



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

Les manifestations dépressives chez les femmes adultes stériles

*Etude clinique de six (06) cas au niveaux d'un cabinet
médical de gynécologie à Bejaia*

Réalisé par :

YAHIAOUI Nadjat

YAKOUBEN Lydia

Encadré par :

Dr. Abdi Samira

2021/2022

Remerciements

Le grand merci s'adresse au bon dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui nous a guidé et éclairé notre chemin pour la réalisation de notre mémoire.

Au terme de l'élaboration de ce modeste travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude et nos vifs remerciements à :

Mme la promotrice ABDI SAMIRA, pour avoir voulu accepter d'encadrer ce travail, pour la confiance qu'elle nous a témoignée, sa disponibilité permanente et sa patience. Ainsi, nous mesurons pleinement ses conseils qu'elle n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions également la gynécologue « MESBAH ASSIA » pour sa confiance qu'elle, nous a accordée et pour sa disponibilité et qui nous ont accueilli et offert l'aide dont on avait besoin afin d'avancer dans notre recherche, ainsi toute ses assistantes qui travail la bas pour la chaleur de son accueil, sa patience et son estimable soutien ; enfin, nous remercions ainsi tout les femmes qui ont de la stérilité pour leur confiance et sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.

Nous tenons à exprimer nos reconnaissances les plus sincères à tous ceux qui ont contribué

À l'élaboration de ce travail, en nous soutenant chacun à sa façon.

Nous remercions autant les amis et les camarades

« Grand merci à tous ».

Dédicaces

À mes très chers parents qu'ont toujours été là derrière chaque pas, à me soutenir et à m'encourager auxquels je me serai arrivé où je suis actuellement. À toi ma mère, mon dieu je t'implore de lui accorder tous ses vœux et la garde en bonne santé, dieu garder la pour nous.

Sans oublier aussi mon cher père qui m'a appris d'être une vraie femme et mon courage toujours je te remercie pour le savoir que tu m'as transmis,

Une dédicace spéciale a mes frères : MOUMOHÉ, GHILAS

Et a ma petite sœur MASSILIA

Ainsi a toute ma famille :

Cousins, cousines, oncles et tantes

Et ma binôme NADJET je la remercie infiniment.

À mes amies : KAHINA, HACENE, NADJET, LYNDIA, SYLIA

À toute la promotion 2021/2022

Lydia

Dédicaces

Je rends grâce à DIEU le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce projet de fin d'étude.

Je dédie ce mémoire fruit de mon long chemin d'étude :

A MON Père :

C'est très émue que j'écris ces mots, car je sais que c'était ton rêve, j'espère que là-haut tu es fière de moi. Qui m'a inculqué une bonne éducation la voie de la sagesse.

A Ma mère :

Qui m'éclairé mon chemin et qui m'a encouragé et soutenue tout au long de mes études, qui m'a toujours cru en moi.

A Mes Très chères sœurs:

SAFIA, NASSIMA, SOUAD vous êtes ma raison de vivre, puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité.

A Mes chers frères :

HAMID, NADIR, KHALAS vous avez été à mes coté pendant toute ma vie.

A Mon très cher petit prince AYMEN :

Tu resteras pour toujours le rayon du soleil qui égaye ma vie, je t'aime je te souhaite tous le bonheur du monde mon adorable.

A Mes chères copines :

LYDIA, AMINA, MAKILYA, LATIFA MERCI pour tout les petits moments, devenus inoubliables grâce à vous, c'est souvent des petits moments qui paraissent les banales qui créent les meilleurs souvenirs. Je vous aime.

A ma meilleur binôme : YAKOUBEN LYDIA

A tous mes cousines, mes amis :

A Tous ce qui m'ont soutenu de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire, ainsi à tous ceux que j'aime et tous ceux qui me connaissent.

Hadjet

Sommaire

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des annexes

Sommaire

<i>Introduction</i> -----	1
<i>Le cadre général de la problématique</i> -----	5
1-Problématique : -----	6
2-Les raisons du choix de thème : -----	10
3-Les objectifs de la recherche : -----	11
4-Définition des concepts clés : -----	11
<i>PARTIE THEORIQUE</i> -----	13
<i>Chapitre I : Les manifestations dépressives</i> -----	15
Préambule : -----	16
1-Aperçu historique : -----	16
2-épidémiologie de la dépression : -----	17
3-Définition des concepts : -----	18
4-Les types de dépression selon le DSM-IV : -----	21
5-les symptômes de la dépression : -----	23
6- Les facteurs de la dépression -----	27
7 – les caractéristiques de la dépression névrotique : -----	28
8- les formes cliniques de la dépression : -----	30
9-les modèles explicatifs de la dépression : -----	32
10 –les théories de la dépression : -----	33
Synthèse : -----	39
<i>Chapitre II : La stérilité féminine</i> -----	41
Préambule -----	42
1-Définition de la stérilité : -----	42
2-Aperçu Historique de la stérilité féminine : -----	43

3-L'évolution de désir d'enfant chez la femme	44
4-Les conditions naturelles de la fécondation :	46
5-Les types de la stérilité :	46
6-Les facteurs de risque et les causes de la stérilité de couple :	47
7. Les symptômes de la stérilité féminine :	51
8. Aspect psychologique de la stérilité féminine :	52
9. Le diagnostic de la stérilité :	57
10. Le traitement de la stérilité :	62
Synthèse :	65
<i>PARTIE PRATIQUE</i>	66
<i>Chapitre III : Méthodologie de la recherche</i>	67
Préambule :	68
1-La méthode utilisée :	68
2- présentation de terrain :	70
3- la pré-enquête :	70
4-présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :	72
5- L'enquête :	73
6-les outils de la recherche :	74
7- les difficultés rencontrées :	78
8-Les limites de la recherche :	79
Synthèse :	79
<i>ChapitreIV : Analyse des résultats et discussions des hypothèses</i>	80
Préambule	82
I- Présentation et analyse des résultats des cas :	82
<i>1- Présentation du cas n°1 :</i>	82
<i>2.Présentation du cas n°2 :</i>	87
<i>3- présentation du cas n° 3</i>	91
<i>4--Présentation du cas n°4 :</i>	96
<i>5- Présentation du cas n°5 :</i>	102
<i>6- Présentation du cas n°6 :</i>	108

II- Discussion des hypothèses : -----	113
Cas N°1 : Mme Bahia-----	114
Cas N°2 : Mm Nassima-----	115
Cas N°3 : Mm Samira-----	116
Cas N°4 : Mm Fouzia-----	118
Cas N°5 : Mm Tasaadit-----	119
Cas N°6 : Mm Kahina -----	119
III - Synthèse -----	121

<i>Conclusion</i> -----	<i>122</i>
-------------------------	------------

Bibliographie

Annexes

Résumés

Liste des abréviations

Abréviation	Transcription
AMP	Assistance médicale a la procréation.
CC	Citrate de clomifène.
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
FCV	Frottis Cervicaux-Vaginal
FIVETE	Fécondation in vitro et transfert d'embryon.
FSH	Hormone folliculo-stimulante.
GN-RH	Go-nadotropin releasing horman.
HSC	Hystro-scopie
IAC	Insémination artificielle avec sperme du donneur.
ICSI	Injection Inta cytoplasmique spermatozoïde.
LH	Hormone l lutéinisante.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
SERM	Sélective estrogène réceptormodulator.
TCC	Thérapie Comportementale et Cognitive

Liste des tableaux

N°	Titre de tableau	page
1	Présentation de nombre de groupe de notre recherche.	73
2	Notes seuils établis par Beck.	78
3	Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck ducas « Samira »	84
4	Score et résultants de l'échelle de dépression de Beck du cas « kahina »	89
5	Score et résultants de l'échelle de dépression de Beck du cas « Tasaadit »	93
6	score et résultant de l'échelle de dépression de Beck du cas « Bahia »	98
7	Score et résultant de l'échelle de dépression de Beck du cas « Nassima »	105
8	Score et résultant de l'échelle de dépression de Beck du cas « Fouzia »	111

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien clinique
Annexe N°2	Inventaire de dépression de Beck « BDI-II »

Introduction

L'infertilité constitue de nos jours un réel problème de santé publique. Malgré les progrès récents dans le diagnostic précoce et la prise en charge des couples infertiles, le non procréation demeure la première cause de divorce en Algérie (**Ferrag. D, P.1**). Les êtres humains veulent avoir des enfants, non seulement pour la joie que ces derniers procurent aux parents, mais comme un profond désir d'assurer la continuité de leur génération et leur laisser un souvenir précieux d'eux-mêmes (**Mai Abdessalem, 2016, p.1**).

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

Le désir de se produire et d'avoir un enfant a de nombreuses explications dans le domaine social, émotionnel et biologique. Pour la plupart des personnes, le mariage et la naissance d'un enfant sont considérés comme un besoin humain inné et quand ces désirs et besoins ne sont pas satisfaits, ils finissent par être source de détresse, stress, anxiété et désordre mentale et psychologique (**Mai Abdessalem, 2016, p.1**).

Alors que le vécu de la stérilité primaire chez les femmes a un mauvaise répercutions sur elle, provoque plusieurs conséquence soit organique tels que : les maux de tête, la fatigue, les problèmes digestifs..., ou soit des symptômes psychologique tels que, l'angoisse, le stress, des problèmes d'identité et la dépression ; c'est pour cela qu'elles vivent toujours une grande souffrance, qui influencé sur leur vie personnelle émotionnelle, et relationnelle, qui englobe de dépression, stress et l'anxiété, isolement, l'agressivité, faible estime de soi et un regard négatif a sa vie, et pour éviter ces risque il faut un soutien psychologique et sociale pour surmonter leur difficulté et pour faire face à cette situation.

Selon **Watkins et Baldo (2004)**, dans leur recension des écrites, plusieurs émotions fréquemment ressenties par les couples vivant des difficultés de procréation ; ces émotions engendrent un effet de montagnes ruses pouvant augmenter le fardeau psychologique vécu par les femmes et les hommes. Selon **Cooper-Hibert (2001)**, le grand nombre d'émotions et de réaction vécue démontre bien l'ampleur du sentiment de perte de contrôle qui accompagne les couples tout au long de leur expérience des difficultés de procréations.

