $Ban = 6$ ce que signifie

Les choix des planches

La planche I et VIII puisque la 1^{er} ressemble à un papillon c'est beau ; la planche huit a des belles couleurs sont gai et les planches IV, VII comme choix négative à cause de sa couleur.

5.6. L'image de corps de Rorschach

On remarque que les réponses globales sont dans la moyenne, qui veut dire sa vision globale de la réalité extérieure et aussi les réponses détaillées qui est supérieur à la norme 80%, cela indique que le sujet a appréhendé l'unité corporelle. On trouve aussi l'absence des réponses humaines et des réponses humaines détaillées ce qui signifie l'absence de l'intégration de l'image de corps.

Dans le protocole les réponses anatomiques sont présentes avec 7 réponses ce qui signifie que le sujet a une vision négative vers son corps.

On conclut dans ce protocole que Sihame a une vision négative vers son corps, à partir de la qualité des réponses globales et l'apparition des réponses détaillées et réponses anatomiques ; donc ; il y'a une fragilité de l'image de corps.

La synthèse

L'entretien avec Siham était facile, elle vit avec une stérilité depuis 14ans, sur le plan psychique elle est dans un état de souffrance, angoissée, elle est réticente dans ses relations, ce indique un état d'évitement.

Le test du rorschach montre que le sujet n'a pas donné une bonne production ; d'après les nombres de réponses 10 et le refus qui apparaît à la planche six ; le sujet n'a pas une capacité de l'appréhension globale de l'unité de son corps à cause du nombre de réponses détaillées qui est dans les normes. L'absence des réponses humaines détaillées, et la présence des réponses anatomiques, dévoile que le sujet a une vision négative vers son image corporelle.

6. Présentation et analyse de Ghania

6.1. Cas de Ghania

Ghania une femme âgée de 42ans mariée depuis 22ans lycéenne, elle exerce la couture, sa situation économique est moyenne, elle habite à Béjaia elle a un type de stérilité secondaire causé par l'endométriase.

6.2. L'analyse de l'entretien

Le contacte avec Ghania était facile, familier; elle nous a facilité le travail car elle a répondu à nos questions en langue française, sans aucune gêne, pour elle, le mariage représente : « la stabilité, la maternité et le rêve d'une jeune fille » sa quête pour avoir un enfant a commencé après 4ans de mariage pour raison de santé psychologique, elle déclare : « j'avais une dépression et j'ai suivie chez un psychiatre ». Elle avait des larmes aux yeux On a déduit que le vécu de Ghania était difficile, il a engendré une souffrance psychique ; pour elle, l'enfant est égale à la vie : « l'enfant c'est la vie l' venir, preuve de l'identité dans la vie d'un couple, une production et une étiquette individuelle ». Ici on touche le degré de désir d'enfanter, en parlant de ça, elle était triste, sensible, la peur parus dans ses mimiques, en évoquant sa stérilité. Elle avoué avoir beaucoup de problèmes de santé suite cela : « je suis hypertendu, et j'ai subit deux interventions et récemment j'ai la thyroïde » Elle a annoncé : « c'est pénible quand la situation économique est un obstacle, puisque la stérilité est un handicap qui nous accompagne ». la peine de la solitude est remarquable dans son discours. Ghania n'était pas chanceuse dans ses traitements ; malgré toutes les tentatives qui n'ont pas marchées . « J'ai tout fait, ma stérilité n'est pas causé par mon anti fertilité, je n'ai aucune perturbation de cycle » Ghania éprouve un sentiment de culpabilité : « Oui, je suis coupable envers mon mari, même si il est toujours prés de moi il m'encourage, il est contre les soins, il s'en fout. » Ghania déclare aussi que quand elle rencontre des femmes enceintes, elles leur souhaitent beaucoup de bonheur : « Au début de mes années de mariage ; c'est vrai, je me disais pourquoi pas moi, j'aimerais bien voir mon ventre gonflé ; et ressentir quelque chose qui grandis en moi , puisque j'ai