L'impossibilité de mettre un enfant au monde soulève souvent chez les femmes infertiles des questions sur leur statut féminin, familial et social. Les femmes éprouvent un manque d'estime de soi, une haine face à ce corps qui est incapable de satisfaire leur désir, elles manifestent souvent un immense sentiment d'injustice : pourquoi moi ? (Noémi. M, 2014. P. 26).

Les femmes expriment plus facilement leurs craintes, leur tristesse et leur mal-être, en particulier lorsque la durée de l'infertilité se prolonge (Fortin. I, 2020. P. 15).

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

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

D'ailleurs l'infertilité est considérée comme l'une des crises les plus profondes du couple, elle menace tous les aspects de leur vie, elle n'affecte pas uniquement la relation entre les deux partenaires, mais touche également chacun individuellement, en affectant les sens du moi, les rêves, et peuvent développer des manifestations dépressives tel que la dépression, stress... C'est ce que nous voulons comprendre à travers notre étude qui porte sur « *les manifestations dépressives chez les femmes stériles* », pour réaliser notre recherche, on s'est basé sur l'étude de six (6) cas pris au cabinet de gynécologie de Bejaia.

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons choisi « *L'approche cognitivo-comportementale* » qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils que nous avons décidé d'utiliser.

Cette dernière est focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines ce qui va nous mené à bien comprendre les comportements des femmes stériles.

L'objectif principal de cette présente recherche est décrit et comprendre l'impact des manifestations dépressifs sur la vie psychique de la femme stérile et de découvrir les contraintes et les souffrances psychique rencontrés chez cette catégorie de femme stériles.

On a commencé ce travail par une introduction puis le cadre générale de la problématique qui comporte une problématique et nos hypothèse qu'on a proposé, la définition et opérationnalisation des concepts clés, les objectifs de la recherche, ensuite les raisons du choix de thème.

Pour enrichir et effectuer notre recherche, et pour bien expliquer et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte deux partie ; la partie théorique et la partie pratique.

Une partie théorique qui divisée à son tour en deux chapitre, le premier chapitre intitulé « *les manifestations dépressives* » où nous avons d'abord donné un aperçu historique de la dépression et nous avons présenté des définitions également, les types de la dépression, les symptômes et les facteurs de risques, les formes, puis les modèles explicatifs de la dépression et le traitement et prise en charge de la dépression, on clôture ce chapitre par une synthèse.

Ensuit dans le deuxième chapitre est consacré pour « *la stérilité féminine* » où nous avons tenté et cerner déférents définitions et un aperçu historique après cela l'évolution de désir d'enfant chez la femme, les types de la stérilité, les facteurs de risques, les symptômes et l'aspect psychologique de la stérilité féminine puis le diagnostic et traitement de la stérilité et nous finalisent ce chapitre par une synthèse.

Une partie pratique divisée en deux chapitres, le premier chapitre qui traite la méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode de recherche qu'on a utilisé, présentation de lieu de recherche ou nous avons effectué notre stage pratique. Cependant, nous nous sommes focalisée sur les techniques de rechercher suivants ; l'entretien clinique semi-directifs et l'échelle de dépression de Beck. Nous avons ainsi consacré notre deuxième chapitre à la présentation, analyse des données et discussion des hypothèses dont la première partie est destiné à exposer la présentation et analyse les résultats et les données

recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche et la deuxième partie à la discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysée. Nous avons ensuite fini par une conclusion, la liste des références selon les normesAPA, les annexes.

*Le cadre général de la
problématique*

1- Problématique :

Dans toutes les sociétés, la famille est souvent assimilée à un lieu où la femme cherche l'amour, la sécurité, la protection, et cela dans le but d'assurer son équilibre émotionnel et affectifs. Le lien conjugal se constitue d'une union légitime d'un homme et d'une femme à travers une alliance de mariage qu'est un événement important dans la vie de l'un et de l'autre et il est essentiel à la réussite du couple.

L'envie d'avoir un enfant est devenu un fait de société, c'est une étape fondamentale dans la vie ; alors que, chez de nombreux couples aujourd'hui, c'est la venue de l'enfant qui fonde la famille, on pourrait dire qu'ici le désir d'avoir une famille précède et entraîne le désir d'enfant.

Bambara dit : l'or et l'argent peuvent certes rendre la femme plus belle mais c'est l'enfant qui la rend propre et charmante.

Par ailleurs, l'envie d'être enceinte est un désir qui provient de l'instinct de reproduction. Le désir de grossesse peut même devenir une véritable obsession pour les femmes qui ne parviennent pas à tomber enceintes.

Selon TRAORE (2008), la femme stérile se voit abandonnée, marginalisée dans son foyer où elle devient le souffre-douleur du mari et de la belle famille. Divorcé, répudiée ou dans les meilleurs cas seulement ridiculisée par la coépouse qui a eu des enfants, elle est prête à tous les sacrifices pour contracter une grossesse et avoir un enfant, seule garantie de son mariage.

Le désir d'enfant implique le fait de mentaliser de futures images parentales, selon *Faure-Pragier* « l'enfant serait fait à la mère, où donné par elle ; en l'absence de triangulation suffisante, il ne semble pas que la demande exprime un véritable désir pour un enfant né de l'amour d'un homme et d'une femme ... ». (AHLEM, B., 2020, p. 141-142).

L'OMS 2015 a défini l'infertilité comme étant « l'incapacité d'un couple à concevoir ou à mener une grossesse à terme après un an ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés ».

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

Les spécialistes ont indiqué que le taux d’infertilité chez les couples algériens est passé de 15 à 20% au cours des dernières années. En effet, sur 100 couple, 20 n’arriveraient pas à concevoir d’enfants et naturellement durant les deux premières années de vie commune régulière. ([https:// radioalgerie.dz](https://radioalgerie.dz)).

Cependant, dans la vie quotidienne divers problème et difficultés peuvent affecter la vie de la femme, ce qui la rend difficile car l’effet de certain événement peut infecter le fonctionnement psychique et peut avoir des répercussions sur raisonnement de la femme. C’est bien que la stérilité féminine qui est l’incapacité de procréer qui considère comme un problème majeur qui mène la femme à se sentir déprimé.

Les manifestations dépressives agissent d’un état, et non d’un mode d’organisation psychique comme la névrose ou la psychose. Souvent transitoire dont la fréquence est élevée et qui susceptible de se combiner avec d’autre pathologie. (Pedinielli. J et Bernoussi. A, 2005, p.7)

Elle est considérée comme la manifestation profonde de l’humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d’un désinvestissement de toute activité ». (Ibid., 2005, p.8)

Cette incapacité représente, une véritable angoisse chez les femmes qui vivent une étape de deuil face au diagnostic médicale, toutes ces tentatives thérapeutiques et de prise en charge médical non couronnées de succès, les échecs répétés engendrent une perte de l’espoir. Ce qui peut déclencher chez elle une tristesse, une solitude, des problèmes d’identité, il y aura un risque d’agressivité, d’angoisse, d’anxiété et un sentiment négatif de la vie. (Davide Georgs, 1991, p.86)

Les femmes souffrent de l’infertilité bien plus que les hommes, elles ont un désir plus intense d’avoir un bébé que les hommes (Tawfeeq, 2012) et en général, dans les couples infertiles les femmes présentent des niveaux plus élevés de détresse que leurs partenaires

masculines. Les femmes qui essaient de concevoir ont souvent des taux cliniques de dépression semblables aux femmes souffrant de maladies cardiaques ou un cancer. **(MAI Abdessalem, 2016, p.1)**

Dans le cadre de notre recherche concernant les manifestations dépressives chez les femmes stériles, en inspirante de l'ensemble de ses recherches nous avons pu avoir une claire voyance sur le sujet de la stérilité que ce soit dans le domaine médicale ou psychologique, on a constaté que la stérilité féminine est devenue le sujet d'actualité, c'est une crainte de beaucoup de nouveaux mariée elle est de plus en augmentations.

Plus spécifiquement, plusieurs couples aux prises avec des difficultés de procréation vivent de la colère et de la frustration envers les membres de leur entourage. Ils rapportent des commentaires négatifs de la part de leur entourage en lien avec leur situation d'infertilité. Ils ont également l'impression que leurs amis et leur famille ne savent pas quoi leur dire lorsqu'ils sont en leur présence, car ils ne comprennent pas réellement ce qu'ils vivent. **(Isabelle Fortin, 2020, p. 15)**

Devant cette terrible barrière que représente la stérilité face au désir d'enfant, les couples ont plusieurs choix (ou parfois seulement choix) qui s'offrent à eux. La plus souvent, les femmes traversant un parcours complexe dans leur quête de fonder une famille ; elles essaient d'abord des traitements médicaux en faisant confiance à leur médecine et en mettant tous leurs espoirs dans la médecine moderne, puis devant des échecs répétées des traitements ou un épuisement physique et psychologique face à de tels méthode, ils se tournent finalement vers l'adoptions.

Dans cette présente recherche nous allons aborder « *les manifestations dépressives chez les femmes stériles* », a ce jour, toute femme peut être victime d'une stérilité peu importe son âge, sa religion, son éducation, son identité culturelle. Cependant divers études menés par des chercheurs ont démontré qu'elle touche les femmes et les hommes et elle crée des manifestations dépressifs.

Parmi les études qui penchent sur cette relation on peut citer d'abord l'étude Allemande prospective mené en (2003), sur 346 femme retrouvait une probabilité de conception à 12mois est 91%.

On trouve l'étude de par **Leke et al**, qui avaient trouvé 40% d'infertilité primaire et 60% d'infertilité secondaire au Cameroun en 2004, et rapproche des résultats de **Fatemeh et al**, qui avaient trouvé une minimale d'âge de an et une maximale de 20 ans n Iran en 2004. Et celle de **Domar et al**, à montré que les patientes ayant une durée d'infertilité comprise entre 2 et 3 ans présentaient plus de dépression que ceux qui avaient plus de 6 ans de durée d'infertilité, d'après l'échantillon qui a trouvé que la durée d'infertilité 1-3 ans était la plus touchée 51,92% le reste des patientes était également reparti dans les tranches de 4 à 6 ans 24,4%.

On trouve une enquête menée en Tunisie par **Mahmoud et alen 2004**, trouvé 42,9% de patients anxieux sur 105 femmes. Et en France (2004), la Caisse National de l'Assurance Maladie (CNNAM) observe parmi les femmes recevant un traitement d'induction de l'ovulation par citrate de clomifène qu'un quart d'entre 23% avaient délai 12moi. De même l'étude de Rochebrohad (2009) intitulé « Médicalisation de l'infertilité : quel est la situation mondiale du nord au sud »,il existe un taux de prévalence d'infertilité beaucoup plus élevé dans les pays du sud que dans les pays du nord avec un échantillon 54% au état unis.

Par ailleurs l'étude de **Abdessalem Hichem (2016)** sur les facteurs de risque de l'infertilité féminine dans l'ouest de l'Algérie, les résultats obtenu de cette étude est 34% des femmes souffrant d'infertilité secondaire.

On outre l'étude élaboré par **Ait Ali Braham Smina et Hammad Shahrazade (2018)**, qui s'intitule « étude rétrospective sur l'incidence de l'infertilité féminine dans la région TIZI OUZOU » réaliser au niveau du service d'archive de l'établissement spécialisé en gynécologie obstétrique S'BIHI TASAADIT et au sein d'un cabinet privé de gynécologie ; au terme de cette étude constatons que la majorité des femmes touchées par la stérilité âgée entre (30-40) et se sont mariée entre (20-30) représente un échantillon 80% de la wilaya TIZI OUZOU et au niveau de pays d'Algérie.

En s'appuyant sur les divers travaux cités ci-dessus on va s'intéressera aux manifestations dépressives chez les femmes stériles.

A la lumière de tout ce que nous venons dire nous proposons de répondre aux questions suivantes :

Notre question de recherche est ainsi formulée :

Question générale :

Est-ce que les femmes atteintes de la stérilité présentent des manifestations dépressives ?

Question partielle :

- 1- Qu'elle est le degré des manifestations dépressives chez les femmes atteintes de la stérilité ?

Nous allons présenter ci-dessous nos hypothèses :

Hypothèse générale :

Les femmes atteintes de la stérilité présentent des manifestations dépressives

Hypothèse partielle :

- 1- Le degré des manifestations dépressives chez les femmes atteintes de la stérilité est sévère
- 2- Le degré des manifestations dépressives chez les femmes atteintes de la stérilité est bas

2-Les raison du choix de thème :

Suit à une connaissance de ce phénomène de stérilité soi chez les femmes ou homme, nous volons voir de prés ce phénomène sur le plan psychologique.

Et à la suit d'une observation de terrain qu'on a pu découvrir tant les malheurs et souffrance d'une stérilité que les femmes sont torturé de cette mauvaise expérience.

On a choisie donc ce thème pour les raisons suivants :

- Pour savoir le lien entre les manifestations dépressives et la stérilité.
- Accéder à la pratique l'inventaire de Beck et l'entretien semi-directif.
- La stérilité de plus en plus en augmentation.

3-Les objectifs de la recherche :

- Décrire et comprendre l'impact de cette maladie sur la vie psychique de la femme stérile.
- Découvrir les contraintes et les souffrances rencontrées chez les femmes stériles.
- Evaluer et mesurer le degré et de la dépression chez les femmes atteintes de la stérilité.
- Confirmer ou informer nos hypothèses.

4-Définition des concepts clés :

❖ **La dépression :**

La dépression s'accompagne généralement d'anxiété, elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Bloch, H., 2002, p. 327)

❖ **La stérilité :**

L'absence de grossesse après 2 ans de rapport sexuels réguliers sans contraception. (C. Blangez, 2010, p.35)

4- Opérationnalisations des concepts :

❖ **La dépression :**

- C'est les résultats obtenus après la passation de l'échelle de dépression de Beck.
- C'est une pathologie marquée par une tristesse avec douleur morale, découragement, et fatigue, pleurs et insomnie.

❖ **La stérilité :**

- C'est l'incapacité d'avoir des enfants malgré les tests et les traitements pour y remédier.
- C'est l'impossibilité ou la difficulté d'une femme à concevoir, après deux ans malgré que les rapports sexuels sont réguliers, dans ce sens il s'agit des femmes qui ont jamais enfantées.

❖ **La femme :**

Désigne l'être humain adulte de sexe féminin. Le terme la femme désigne conjointe, dans un couple unie à une autre par les liens du mariage.

PARTIE THEORIQUE

*Chapitre I : Les manifestations
dépressives*

Chapitre I : Les manifestations dépressives

Préambule.

- 1- Aperçu historique.
- 2- Epidémiologie de la dépression.
- 3- Définition des concepts.
 - a- L'humeur.
 - b- La dépression.
 - c- Définition étymologie.
- 4- les types de la dépression.
- 5- Les symptômes de la dépression.
- 6- Les facteurs de la dépression.
- 7- Les caractéristiques de la dépression.
- 8- Les formes cliniques de la dépression.
- 9- Les modèles explicatifs de la dépression.
- 10- Les théories de la dépression.
- 11- Le traitement et prise en charge de la dépression.
 - 11-1- médicale.
 - 11-2- psychologique.

Synthèse

Préambule :

La dépression constitue un réel problème de santé publique en raison de plusieurs motifs et facteurs, et elles représentent la première cause d'incapacité psychique et physique.

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

Dans ce chapitre nous allons aborder les points suivants : Aperçu historique, après on a défini la dépression et l'humeur puis on a donné une étymologie de la dépression, ensuite les types et les symptômes de la dépression et ces facteurs, les caractéristiques et les formes cliniques de la dépression, en fin la prise en charge et le traitement de la dépression.

1-Aperçu historique :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : « la mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. Pour des raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous présenter.

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap. J.-C.) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ». En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions, « Deuil et mélancolie », dans lequel il oppose les mécanismes de ces deux états. Le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil. (J.Pedinielli, 2005, P 9-13).

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. (G.Pewzner, 2000, P 91).

En 1928, J.Langue sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression oxogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. **(Ibid. P. 14).**

Hippocrate décrit la mélancolie comme une humeur morose, avec un caractère délirant envahissant le psychisme. Il s'agit alors d'un excès de bile noire qui ; envahissant le sang, agirait sur le corps et l'âme pour produire un état de tristesse et d'abattement. La maladie est donc liée à une perturbation des humeurs.

En 1988, le DSM-III-R modifié subtilement cette conception de même que le DSM-4. Le terme « mélancolie » devient dans le DSM-4 « caractéristiques mélancoliques » permettant de spécifier un « Episode dépressif majeur » : il représente un critère de gravité. En parallèle, le mot « mélancolie » continue, dans le langage courant, à désigner une forme de nostalgie qui n'a pratiquement aucun rapport avec le concept médical.

2-épidémiologie de la dépression :

L'épidémiologie montre qu'il s'agit d'une affection fréquente dont la prévalence peut aller de 4,4% à 20%, selon les études (Bakish, 2001). En France les statistiques de la DRESS(2004) font état d'une prévalence de 11%. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec deux pics, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans. Selon l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période d'un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente : 50% des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode. La figure 1 représente les taux de rechute après l'épisode index. **(J. Cottraux, M, Blackburn, 2005, p 5).**

3- Définition des concepts :

A- L'humeur :

L'humeur est défini par *J.Delay* comme une disposition affective de base « qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».

Elle est la principale caractéristique de la dépression, il convient de rechercher une tristesse malgré soi (triste pathologique), une douleur morale lancinante, un pessimisme de soi et du monde, une perte de l'estime de soi, une auto dévalorisation. (**Charles-Siegfried, P, 2013, P.28-29**)

L'humeur en psychopathologie englobe à la fois les caractéristiques spécifiques de l'organisation psychique d'un individu et ses réactions émotionnelles à un moment donné de sa vie. Elle se situe sur un continuum, est normalement adaptée à l'ambiance et au contexte mais il peut exister des variations .lorsqu'il ne s'agit plus des modalités et des particularités d'adaptation de l'humeur au contexte, mais plutôt de désadaptation, on parlera des pathologies de l'humeur ou troubles de l'humeur. (**Agnès, B. Lydia, f 2017, P121**).

La CIM 10 : Trouble de l'humeur (affective) persistants qui comprend la cyclothymie de la dysthymie (abaissement chronique de l'humeur). (**J.Pdinielli, 2005, p.74**).

B -la dépression :

La dépression est un terme vague qui décrit un symptôme, un syndrome et un trouble au sens d'une maladie, la dépression en tant que symptôme est un sentiment de détresse et de désespoir qui caractérise une modification plus ou moins longue de l'humeur.

La dépression en tant que syndrome fait référence à un ensemble de symptômes qui en plus de l'humeur dépressive renvoient également au ralentissement, à la perte d'énergie à des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, ainsi qu'à des troubles du sommeil et de l'alimentation. (**A. Bonnet, 2017.P 70**).

La dépression : forme de trouble ou souffrance psychique caractérisée par les symptômes suivants : chute de l'humeur, idées noires, dépréciation, diminution de l'élan vital, apathie, avec leur retentissement somatique (perte d'appétit, trouble de sommeil)

La dépression est la forme que revêt particulièrement la décompensation de l'état limite. Toutefois, des symptômes dépressifs peuvent s'inscrire dans différents tableaux psychopathologique (névrotiques et même psychotiques) ; sous la dépression, il convient donc de rechercher les caractéristiques psychiques de la personnalité pour savoir quelle problématique affective et quelle signification sont engagées par le syndrome dépressif.

Parfois, chez certains individus, la dépression peut être masquée, c'est à dire qu'elle ne s'exprime pas ouvertement mais elle sous-tend d'autres manifestations pathologiques, comme par exemple des troubles somatiques (la dépression est en l'occurrence cachée par les symptômes physiques). Dans d'autres cas, des troubles peuvent constituer une lutte contre l'expression dépressive (telles, par exemple, certaines hyperactivités, de l'enfant comme de l'adulte, dans lesquelles le faire, l'agir incessants sont destinés à empêcher le sujet d'éprouver et de penser ce qui est douloureux à l'intérieur de lui, autrement dit le vide dépressif).