beaucoup d'amour à donner, mais c'est le destin » On l'a interrogé sur son intérêt à s'occuper d'elle-même ; elle déclare en souriant : « mon mari me vois belle ». Ghania a l'avantage de l'amour de son mari . A propos de sa relation avec autrui elle dit : « moi, je suis bien entourée , personne ne me juge, mon mari et ma famille sont prêt de moi , le reste je n'accorde pas d'importance » Son amour à sa famille et à son mari la pousse à continuer et faire face de ses contraintes. Mais ce qui a mis Ghania en colère et l'a pousser à réagir agressivement , c'est quand on a posé la question sur le critère de statut . Elle a répondu : « aucun statut, même si la femme stérile est intellectuelle, forte, mais n'a pas de revenus, même la prime de maternité elle est de 5 DA elle n' a pas droit aux allocations parce qu' elle ne peut pas enfanter, elle perd beaucoup de droits à cause de sa stérilité. »

6.3. Présentation du protocole et cotation de Ghania

Planche	Texte	Enquête	Cotation
I	^ 4s 1-Sa me fait pensée à l'endométrio-se 20s	C'est le ventre de la femme qui se battre contre la stérilité DF-KHd	GF-Hd
II	∨...1m 2- C'est deux ovaires 1m, 6s	Essaye d'être solide pour arriver à former un fœtus	DF-Anat

III	<p>^ 33s</p> <p>3- Je vois deux personnes avec une femme (D1) 44s</p>	<p>La société arrache dans cette manière mais l'espoir est au milieu (D3 rouge médian)</p>	DF+Hban
IV	<p>^..26s</p> <p>4-C'est les ovaires d'une vieille (moitié supérieure) 38s</p>	<p>Sa rentre dans la ménopause (Dd, saillie latérale supérieure)</p>	DF-anat
V	<p>v 14s</p> <p>5-Chaube souris elle a plusieurs couleurs(G) 1m26s</p>	<p>La forme d'une chauve souris il a deux couleurs</p>	GF+CABan
VI	<p>Je n'ai pas comparé c'est quoi exacte.</p>	Refus	Refus
VII	<p>^1m7s</p> <p>6-Je vois deux jumeaux 1m21s</p>	<p>En haut c'est la tête et en bas c'est l'utérus</p>	DF+H
	<p>^ 17s</p>		

VIII	7-On dirait un papillon avec toutes ces couleurs en haut ou bien un utérus (D5) 23s	Les deux coté rose c'est des ras(D1x2)	DF-Anat
IX	∨ 7s 8-C'est un arbre c'est comme ça que je vois (G) 20s	Un combat de bas en haut	GF+Bot
X	∧ 9s 9-IL ya deux personnes moi et mon marie 19s	On est attacher à moi il me soutenus contre les barrières il Ya un combat qui tue derrière la planche, comme mon marie est battus pour garder notre amour.	GF+KH

Tableau n°12 : le protocole du sixième cas Ghania

6.4. Le psychogramme de Ghania

Résultat	Type de perception	déterminant	Contenu
R= 9 Refus= 1 (la planche 06) T.T= 6m88s T.P.R= 364s T.L.M= 120s	G= 4 G%= 44,44 D= 5 D%=50%	F+=5 F-=5 F+-=0 F= 10 F%= 50% F+%= F-%= 50% K= 0 FC= 1 CF= 0 C= 1 TRI= 1K 1C	H= 2 H%=33,33% Hd=1 Hd%= A=2 A%= 20% Bot = 1 Ban = 3 Ban% = Obj= 0 Anat= 2

Tableau n°13 : le psychogramme de 4^{ème} cas

6.5. Analyse qualitative

On a constaté à travers le protocole de Ghania la présence d'une inhibition qui apparait dans le nombre des réponses R =09 qui est inférieur à la moyenne (20-30%) donc le protocole n'est pas productif ,ainsi son refus face à la planche six ; qui signifie une défaillance dans ces idée.