(Camilo Charron et al, 2007, p. 42)

Selon l'OMS : la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

- Selon le grand dictionnaire de la psychologie :

La dépression est une « maladie mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser »

(Henriette, B., Roland, CH. 1999, P 25).

- Selon le dictionnaire de la psychanalyse :

La dépression modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la Souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité.

(Roland Ch.2003. P, 91).

Donc, elle résulte un découragement, un pessimisme et des échecs accusation.

- **La définition psychopathologique de la dépression :**

Diffère au sens où elle tient compte, en plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent un regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressif via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et de leur étiologie. (J.Pedinielli, 2005, P 77).

C- définition étymologique :

Akiskal (1989) avait suggère que la dépression n'était pas un phénomène étiologiquement unitaire, mais représentait une voie finale commune qui résulte de l'interaction de multiples facteurs de risque selon un modèle diathèse-stress. La diathèse est une vulnérabilité génétique qui pourrait s'associer à :

- Des traits de personnalité.
- Des facteurs sociodémographiques : sexe féminine, solitude et bas niveau socioéconomique.
- Des facteurs de développement individuel (séparations précoces, perte d'un ou des deux parents avant 15 ans).

Certains « stresseurs » représenteraient des facteurs de déclenchement. Il s'agit en particulier de stresseurs psychosociaux : deuils, pertes, séparations, changements brusques de style de vie, échec professionnels. Ils peuvent être à la fois cause et conséquence de la dépression, dont ils représentent avant tout un marqueur temporel.

Les données actuelles de la génétique ont mis l'accent sur les facteurs de vulnérabilité et ont proposé des modèles qui tiennent compte aussi de l'environnement. Le rôle de l'amygdale (située dans le lobe temporal) qui sert de relais aux réseaux qui traitent les émotions est connu depuis longtemps. La sérotonine est un neuromédiateur qui permet la gestion des situations qui provoquent du stress de l'anxiété ou de la dépression. Les émotions modulées par l'amygdale sont régulées par la sérotonine qui est elle-même soumise à l'action d'un gène du transporteur de la sérotonine. Ce transporteur facilite la recapture de la sérotonine. On a découvert deux allèles au : le promoteur du gène de la sérotonine. Il existe

des variantes de ce gène, un allèle est une forme alternative d'un gène, une variation naturelle ou une version possible d'un gène, qui se retrouve plus ou moins fréquemment dans la population générale. Il peut exister un allèle court et un allèle long.

L'allèle court est responsable du trait anxieux de tempérament. Sa présence correspond à une recapture sérotonine diminuée de 50%. Ils s'agit donc d'un trait biologique à l'origine des troubles dépressifs et anxieux. Une étude a montré une réponse excessive de l'amygdale à la présentation de visage : chez des sujets normaux, sans histoire psychiatrique, mais qui étaient porteurs de l'allèle court, quand on les comparait à des sujets normaux porteurs du « long » allèle. Mais les auteurs mettent en perspective leur découverte en intégrant les données des différents facteurs d'anxiété et de dépression à leur modèle, en particulier un statut social défavorisé et les abus et maltraitements infantiles. (J. Cottraux, M. Blackburn, 2005, P 4-5).

4-Les types de dépression selon le DSM-IV :

Il existe plusieurs types de la dépression, on commence par la présentation de ces types selon le DSMIV :

A- le trouble dépressif majeur :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs (c'est-à-dire humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant un moins deux semaines associée à ou moins quatre autres symptômes de dépression).

b- le trouble dysthymique :

Est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans associée à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

c- le trouble dépressif non spécifique :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse

et dépressive(ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

d- le trouble bipolaire I :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

e- le trouble bipolaire II :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un épisode hypomaniaque.

f- le trouble cyclothymique :

Est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les caractères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

g- le trouble bipolaire non spécifique :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristique bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

h-le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale :

Est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

I – le trouble de l'humeur induit par une substance :

Est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à un abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

J le trouble de l'humeur non spécifique :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des trouble de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation.). (DSM-IV.1996. P399).

5-les symptômes de la dépression :

La dépression entraîne un ralentissement dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels. (Lamoureux, 2007, p8).

5-1- forme physique :**A- Fatigue :**

Sans avoir fait d'efforts particuliers, la personne éprouve en permanence une sensation de manque d'énergie. Cette sensation omniprésente vient s'ajouter au découragement et à la douleur physique et morale. Une des caractéristiques de cette fatigue dépressive est que ni le repos ni le sommeil ni l'atténuent. (Lamoureux, 2007, p9).

B- Ralentissement général :

La dépression ralentit tous les gestes ; il faut donc plus de temps pour accomplir les tâches habituelles. La personne n'a pas la force. Les émotions, les pensées et les actions sont comme engluées par la maladie. Les mouvements du visage diminuent, il en ressort une impression d'inexpressivité qui peut laisser croire à de l'indifférence. La parole est lente, trainante. La personne a le sentiment de ne plus être capable de réagir. Certaines fonctions du corps, comme la digestion, sont également ralenties. (Lamoureux, 2007, p9).

5-2- vie affective :**A- Tristesse intense :**

Dans la dépression, la tristesse est particulièrement douloureuse, incompréhensible et envahissante, souvent accompagnée de pleurs sans motif et d'un sentiment de désespoir. (Lamoureux, 2007, p 11).

B- Incapacité à éprouver du plaisir :

Chez les personnes souffrantes de dépression, les petits plaisirs de la vie (écouter de la musique, voir ses amis, lire son journal...) disparaissent. Tout paraît égal, terne, sans intérêt. La vie a perdu tout sens, tout goût, tout couleur. (Lamoureux, 2007, p 11).

C- Hypersensibilité émotionnelle :

Les personnes souffrantes de dépression réagissent avec une grande sensibilité aux situations de la vie quotidienne (comme s'il manquait un espace d'amortissement entre elles et leur environnement). En même temps, elles peuvent avoir l'impression d'être vides, de ne plus éprouver d'émotions. C'est comme si elles étaient à la fois « anesthésiées » et hypersensibles. (Lamoureux, 2007, p 11).

D- Impressions d'abandon, d'inutilité, de solitude :

Ces impressions cohabitent avec le sentiment de ne pas être aimé des autres, de n'avoir rien à dire qui puisse les intéresser. (Lamoureux, 2007, p 11).

E- Anxiété :

Les troubles anxieux et la dépression renvoient à deux maladies différentes, néanmoins, l'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression. Cette peur sans cause évidente s'exprime aussi bien dans le corps (boule, dans la gorge, gêne pour respirer, douleurs diverses, notamment dans le ventre) que dans la tête (peur flottante, ruminations, sentiment de catastrophe imminente. (Lamoureux, 2007, p 11).

5-3-fonctionnement intellectuel :**A- Ralentissement intellectuel :**

En cas de dépression, il devient difficile de réfléchir, de trouver les mots, de parler avec fluidité. On a l'impression d'avoir la tête vide, que le monde est devenu trop compliqué, qu'on ne saura pas s'y adapter, y faire face. Il faut faire un effort très important pour accomplir des tâches qui, jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser. (Lamoureux, 2007, p 13).

B- Diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire :

Fixer son attention, ne pas se laisser distraire, retenir ce qu'on vient de lire... ces tâches deviennent très difficiles à accomplir lorsque la personne souffre de dépression. (Lamoureux, 2007, p 13).

C- Dévalorisation de soi et culpabilité :

La personne qui souffre de dépression ne se sent bonne à rien, elle se pense sans valeur, elle s'accuse d'être responsable des événements pénibles qu'elle vit et des émotions désagréables qu'elle ressent. Cette impression lui paraît tellement définitive qu'il lui est difficile de demander de l'aide et de croire qu'un traitement peut changer quelque chose. (Lamoureux, 2007, p 13).

D- Pensées négatives :

La personne analyse les événements de sa vie et les opinions des autres sous un angle systématiquement négatif. Ce pessimisme permanent retentit sur les proches et peut les décourager. (Lamoureux, 2007, p 13).

E- Pensées autour de la mort (la sienne, celle de ces proches ou la mort en général).

Liées aux sentiments d'inutilité et à la perte de plaisir déjà décrits, ces idées noires sont en fait « fabriquées » par la dépression et disparaissent à la guérison de la maladie. Les idées de suicide méritent dans tous les cas d'être signalées à un professionnel de santé. (Lamoureux, 2007, p 13).

5-4- mécanisme du corps :**A- Dégradation du sommeil :**

Le sommeil est souvent mauvais, moins profond, très court et peu réparateur. Le petit matin est souvent marqué par un réveil précoce, avec impossibilité de se rendormir et une grande souffrance morale. Dans d'autres cas, le sommeil est en excès, on parle de « sommeil refuge » comme si celui-ci correspondait à un besoin de « fuir » .mais ce trop-plein de sommeil est insatisfaisant et plutôt abrutissant. (Lamoureux, 2007, p 13).

B- Altération de l'appétit :

L'appétit est le plus souvent diminué (les aliments semblent sans goût, l'assiette paraît trop remplie). La préparation des repas devient une corvée, leurs horaires se font irréguliers, leur composition déséquilibrée. La perte de poids est souvent un signe important pour établir le diagnostic (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids. (Lamoureux, 2007, p13).

C- Problèmes sexuels :

La sexualité est une fonction à la fois très biologique et très relationnelle. Ces deux dimensions étant très perturbées dans la dépression, il est logique que la vie sexuelle soit affectée. Le désir sexuel de la personne peut disparaître, son plaisir s'estomper. La réalisation de l'acte sexuel devient alors difficile.

En conséquence, le conjoint a parfois l'impression d'être délaissé, ce qui accentue la tension dans la vie de couple. (Lamoureux, 2007, p13).

D- Symptômes physiques :

La dépression peut s'accompagner de douleurs (maux de tête, souffrances dans les articulations, problèmes digestifs...) et de dérèglements de certains indicateurs ou fonctions du corps (tension artérielle, perturbation ou interruption des règles ...). (Lamoureux, 2007, p 14).

6- Les facteurs de la dépression

Parmi les facteurs de la dépression on trouve : (les facteurs biologique, les facteurs psychologique, et les facteurs lié a l'environnement). :

a-facteurs Les biologique :

La survenu des symptômes de la dépression liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible.

Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimique :les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs).

Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression, quoi qu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensable. C'est la principale fonction des médicaments antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraine elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modère. (**Lamoureux, 2007, P 22**)

b -les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi « je ne peux rien faire de bon », je ne veux rien » ...).

Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte de solitude, d'impuissance ,de culpabilité ou de honte ...), d'autres peuvent être liés a des éléments plus actuels (traumatisme, deuils liés à la perte d'une personne ,d'un idéal ou d'une image de soi). Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologique peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de

dépression expriment des croyances négatives (elle se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses ...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles mêmes. chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives sans qu'ils leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

Comme nous le détaillerons plus loin, c'est en agissant sur ces mécanismes psychologiques problématiques que la psychothérapie intervient sur la dépression. (Lamoureux, 2007, P23).

C- les facteurs liés à l'environnement social ou familial :

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...

En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle, par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. à l'inverse l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition ou la réapparition de la dépression (Lamoureux, 2007, P 24).

7 – les caractéristiques de la dépression névrotique :

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

1 –les conduites suicidaires :

Très fréquentes et trop souvent négligées dans la mesure où il s'agit en générale de tentative de suicide n'aboutissant pas à la mort, au contraire de suicide mélancolique. On ne doit cependant jamais se fier à des données épidémiologiques pour sous-estimer la gravité possible d'un geste suicidaire dont la réussite ne peut être exclue, même si elle est accidentelle. De même une attitude provocatrice de l'entourage, l'absence de plainte ou des

menaces de malade (le « suicide chantage ») est parfois à l'origine de gestes suicidaire gravissimes dont les aspects hétéro-agressifs apparaissent clairement. Enfin, même lorsque le désir de mort est dénié par le patient après une conduite suicidaire apparemment bénigne (« je voulais dormir »), « j'ai fais une bêtise », « c'est pour oublier, mais c'est fini »), on ne se laissera pas non plus abuser pas la gravité objective de l'acte suicidaire en fonction de la quantité de comprimés absorbés, en sachant que la signification du geste est plus important que le geste lui-même.

2 – la réactive aux influences du milieu :

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

3- les troubles somatiques restent mineurs :

On ne se voit pas les détresses somatiques constatées chez certains mélancoliques. Par les différents symptômes somatiques de l'angoisse, les troubles de sommeil sont constantes, le plus souvent à type d'insomnie d'endormissement, parfois à type d'hypersomnie défensive, sans effet bénéfique sur la sensation de fatigue. Les troubles de l'appétit sont également fréquents, à type d'anorexie ou de boulimie, celle-ci apparaissent plus souvent chez les femmes et entraînant une prise de poids rapide et culpabilité. Les troubles sexuels enfin se résument à l'apragmatisme, à la fragilité, à l'impuissance ou à l'éjaculation précoce.

4- la défense maniaque :

Au sens de Winnicott, manque rarement au cours d'une dépression névrotique. Des tentatives d'activisme, de fuite dans le travail ou dans la militance pour masquer une réalité intérieure pénible sont souvent retrouvées. Elles sont sporadiques et leur échec accentue les affects dépressifs. Elles sont souvent conseillées par l'entourage, voire par le médecin (« occupez-vous », « faites du sport », « Ne pensez plus à tout ça », sans provoquer le rejet de l'entourage qui soupçonne le sujet de « s'écouter » et de ne plus faire preuve de la bonne volonté qu'on exige de lui. De ces malentendus naissent les consultations tardives, l'absence de prise en charge et les éventuels passages à l'acte suicidaire. (P. Deniker et all. 1989, p248-249).

8- les formes cliniques de la dépression :

La psychiatrie reconnaît classiquement cinq formes de dépression : selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'affect dépressif croissant, on rencontre une première forme légère de dépression. (Renaud, 2002, P.5).

8-1 – la dysthymie :

C'est à dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle.(Renaud, 2002, P.5).

8- 2- les épisodes dépressifs récurrents :

La personne déprime pendant une période pouvant varier de quelques jours à quelques mois, une ou deux fois par année, ou aux deux ou trois ans. Ces épisodes dépressifs sont déclenchés par le retour d'événements ou de situations comme les changements de saisons, la période des fêtes de Noël, les vacances estivales, ou encore de dates anniversaires, comme le moment de l'année où une personne chère est décédée, une séparation ou un divorce a eu lieu. Dans ce type de dépression on constate souvent une accentuation de la dépression à chaque nouvel épisode et une prolongation de la période. Il arrive un temps où la personne n'est plus

en mesure de regagner la souffrance, elle ne s'en sort plus par elle-même.(Renaud, 2002, P.5).

8-3- la dépression unipolaire :

Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années, et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication, et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses tenaces et les chercheurs ne doivent pas les prendre à la légère. Car la personne passe, parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la majorité des déprimés qui réussissent à se suicider, lorsqu'une personne agit ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop. (Renaud, 2002, P.5).

8-4- la dépression bipolaire :

Il ya deux types de dépression :

A- La dépression bipolaire de type I :

Réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes de vie, relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve toujours un fond dépressif, elle est ainsi facilement portée à se décourager à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

B- La dépression bipolaire de type II :

Décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est à dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque ou elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projet de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux.

La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage

avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. **(Renaud, 2002, P.6).**

8-5- la dépression mélancolique :

En effet certaines épisodes dépressifs très sévères peuvent présenter des caractéristiques psychotiques (délires) et / ou mélancoliques. Dans la mélancolie, les troubles des fonctions végétatives sont au premier plan, ainsi que le risque suicidaire souvent lié à des idées délirantes d'indignité et de culpabilité qui peuvent aller jusqu'au sentiment de damnation éternelle, de pourrissement du corps, ou à l'extrême, de négation du corps ou du monde. **(Renaud, 2002, p .6)**

9-les modèles explicatifs de la dépression :

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

A- Le point de vue ethno psychiatrique :

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

b- le point de vue biologique :

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique de certains neurotransmetteurs, il est réducteur, voire peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotoninergique. Une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

c – le point de vu psychanalytique :

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

D – le point de vu cognitivo- comportementaliste :

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

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck. La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions du fait de rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. (Besançon. 2005, p57).

10 –les théories de la dépression :

Parmi les théories de la dépression les plus fréquents ; nous avons :

10 1- la théorie biologique :

Elle s'appuie indirectement sur l'efficacité des antidépresseurs, en particulier le rôle prévalent de la sérotonine dans leurs efficacité. La dépression correspondrait a une baisse de ce neuromédiateur corrigé par les médicaments. Cependant, il est délicat d'utiliser une logique linéaire puisque dans l'organisme la variation des taux d'un neuromédiateur entraînent, en cascade, la variation de différents autres médiateurs.

10 2- la théorie psychanalytique :

En rapprochant, deuil et mélancolie (la dépression réactionnelle a l'époque), Freud (1915) n'envisage pas de distinguer le normal et le pathologique, il cherche à saisir un processus psychologique. Dans le deuil il met en évidence l'existence d'une perte d'objet réel qui conduit à l'élaboration d'un travail psychologique a long terme aboutissant a une réparation.

Dans la dépression réactionnelle, cette perte d'objet est variable, rupture avec une personne invertie, mais aussi perte financière, perte d'un idéal, perte d'un travail. Elle comporte une identification a l'objet perdu. Elle représente, dans l'inconscient, la perte imaginaire de l'objet primitif, tutélaire, qui correspond aux premières relations maternelles de l'enfant. D'un point de vue clinique, apparaissent un désinvestissement de la réalité, un retrait de la vie habituelle, un désintérêt pour les plaisirs (anhédonie) et une tristesse pathologique .

La guérison est marquée par un réinvestissement relationnel des personnes, des intérêts et des plaisirs habituels.

10- 3- la théorie cognitive :

La théorie de Beck (1974) est la plus connue. Elle affirme qu'a l'origine de la dépression, existe un trouble cognitif, c'est-à-dire de la pensée. Chaque expérience est marquée par une empreinte cognitive, et des postulats « silencieux » telle les pensées, je dois réussir, je doit plaire et être reconnu par les autres. Ces pensée, dans une situation de perte, sont particulièrement a l'œuvre et entraînent une distorsion des informations de l'environnement et une attribution de la perte au sujet lui-même cette distorsion de la logique, de la pensée aboutit a une succession d'erreurs et a une évaluation erronée, péjorative des événements, qui alimente la pensée dépressive.

10 -4- la théorie événementielle :

Elle fait appel à la notion d'homéostasie du sujet avec le milieu, et à la notion de réaction du sujet qui lors d'un événement, réagit pour recouvrer un nouvel équilibre, satisfaisant avec, l'environnement des études ont reconnu :

- Des facteurs, représentant des événements précoces dans la vie du sujet, telle que la perte d'un parent (sans personne de substitution qui serait un facteur de protection) qui le fragilise, et le rend davantage vulnérable à la dépression à l'âge adulte.
- Des facteurs précipitant, représentant des éléments environnementaux ou somatiques des éléments précédant de quelques mois la rupture dépressive.

Ce n'est pas tant pour les facteurs précipitant, leur fréquence que leur appréciation subjective avec un sentiment d'impuissance, d'injustice, aboutissant pour le sujet à une « impasse » psychologique et une impossibilité d'action, qui sont les éléments véritablement dépressogènes, comme le confirment les études avec des échelles d'événement de vie utilisées sur des grandes populations comparativement à groupe témoins non déprimés. (**Ferreri, Ferreri, F, et Nuss, P, 2003, p19**).

11-le traitement et prise en charge de la dépression :

La dépression est une maladie qui ne doit jamais être prise à la légère. Par conséquent, il est important de consulter un médecin dès les premiers symptômes afin de recevoir un diagnostic rapide, car la dépression peut s'aggraver et même conduire au suicide.

La dépression est une maladie qui se traite à l'aide de médicaments antidépresseurs, souvent combinés à la psychothérapie. Les antidépresseurs traitent les symptômes et améliorent l'humeur. La psychothérapie permet de travailler les aspects psychologiques et sociaux qui pourraient être reliés à l'épisode dépressif.