Les modes d'appréhension

Dans le protocole de Ghania le nombre de réponses globales $G=44,44\%$ C'est un pourcentage considérable par rapport aux normes données par C.chabert et D.Anzieu (20-30%) ce qui renvoie à la nature adaptative du sujet avec la réalité extérieur. Pour les réponses détaillées, il est inférieur à la moyenne (60-68) il atteint 50% ce qui montre la désintégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Le pourcentage des réponses formelles sont $F\%=50\%$ ce pourcentage est proche à la moyenne ce qui montre la rigidité des processus défensifs qui apparait dans l'utilisation de la réalité. Et on trouve les réponses formelles correctes $F+$ apparaissent avec un pourcentage $F+=50\%$ inférieur à la moyenne (80-85%)ce qui explique une mauvaise interprétation et perception de la réalité extérieur.

Les facteurs relevant de la dynamique de la conflictuelle

Le type de résonance intime apparait comme type extratensif $1k/1c$ ce qui signifie la perte de contrôle émotionnelle. Face aux stimuli externes.

Les réponses kinesthésiques

Le protocole de Ghania est caractérisé par l'apparition des kinesthésiques car on trouve une seul réponse kinesthésique ce que témoigne la présence d'une capacité de réincarnation de l'image humaine et l'élaboration des conflits.

Les réactions sensorielles

Dans le protocole on a remarqué la présence des couleurs on trouve $C=1$, ce qui montre la réalité affectif du sujet ; concernant les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage 33,33% il est supérieure à la moyenne donnée ; ce qui explique une adaptation aux relations et une identification à une image humaine. Dans ce protocole les réponses banales sont présentes $Ban=2$ ce qui signifie une fragilité de l'image du corps.

Concernant Ghania on trouve le refus de la planche six ce qui reflète le sentiment de culpabilité et une représentation négative en soi.

Les choix des planches

Le sujet a choisit les planches VIII et X comme choix positive qui est attiré par les couleurs, ce qui signifie la réalité affective. Et comme choix négative elle a choisit la planche IV et VI elle les déteste puisque elle se rappelle des mauvais souvenir « l'endométriose ».

6.6. L'image du corps du Rorschach

On a constaté dans protocole les réponses globales est dans la moyenne 44,44% par contre les réponses détaillées $D=50\%$ cela indique l'incapacité de l'unification de l'image du corps. Concernant les réponses humaines présentes un pourcentage supérieur à la moyenne (12-18%) $H=33,33\%$ ce qui explique la capacité de réincarnation de l'image du corps et l'absence humaine détaillée $Hd=1$ cela indique l'apparition de l'appréhension détaillée avec une présence des réponses anatomiques dans 3 réponse d'une mauvaise qualité ce que signifie que le sujet a une vision négative vers son image de corps.

On conclue dans ce protocole la fragilité de l'image du corps de Ghania et sa vision négative de son corps à cause de l'apparition des réponses anatomiques et réponses humaines détaillés.

Synthèse

Durant l'entretien ; Ghania était simple, son discours est facile le contacte était souple, elle a un problème de stérilité depuis 22 ans ce qui a mené Ghania à avoir une anxiété intense de l'avenir, elle est angoissée, stressée mais ses relations n'ont pas changé.

La production générale de Ghania est caractérisée par une inhibition où elle a donné neuf réponses, on remarque chez elle une désintégration de l'unification corporelle et anatomique qui confirme que le sujet a une vision négative vers son corps.

2. Discussions des hypothèses

Dans cette partie nous avons procédé a une discussion de l'hypothèse relative aux deux variable de notre étude (la stérilité et l'image de corps) à partir de leur vérification par l'utilisation de l'entretien semi directif et le teste de rorschach.