11-1- médicale :

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

L'hospitalisation sera systématiquement en cas de mélancolie ou en cas des idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide. Elle se discutera dans les autres cas (rapport avantages/ inconvénients), en tenant compte notamment de l'importance de l'inhibition psychomotrice ou de celle de l'agitation, de celle d'une altération éventuelle de l'état général, de la présence d'éléments délirants, d'un isolement socio-affectif. Toute fois il faut en permanence avoir à l'esprit que toute hospitalisation favorise la dépendance, la régression et les « bénéfiques secondaires », pouvant de la sorte faciliter une chronicisation des troubles.

- **Les antidépresseurs :**

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

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

- **Un anxiolytique :**

Peut s'avérer nécessaire en cas d'anxiété importante et ou de trouble du sommeil.

- **Un neuroleptique sédatif :**

Peut être prescrite dans les formes délirantes de la mélancolie, lévomépromazine (Nozinon) ou chlorpromazine (Largactil).

La mise sous sel de lithium (téralithe, Neurolithium), ou sous carnabazépine (tégréto) ou sous divalproate de sodium (dépakote) se discutera dans le cadre d'une psychose maniaque- dépressive.

- **La sismothérapie :**

Est parfois indiqué dans les mélancolies rebelles au traitement ou présentent des contre indications aux antidépresseurs. A ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif : des tranquillisants, des

neuroleptiques, d'autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium. **(Debray.2006, P55-60).**

10-2- psychologique :

Le soutien psychologique permet de mieux connaître sa maladie, de prévenir une rechute de la dépression et de savoir demander de l'aide si nécessaire. Il permet d'apprendre à ces patients, souvent fragiles, à mieux vivre leurs émotions et les tensions de la vie quotidienne.

- Les thérapies d'inspiration analytique :

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir à un travail de deuil et de détachement. La thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère socialement-culturels des phénomènes observés. **(Pédinielli.J.L.et al 2005, p 120).**

- La thérapie cognitive comportementaliste :

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant est la perturbation des processus qui agissent en transformant les informations reçues en représentations mentales. C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir. **(Pédinielli.J.all2005, p121).**

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

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

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

- **Thérapies individuelle** : cette thérapie n'implique que le patient et son psychologue.

- **Thérapie de groupe** : deux patients ou plus participent à la thérapie en même temps, les patients peuvent alors partager leurs expériences et leurs sentiments

Enfin, selon la théorie cognitive, changer les pensées modifier les affects et les actions. Beck avait tout d'abord soutenu que la distorsion cognitive était l'élément causal dont dérivait l'ensemble des symptômes dépressifs. Beck plus tardivement, considère que la perturbation cognitive n'est pas la cause en soi de la dépression, mais représente un des multiples niveaux du syndrome dépressif. Elle est à la fois un facteur de déclenchement et de maintien des cognitions. (Ibid. P168-169).

Synthèse :

La dépression reste une pathologie qui a des conséquences important sur la vie sociale, professionnelle et affective. Elle peut toucher toutes les tranches d'âges et les catégories socioprofessionnelles. Elles nécessitent un traitement adapte et spécifique, et une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il a perdue.

Chapitre II : La stérilité féminine

Chapitre II : La stérilité féminine

Préambule

- 1- Définition de la stérilité :
- 2- Aperçu Historique de la stérilité féminine :
- 3- L'évolution de désir d'enfant chez la femme
- 4- Les types de la stérilité :
- 5- Les facteurs de risque et les causes de la stérilité de couple :
6. Les symptômes de la stérilité féminine :
7. Aspect psychologique de la stérilité féminine :
8. Le diagnostic de la stérilité :
9. Le traitement de la stérilité :

Synthèse

Préambule

Le terme de « stérilité » ou d' « infertilité » est largement employé pour évoquer une difficulté à obtenir une grossesse. Faire un enfant, c'est un désir, une promesse qui peut parfois se transformer en une quête impossible, irréalisable, surtout quand le corps ne répond pas et devient le lieu d'une absence et d'un silence angoissant. Ce chapitre présenté de nombreuses femmes stériles ou qui découvrent leur stérilité. Alors nous allons d'abord donner des multiples définitions de la stérilité féminine ainsi que des termes proches tels que l'infertilité, nous allons présenter un aperçu historique de la stérilité féminine et pour approfondir dans le sujet de la stérilité, également l'évolution du désir d'un enfant chez la femme, les types de la stérilité, ensuite les causes de la stérilité et ces symptômes, puis nous allons présenter l'aspect psychologie de la femme stérile, et on termine par le diagnostic et le traitement de la stérilité.

1- Définition de la stérilité :

La stérilité est l'impossibilité totale de concevoir, pour un homme, une femme ou un couple, à un moment donné. On peut parler de stérilité lorsque le couple reste sans enfant après deux ans de rapports complets, de fréquence suffisamment rapprochée et sans contraception d'aucune sorte. Cette incapacité peut être temporaire et réversible, ou au contraire définitive et irréversible. **(HELENE BARILENE, 2006-2007 P. 63)**

La stérilité du couple est l'incapacité pour le couple de procréer après un délai de deux ans de rapports sexuels réguliers normaux sans contraception. **(FANTA TEMBELY, 2008 P. 21).**

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

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

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

La stérilité lorsqu'elle est faible (inférieure à 10%), on parle d'hypofertilité. La stérilité correspond donc, au sens strict du terme, à une incapacité totale de procréer naturellement. **(Lucie BERTRAND, 2003, p. 11)**

Selon L'OMS, définit la stérilité comme le nom survenu d'une grossesse après plus deux ans le rapport sexuel protégés.

L'infertilité : 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).**

Infertilité se définit comme l'incapacité, pour un homme, une femme ou un couple, d'obtenir une naissance (vivante) souhaitée. Il s'agit donc en théorie d'un état, qui existe indépendamment des tentatives effectuées pour concevoir et mener une grossesse à terme, mais en pratique, seules ces tentatives permettent de repérer l'infertilité.

La définition médicale la plus fréquente de l'infertilité est le fait de n'avoir pas obtenu de conception après 12 ou 24 mois de tentative. Cette définition a l'inconvénient d'englober des situations de stérilité totale, sans espoir de conception spontanée, et une majorité de cas d'hypofertilité, c'est-à-dire de couples ayant des chances réduites mais non nulles d'obtenir une grossesse. **(H.Leridon, 2011, p.11).**

2- Aperçu Historique de la stérilité féminine :

A cette époque, l'étiologie de la stérilité avait deux explications totalement distinctes selon l'adhérence au point de vue religieux ou, au contraire, à celui de médical. Or, force est de constater que la médecine hippocratique d'ailleurs avait beaucoup moins d'impact que le discours religieux : d'une part, pas encore très expérimentées, les prêtres avaient une grande popularité et étaient les seuls capables de donner une explication à la stérilité à travers des contes bibliques et mythologiques. Cette constatation amène, par conséquent, à développer uniquement l'explication magico religieuse de la stérilité pour ainsi laisser quelques siècle à la médecine hippocratique de se constituer solidement. **(Giulia et all, 2008, p. 4).**

Selon Delcourt (1938) dans son œuvre intitulé « *stérilités mystérieuses et naissancesmaléfiques dans l'Antiquité Classique* », les anciens utilisaient le terme « *Fléau* » pour faire allusion à la stérilité. Ce terme, tant redouté par les citoyens, comprenait un sens religieux et désignait une « *calamité envoyée par les dieux* » **(Delcourt, 1938, p.10).**

Au moyen âge deux domaines, la médecine et la théologie, s'affrontaient dans l'investigation de l'étiologie de la stérilité. Contrairement à la nette domination du religieux

pendant l'antiquité, la médecine hippocratique-galénique connut un progrès prépondérant et fut en mesure de rivaliser à armes égales avec le discours religieux. En outre, lorsqu'un obstacle incompréhensible faisait son apparition lors de cette investigation, les médiévaux étaient tentés de recourir à des explications irrationnelles. **(Giulia et al, 2008, p. 6).**

Dans la société agricole les couples sans enfants n'étaient pas stigmatisés mais le manque de main d'œuvre en résultant mettait les couples dans des situations financières précaires. La solidarité rurale compensait ce manque.

Au moyen-âge on essayait de guérir la stérilité avec des herbes ou des plantes médicinales, sans succès. Mais à la renaissance on commence à étudier l'anatomie et on voit les structures de l'appareil reproducteur, on comprend que les causes de la stérilité peuvent être anatomique.

Au 18ème siècle, premières tentatives de fécondation sans accouplement concernaient des chiens, et aussi la découverte des spermatozoïdes. (Spallanzani 1729-1799) démontre la fécondation.

A la fin du 18ème siècle, premières inséminations artificielles sur des femmes. Et qu'à la seconde moitié du 19ème siècle on voit se développer certaines connaissances sur la physiologie mais ce n'est que dans la première partie du 20ème siècle que l'étiologie et le diagnostic de stérilité s'affinent. **(Cailleau F, 2006, p. 13-14).**

D'ailleurs c'est qu'au 20ème siècle que les premières expériences de laboratoires pour étudier le développement embryonnaire en eu présence, ainsi l'émergence de l'embryologie expérimentale. Par conséquent en 1978 Louise Brown été le premier « bébé éprouvette ». Depuis les années 1980, l'Assistance médicale à la procréation (AMP) redonne l'espoir aux couples qui ne peuvent pas procréer naturellement. **(Cailleau, 2006, p. 13-14)**

3- L'évolution de désir d'enfant chez la femme

Le désir d'enfants est très majoritairement au cœur de l'épanouissement personnel et familial dans toutes les sociétés, même celles dont le taux de natalité est en plein essor. **(S.Mathieu, 2013, p.5)**

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).**

Le projet d'enfant est porté, soutenu, animé par les femmes beaucoup plus que par les hommes. La raison en est que le désir d'enfants chez la femme est une dimension vitale, un accomplissement indispensable, vivacité à la laquelle l'homme est, la plupart du temps, beaucoup moins sensible. Chez la femme, le désir d'enfants serait plus prégnant à cause de l'expérience corporelle réelle de la grossesse.

Pour Mélanie Klein, l'expérience de désirer un enfant serait plus intense chez la femme puisque ses fantasmes inconscients liés au corps seraient davantage sollicités. Cette grossesse devient alors, pour la femme, la preuve de sa sexualité féminine, autrement dit, de sa féminité. Par conséquent, d'un point de vue psychanalytique, un refus de ce désir de grossesse serait toujours un refus de la féminité. Pour l'homme, le désir d'enfants ne serait pas la preuve ni de sa masculinité ni de sa paternité. Son désir d'enfant s'actualiserait davantage dans sa relation d'amour avec sa partenaire et dans ses réalisations personnelles ou sociales. **(SylvieCorbeil, 2016, p.39-40).**

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).**

Le couple parentale est aussi capable d'envisager l'existence des futures enfants comme individu au sein de leur famille ou pouvoir parler de désir d'enfants. Il faut distinguer le désir d'enfants de désir de grossesse, ces deux désirs ne sont pas forcément corrélés. Des femmes peuvent vouloir être enceintes sans 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 désir peut apparaître avec le souhait de vérifier ses capacités de fécondité, de s'assurer de l'intégrité de son corps et de bon fonctionnement sur le plan physiologique. La grossesse apporte alors la preuve de fécondité et permet de s'affirmer femme. **(Gorreferragu.2002, P.45).**

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

4- Les conditions naturelles de la fécondation :

4-1- Chez la femme :

- La glaire cervicale sécrétée par le col utérin 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 (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 7^{ème} jour, l'embryon s'implante au niveau de l'endomètre. (Courbiere, Carcopino, 2016, p. 337).

4-2- Chez l'homme :

- Dans les testicules, la spermatogenèse doit produire une quantité suffisante de spermatozoïdes normaux.
- Les voies génitales (épididyme, canaux déférents) doivent être intègres.
- Les spermatozoïdes y cheminent, achèvent leur maturation pour devenir mobiles et fécondants. Cette mobilité est indispensable pour permettre aux spermatozoïdes de migrer depuis la glaire cervicale jusqu'à la trompe. (Courbier, Carcopino, 2016,p.337).

5- Les types de la stérilité :

Il existe trois formes de stérilité :

5.1. Stérilité primaire :

- Si la patiente n'a jamais présenté de grossesse. (C.Blangez, P. 35)
- La stérilité dit 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, elle n'a jamais été enceinte.

5.2. Stérilité secondaire :

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

5.3. 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 serait, selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie du à l'inconscience qui ne satisfait pas les désirs de grossesse d'une femme, il semble qu'environ 10 des infertilités seraient de nature psychique. (GEORGE, D ; le genre humain 10).

6- Les facteurs de risque et les causes de la stérilité de couple :

Les causes de l'infertilité sont souvent complexes. L'infertilité est rarement le résultat d'un problème ; il s'agit généralement d'une combinaison de facteurs.

L'infertilité peut être réduite aussi bien chez l'homme que chez la femme. Il est estimé que la cause est principalement féminine dans 38% des couples, et principalement masculine dans 20% des couples, tandis que 27% des cas les deux présentent des anomalies. Pour les 15% restants, aucune cause n'a été trouvée (pour la médecine occidentale).

Les principales causes de l'infertilité sont nombreuses et comprennent :

6.1. Facteur de risques féminins :

- Age : l'âge est un important facteur de l'infertilité. La fertilité décline avec l'âge, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, mais elle est réduite plus tôt chez les femmes que chez les hommes. En règle générale, la fertilité de la plupart des femmes commence à diminuer à l'âge de 35 ans, mais ce n'est pas un âge limite. Vous pouvez

toujours tomber enceinte naturellement après cet âge. Pour les hommes, la fertilité diminue généralement environ à partir de 45 ans. La génétique joue un rôle important dans l'infertilité liée à l'âge.

- Tabagisme : le tabagisme affecte fortement la fertilité masculine et féminine. Chez les femmes, le tabagisme affecte les trompes de Fallope en causant des obstructions qui peuvent causer de l'infertilité et augmenter le risque de grossesse extra-utérine. Des études ont démontré que les femmes qui fument mettent plus de temps à tomber enceintes naturellement. **(Attilio D'Alberto, 2019, p. 63-66).**
- La réserve ovarienne diminuée réduit la fertilité (cf. Bilan hormonal).
- La prise de DISTILBENE /DES pendant la grossesse chez la mère de la patiente est responsable de malformations utérines de type utérus hypotrophique en « T », à à à l'origine d'une infertilité, de fausses couches à répétition et d'accouchement prématuré.
- Antécédent de MST : risque d'altération tubaire dans 17% des cas après salpingite.
- Antécédent de salpingite : risque majeur d'altération tubaire, notamment en cas d'infection à Chlamydia responsable d'altérations de la muqueuse tubaire.
- Antécédent de chirurgie pelvienne, pouvant être à l'origine d'adhérences pelviennes. **(Poujade et All, 2012, p. 272).**

6.2. Les causes de la stérilité féminine :

L'infertilité a le plus souvent une origine médicale. Le problème peut provenir de l'homme ou de la femme ou des deux membres du couple simultanément. L'identification des causes d'infertilité est très importante car ce n'est qu'avec une bonne connaissance de l'étiologie que l'on peut établir un traitement efficace. 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 folliculostimuline, mène à la maturation des follicules ovariens qui produisent en réponse, de l'oestradiol 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 lutéinisante, stimule l'ovulation qui se déroule entre 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'ovule se développe tout au long de son voyage des trompes vers l'utérus, ou il s'implantera. Si au contraire, il n'y a 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 inexplicée dans environ 10% des cas. **(B. Christian, 2010, p. 35).**

6.2.1. Anovulation et dysovulation :

La dysovulation est définie par la présence de cycles au cours desquels l'ovulation survient de façon sporadique. La phase lutéale peut être normale ou anormale. L'anovulation ou absence totale d'ovulation peut exister malgré la persistance de cycles réguliers ou irréguliers. Le tableau clinique est variable : - cycles réguliers ou irréguliers.

- Spanioménorrhée : règle très espacées (moins de 4-5 fois par an), aggravation parfois progressive allant jusqu'à l'aménorrhée. Elle peut s'accompagner de dysovulation ou d'anovulation. Ce tableau évoque la dystrophie ovarienne micro-poly kystique ;
- Courbes de températures plates (anovulation) ou variables d'un cycle à l'autre (dysovulation) avec allongement fréquent des phases folliculaires ;
- Progesterone inférieure à 2ng/ml en deuxième partie de cycle en cas d'anovulation, variable dans les dysovulation ;
- Méno-métrorragies dues au déséquilibre œstre-progestatif.

Les étiologies possibles sont :

- Une hyperprolactinémie ;
- Un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire, diagnostic d'élimination le plus souvent car les dosages y sont fréquemment normaux ;
- Une dystrophie ovarienne micro-poly kystique ;
- Une insuffisance ovarienne débutante. **(J.R. ZORN, M. SAVALE, 2005, P. 212-213).**

6.2.2. L'endométriose :

L'endométriose est caractérisée par des localisations anormales de la muqueuse utérine dans les ovaires, les trompes ou la cavité péritonéale. Au niveau des trompes elle entraîne parfois une obstruction tubaire, au niveau des ovaires elle est responsable d'un trouble de l'ovulation (endométriome), au niveau de l'utérus elle a pour conséquence un trouble de l'implantation (adénomyose). (**Dutel et All, 2015, p. 57**).

La fréquence exacte de l'endométriose externe n'est pas connue avec précision. Elle est évaluée à 10% environ dans la population générale, mais peut atteindre 30 à 40% chez les femmes consultant pour stérilité. Elle augmente avec l'âge pour culminer entre 35 et 45 ans. La nulliparité, l'apparition précoce des règles (avant 10 ans) sont des facteurs prédisposant, de même que l'hérédité. Elle est aussi deux fois plus fréquente chez les femmes asiatiques que chez les femmes blanches. (**J.R.ZORN, M.SAVALE, 2005, p. 193**).

6.2.3. Les causes situées au niveau des trompes :

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

6.2.4. Causes cervicales :

La stérilité cervicale est définie par le blocage de l'ascension des spermatozoïdes au niveau du col en rapport avec un obstacle organique ou fonctionnel.

L'insuffisance de sécrétion cervicale peut être d'origine organique ou fonctionnelle, mais aussi rester sans explication claire :

- Destruction ou altération des glandes : infection chronique (cervicite), coagulation chimique ou électrique, conisation, amputation, trachéloplastie.
- Insuffisance fonctionnelle, quantitative (alors que les caractères physiques sont normaux et le test de pénétration *in vitro* positif), qualitative (hostile aux spermatozoïdes), ou les deux à la fois.

Les causes de stérilité cervicale peuvent être :

- Un déséquilibre hormonal, la sécrétion des mucus étant Strogino-dépendante.
- Une lésion des glandes sécrétrices suite à une conisation les signes chez la femme.
- L'exposition in utero ou Distilibène, pour provenir les fausses couches ayant comme conséquence une absence de sécrétion de mucus et une malformation de l'utérus. **(Bergone A, 2002, p. 14).**

6.2.5. Causes 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, les malformations utérines. Les occlusions tubaires. **(M. Maillet, 1980, p. 74).**

6.2.6. Causes génétiques :

Plusieurs étiologies été identifier dans le cas de stérilité féminine. Certaine gènes identifieras impliquent une modification dans la prise en charge de l'infertilité de la femme. Des anomalies génétiques peuvent se situer à différentes niveaux. Elles peuvent atteindre soit le nombre de chromosomes comme dans la monosomies ou les polysomies, soit la structure des chromosomes comme dans les translocations et les délétions. **(Mantoine J et Al, 2002, p. 57).**

7. Les symptômes de la stérilité féminine :

La stérilité féminine à des signes et dans les cas suivants si l'on désire mettre en route une grossesse, il est important de consulter un spécialiste :

- Les cycles très longs : plus de 35 jours.
- Les cycles très irréguliers : au-delà de 60 et 90 jours.
- Les cycles trop courts : inférieurs à 24 jours.
- Une pilosité excessive, de l'acné, qui évoque des troubles de l'ovulation.
- Des antécédents de salpingie.
- Des infections génitales graves.
- Des chirurgies du ventre comme une appendicite grave avec ouverture important de l'abdomen lors de l'opération.

- Tous les traitements du cancer, y compris ceux de l'enfance. (**François Olivienneset L, Beauvillard, 2008, p. 96**).