Notre hypothèse est confirmée avec six cas

On a constaté que ces cas présentes dans cette étude n'arrivent pas a accepter leur états actuelles malgré l'ancienneté de leur stérilité qui diffère d'une femme a une autre : **Fahima** 10 ans de stérilité, **samia** 11ans, **chaima** 12ans, **baya** 13ans, **Siham** 14ans, **Ghania** 22ans. Elles caractérisés par un estime de soi, la pleur, l'angoisse, le stresse, dévalorisation de soi négative, perte de plaisir dans la vie et la culpabilité, on constate que ces caractéristique exprime la difficulté a accepté la réalité existante peut être révélatrice de leur relations positive a leur corps.

2.1. Il ya une relation significative négative entre la stérilité et l'image de corps

D'après l'analyse des résultats des protocoles : Fahima, Chaima, Siheme, on a constaté que ces sujets portent une image négative de leurs corps. Ce qui est expliqué par la prédominance d'une inhibition dans les réponses, il n' ya pas de richesse d'interprétation.

On remarque aussi, la fragilité de l'image du corps par rapport au nombre de réponses détaillées, ce qui implique une désintégration de l'image corporelle.

Pour les cas restants : Baya, Ghania et Samia, notre analyse nous a mener à déduire, que celles-ci traduisent un manque en soi, et une difficulté à accepter leurs corps. Pour certaines, cela va jusqu'à la dépression, un angoisse un complexe, un gène.

Une vision négative « un corps abimé », et une souffrance psychique, qui se manifeste par l'inhibition des réponses anatomiques, qui montre la difficulté de s'identifier, cela est décrit par l'absence de l'intégration corporelle.

Cependant, elles reçoivent un très grand soutien familial. L'image du corps chez une femme stérile est caractérisé par une souffrance intense une dévalorisation, un non estime de soi, un stress, une peur...etc.

2.2. L'image de corps chez une femme stérile caractérisé par une souffrance intense, une dévalorisation d'estime de soi, un manque en soi, stress, angoisse la peur...etc ; pour vérifier cette hypothèse, nous avons procédé à l'analyse des entretiens cliniques des six cas, nous avons confirmé notre hypothèse.

La véracité de notre hypothèse se constate à travers les réponses de nos sujets. Lors des entretiens.

En ce qui concerne les cas, Fahima, Chaima et Sihem, un sentiment de culpabilité remarquable, elles présentent une situation d'angoisse, de peur, elles sont désespérées, et vivent des moments de crise. Leurs relations avec autrui ont changé, et l'entourage a une influence sur elles, donc elles n'arrivent pas à s'adapter à la réalité de leur situation.

Pour les cas, Samia, Baya et Ghania malgré leur crainte, et leur angoisse de ne pas enfanter, celles-ci cachent bien leurs émotions, que nous avons réussi à déceler à travers leurs pleurs.

Elles vivent un état de refoulement. Cependant, elles ont la chance d'avoir les soutiens de l'entourage c'est-à-dire qu'elles arrivent à s'adapter. L'image du corps chez elle n'est pas influençable.

Conclusion :

Notre travail de recherche témoigne que l'impossibilité de mettre au monde un enfant est vécu comme un drame ou une malédiction rendant la situation insupportable ainsi que le couple surtout les femmes ne sont pas suffisamment solide pour surmonter cette épreuve difficile.

C'est évidemment une grande souffrance pour un couple de réaliser qu'il a des difficultés pour transmettre la vie.

Pour les couples avoir un enfant c'est vraiment un droit, Mais en vérité l'enfant n'est pas un objet nécessaire à l'épanouissement d'un couple, mais il a besoin d'être le fruit de l'amour avant d'être celui d'une nécessité technique.

La volonté de mettre au monde étant un acte qui fait peur, cela crée dans la mémoire de la femme des chocs qui bloquent cette volonté une influence néfaste sur le résultat du traitement.

Bien que les causes organiques soient retrouvées il n'est plus possible aujourd'hui de séparer l'organisme et ses cause médicales bien réelles de l'état psychologique ; autant que la stérilité est considéré comme une pénible maladie, et non pas du cancer ; dans cette période là est révolue, les malade ont désormais la parole, la honte et la douleur mais les malades peuvent trouver de soutien auprès de leurs proches.

D'après l'analyse du contenu des entretiens et de test de notre groupe d'étude nous a permis de dire que les femmes stérile ont une image négative et une fragilité vers leurs corps.

En effet, on a déduit que la plupart des cas présente un sentiment de culpabilité, peur, angoisse, et aussi leur stérilité expliqué par le destin d'après l'entretien.

Conclusion

Il convient à souligner que la femme stérile passe par une phase de déni de leur infertilité puis un sentiment de gêne pour ne pas dire la honte. Son oublier que ces mutations ont un effet sur des troubles psychologique ce qui oblige un soutien familiale et une prise en charge psychologique afin de s'adapter et accepter la réalité de son éventuelle situation.

Les ouvrages :

1. Anzieu. D, Chabert. C « les méthodes projectives », édition puf, paris France, 1961.
2. Antoine Bioy, « manuel de soin », édition Bréal, France, 2002.
3. Benony.H, Chahraoui.KH, « les méthodes d'évaluation et de recherche en psychologie clinique » ed- Dunod, paris, 2003.
4. Blandine. C, Xavier. C, « gynécologie obstétrique », ed- vernazobre-Grego, 2004.
5. Bydlovski.M, « enfant du désir », ed- Odile Jacob, Paris, France, 2008.
6. Bydlovski.M « facteur psychologique dans l'infertilité féminine », ed- Feril, 2003.
7. CHabert.C, « psychologie et méthode projective », ed- Dunos, paris, France, 2004.
8. Chabert.C, « psychanalyse et méthode projectives », Ed- Dunod, paris,France, 1998.
9. Cathrine Morin, « schéma corporelle, image du corps, image spéculaire neurologie et psychanalyse »,1^{ère} Ed- ,2013.
- 10.Chabert.C, « le rorschach en clinique adulte », 3^{ème}Ed- Dunod, paris, 1983.
11. Charle.C, « fécondation in vitro , la bourse ou la vie », Ed- université de Genève, 2010.
12. Christion.B « Gynécologie obstétrique », Ed- Elsevier Masson, 2010 .
13. Cecile Beizmann « livret de cotation des formes dans le rorschach » Ed du centre de psychologie appliquée CPA, paris, France, 1966.
14. D.Anzieu, « le moi peau », Ed- Dunod, paris, France, 1995.
15. DR.Dajoux, « Insémination espoir », Ed médiprint, France,1979.
- 17 .Edmond.M , «psychologie de l'identité », Ed- Dunod, paris, France, 2005 .
19. Eliane Ferregut, «le corps dans la prise en charge psychosomatique », Ed-Masson, paris, France, 2003.

20. Eric Pireyre, « clinique de l'image du corps », Ed-Dunod, paris, France, 2011.
21. Françoise Doltone, « l'image inconsciente du corps », Ed- de Boeck université rue des minimes 39, 2006.
22. John D et All, obster gyneco, 1995.
23. Jean.C et All, « gynécologie endocrinienne du praticien », Ed- frison-roche, paris, France, 1990.
24. Lacan.L, « Généologie », 6^{ème} édition Masson, paris, France, 2002.
25. L.J. Bédinielli « introduit à la psychologie clinique », ed .Armond, Paris, France, sans année.
27. Marc Maillet « histologie des organes », Ed- études vivantes, paris, France, 1980.
28. Marinopoul Sophie, « Dans l'intimité des mères » Edition fayard, France, 2005.
29. Nina Rauche de Traubenberg « la pratique du rorschach », Ed- dépôt légal, paris, France, 1970.
30. Olivier Paujade et all, « gynécologie obstétrique », édition ellipses, sans année
31. Pierre D, « manuel du test de rorschach », 1^{er} édition bock, paris, France, 2010.
32. Renekaies « l'appareil psychique groupal », 3^{ème} édition Dunod, paris, France, 2010.
33. Robert .C et all, « gynécologie générale », édition vigot frères, paris, France, 1977.
34. SChilder.P, « l'image du corps », édition Gallimard, paris, France, 1968.
35. Wallon.H, « des origines du caractère chez l'enfant », édition PUF, paris, France, 1987.

Les dictionnaires :

1. HERNIETTE BLOCH et ALL, « Grand dictionnaire de psychologie », édition Larousse, Paris, France, 2011.
2. La planche.I, pontalis J.B, « vocabulaire de la psychanalyse » édition PUF, Paris, France, 1994.
3. Manuila A. & coll, « Dictionnaire médical Manuila », 10^{ème} édition, Masson, Paris, France, 2004.
4. Norbert Sillamy, « Dictionnaire de psychologie », édition Larousse-VUEF, 2003.
5. Petit Larousse de la psychologie, édition Larousse, France, 2008.
6. Rolande Doron et Françoise Parot, « Dictionnaire de psychologie », 3^{ème} édition Quadrige, 2013.

Les Revus :

1. Bop .P « image corporelle, un concept de soi » in « journal of psychiatric and mental health » 1998, N°5.P 175-176.
2. Guillerault Gérard, « l'image de corps selon Françoise Dolto », N° 381, p : 14-19.
3. Nicole Stryckmans, « désire d'enfant, le bulletin freudien » N°21.
4. Pickmann Claude-Noëlle, « actualité d'un symptôme féminin, la stérilité psychique, la clinique lacanienne « le symptôme », N° 5.
5. Rauch.N de Traubenberg « les techniques projectives » 1983.

Liste des conférences :

1. Collège National des gynécologues et obstétriciens français « La stérilité du couple », université médicale virtuelle Francophone, 2010-2011.
2. Guilia.R et all « infertilité et procréation médicalement assistée », Imersion en communauté, 2008.
3. Journal des gynécologues et obstétriciens français, « la prise en charge du couple inféritable » N° 8. Le 10 décembre 2010.
4. Le programme santé sexuelle : « la stérilité du couple », 3^{ème} ed-prosad d'Allemagne, 2006.

La thèse :

Helene Barillier, « la stérilité », univ. de CAEN, France, année 2006-2007.

Les sites internet :

www.endocrino.net. Le (24-04-2016) à 17h

www.cairn.info. Le (25-04-2016) à 09H00

<http://www.gfmer>. Ch/cours/stérilité.html le (04-03-2016) à 13h00.

<http://fécondites.alliancee> tfecondite.org/psycho/index. html.le (06-03-2016)
à 23h10.

<http://www>. Santé .ujf-gronoble.fr/ SANTE. Le (06-03-2016) à 00h00.

Www. Liberté-algérie.com le (Dimanche 22 mai 2016) à 22 :14.

Axe03 : sur le coté individuel et relationnel

- A ce que vous arrivez à gérer psychologiquement cette situation de stérilité ?
- vous sentez une culpabilité quand vous pensez à la stérilité ?
- est ce que votre stérilité influencé vos relation familiale ?
- comment a été la réaction de votre mari quand il a su que vous êtes stérile ?
- pensez vous que la société a un regard différent sur vous ?
- qu'elle est le statut d'une femme stérile dans la société algérienne ?
- est ce que la stérilité chez la femme est un sujet tabou ?

Axe 04 :l'image de corps

- quels sont vous sentiment quand vous voyez une femme enceinte ?
- ressentez vous coupable envers ton marie ?
- ressentez vous que vous avez un manque en soi ?
- est ce que vous avez perdu l'intérêt de vous occupé de toi-même ?
- qu'elle est l'image de la famille à l'égard de votre stérilité ?
- A votre avis sur qu'elle critère est vous jugé :

Statut social :

Statut familiale :

Type de stérilité :



