8. Aspect psychologique de la stérilité féminine :

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

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

L'idée que la stérilité puisse avoir une origine psychologique remonte à la nuit des temps puisque, comme le relate M. Langer, « le peuple considérait la stérilité comme un châtement de Dieu qui pouvait être annulé par des pèlerinages, des vœux, etc. » ; tout au long des siècles, la croyance dans la magie et la superstition a fait place peu à peu à la connaissance du rôle du psychisme sur les fonctions de reproduction.

Les auteurs insistent sur un état de tension qui aboutirait à un dysfonctionnement de l'appareil génital. Il serait du tantôt à un traumatisme psychique, tantôt à la crainte de la grossesse et de l'accouchement. Benedek a observé que des essais d'insémination artificielle pouvaient bloquer le cycle ovulatoire ; les rêves de ces patients indiquaient clairement qu'elles manifestaient des craintes de devenir enceintes. (**HAYNAL.A&all., 1997, p. 137-138**).

8.1. vécu psychologique de la femme stérile :

➤ La vie sexuelle de la femme stérile :

Les femmes qui apprennent qu'elles sont stériles éprouvent souvent des émotions normales mais néanmoins pénibles communs à ceux qui sont en deuil où perte significative dans ce cas, la capacité de procréer. Les réactions typiques incluent le choc, la douleur, la dépression, la colère et la frustration, ainsi que la perte de l'estime de soi, la confiance en soi, et un sentiment de contrôle sur son destin.

Les relations entre les conjoints ou partenaires peuvent souffrir. Elle peut avoir du mal à une dysfonction sexuelle liés à l'anxiété et d'autres conflits conjugaux poursuivent un but

procréatif, avec des rapports programmés, « Les vivent mal cette sexualité déshumanisée, copulatif, la psychanalyse beaucoup se plaignent de troubles sexuels et finissent par se désintéresser peu à peu à ce type de relation ». Aborder le problème de la sexualité qui est uniquement centrée sur l'unique objectif de « faire un bébé » et aider à retrouver le désir avec des jeux érotiques. (Darius R et al, 2003, p. 109).

➤ **la vie émotionnelle de la femme stérile :**

La vie émotionnelle avait une influence immédiate sur la fonction de reproduction, sur l'ovulation par exemple, mais l'incidence de la composante psychique de la stérilité était diversement appréciée. Les effets de l'émotion peuvent être retrouvés chez les deux partenaires, car la spermatogenèse peut aussi être modifiée, par la fatigue ou les stress psychique. Ceci introduit déjà la question de la stérilité conjugale, car la dimension d'un couple ne saurait être négligée ni sur le plan somatique ni dans sa dynamique interactive. Il est certain que les aspects psychologiques influent sur le cycle féminin. Cependant, l'idée que certaines femmes ne seraient pas enceintes parce que inconsciemment elles ne veulent pas être enceintes, et aussi il y'a de cas de troubles comme des chocs psychologiques importants sont souvent évoqués par certains psychanalystes. Un choc émotionnel très important peut également perturber temporairement le fonctionnement de cerveau, de sorte que l'hypothalamus s'arrête de tourner à plein régime. Cette information est renvoyée à l'hypophyse qui la répercute sur les ovaires ou les testicules. Des grossesses peuvent être difficile voire impossible à mener à terme après des malformations. Il est admis dans ces cas que si le deuil n'a pas été fait la nouvelle grossesse restera difficile. Face à ces situations, il faut en premier lieu aider la femme par un suivi psychologique qui lui permettra de traverser cette épreuve difficile. (François O, 2008, p. 97).

➤ **La culpabilité de la femme stérile et l'entourage :**

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

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

➤ **Les troubles psychologiques de la femme stérile :**

Les femmes stériles sont tristes souffrent des épisodes d'anxiété et de stress émotionnel, et aussi douloureuses prescrite souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait êtres le témoignage de cette souffrance chaque personne qui souffre d'un problème de stérilité, sa propre histoire et ses souffrances psychique. L'absence de grossesse retentit toujours, à plus ou moins long terme, sur le psychisme et la sexualité des deux partenaires.

- **L'angoisse :**

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

En revanche, il a été prouvé que l'angoisse et la dépression étaient présentes chez 40% des couples présentant des problèmes de fertilité. Cela s'explique déjà par l'obsession qui peut se manifester a l'intérieure d'un couple confronté à l'impérieuse nécessité d'avoir un enfant. (**Dépondt-gadet, 2011.p, 7**).

- **La dépression :**

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

- **La détresse :**

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

On remarque d'après ce qui précède que les troubles psychologiques chez les femmes stériles peuvent être des causes comme peut être des conséquences de cette pathologie.

8.2. Le Soutien psychologique de la femme stérile :

La stérilité est un événement très stressant dans la vie d'un être humain. Comme nous l'avons déjà vu, le stress chronique peut entraîner la dépression et l'anxiété chez la femme et les hommes. Les couples infertiles font face à un large éventail de problèmes de santé émotionnelle et mentale. La plupart des gens supposent qu'ils seront capables de procréer, la majorité des maris et des femmes ont été choqués lors de l'annonce de leur infertilité.

Un soutien psychologique est donc constamment nécessaire, à divers degrés, pour la femme, mais aussi pour l'homme. Il fait normalement partie des consultations cliniques, sous la forme d'un encouragement permanent, d'une incitation à persévérer sur un chemin long et éprouvant. Si cette approche simple ne suffit plus, une prise en charge spécialisée sera indiquée, à l'initiative de la médecine ou à la demande du couple. **(J. R. ZORN, M. SAVALE, p. 269).**

Le soutien psychologique devient un aspect très important de l'assistance et du traitement, car le service d'assistance psychologique est l'une des espaces où le couple demande l'aide à son problème d'infertilité féminine.

La clinique d'infertilité offrant d'une part les informations complètes puis un soutien adapté aux besoins du couples pour la gestion du stress et à la détresse psychologique réactionnelle. Ainsi elle assure la meilleure qualité de vie possible pour les personnes suivies et à donner le plus de chance possible au projet du couple. **(Girard et All, 2017, P. 374).**

Avant d'affronter la phase de traitement, et les couples ont besoin aussi des conseils pour aider à faire face à son problème, telle que :

- Doivent être traversés ces moments difficiles ensembles.
- Les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le psychologue.
- Devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscient que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux.
- Devraient rechercher un soutien au couple auprès des amis, de membres de leur famille. Le couple tiendra mieux le coup s'il parvient à faire passer l'amour du conjoint avant son désir d'enfant. La parole et le dialogue restent les meilleures armes pour affronter ensemble la situation.
- Le partage par le biais de groupes de paroles ou forums d'associations, apporte un soutien précieux, dont les couples auraient tort de se priver. Quelque entretien avec un « psychologue » pour faire le point peuvent évidemment s'avérer utiles. Mais c'est rarement le moment d'entreprendre une longue démarche de thérapie. **(Bydlowski, 1997, P. 98-99).**

A partir de ce précédent, on peut dire que le soutien psychologique donne au couple un espace dans lequel il peut faire part de ses doutes, ses peurs, prendre des décisions, etc., car il est souvent difficile de pouvoir le faire avec le médecin, la famille ou les amis.

8.3. Thérapie psychologique de la stérilité :

➤ Conseling :

Counseling à court terme peut aider les couples à réduire les conflits et accroître d'adaptation et de prise de décision. Les patients qui ont prolongé changements dans les

habitudes de l'humeur ou du sommeil devraient voir un professionnel de la santé mentale, comme ceux-ci peuvent être des signes d'anxiété ou de dépression. Idéalement, les couples devraient commencer conseils avant de commencer le traitement de stérilité. Certaines études suggèrent que la dépression adressage, l'anxiété et le stress, par exemple, peuvent aider à augmenter les chances de donner naissance à un enfant. Les cliniciens travaillant avec des patients stériles peuvent fournir des informations sur la façon de gérer la fatigue, réduire le stress et l'anxiété, et améliorer la communication avec les autres.

➤ **Psychothérapie :**

Des études ont montré que les deux types de traitement peuvent soulager la dépression légère à modérée infertile (stérile) expérience des patients. La première est la thérapie interpersonnelle, qui se concentre sur l'amélioration des relations ou résoudre les conflits avec les autres. L'autre est la thérapie cognitive-comportementale (TCC). Il agit en aidant les gens à identifier et modifier mauvaises habitudes de pensée ou de comportement. La recherche a montré que les couples ou individuels, la psychothérapie de groupe peuvent être utiles pour traiter l'anxiété ou la dépression.

➤ **Les techniques de relaxation :**

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

9. Le diagnostic de la stérilité :

Les deux nombres des couples homme et femme doivent être associées à égalité dans la recherche du diagnostic. Le couple doivent recevoir une information précise basé sur des connaissances scientifiques et non des approximations. La démarche clinique de base : interrogatoire, examen clinique avant prescription des examens complémentaires. (Malyskine, In, 2002, p. 42).

9.1. Interrogatoire :

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

9.1.1. Interrogatoire de la femme :

L'interrogatoire est fondamental, il permet au médecin de déterminer les facteurs de risque d'infertilité, de reconstituer l'histoire de la vie génitale du couple et chercher la pathologie ayant pu altérer la fonction de reproduction. Aussi, le médecin devra mettre en confiance la femme, qui répondra plus volontiers aux questions posées, souvent intimes, car plus les renseignements fournis seront précis, plus la recherche de la cause de la stérilité repose sur les données de l'interrogatoire qui appréciera :

- L'âge : la femme consulte en générale à « l'âge de reproduction », entre vingt cinq et trente ans.
- La durée de la stérilité : 65% des couples fertiles conçoivent dans les six premiers mois, 80% dans l'année, la moitié des 20% restant auront un enfant plus tard sans secours thérapeutiques.
- Antécédents familiaux : les antécédents concernant les parents et la fratrie comme les maladies importantes ou héréditaires et aussi a la fertilité de l'histoire obstétricales, notâmes de la mère, motif qui ont conduit à cette prescription.
- Antécédents médicaux : il faut signaler les maladies importantes : cœur, tension, poumons, diabète, dépression nerveuse.
- Antécédents chirurgicaux : les interventions doivent être prises en compte, notamment au niveau : toute intervention chirurgicale abdominale risque d'adhérences auteur des Ovaires.
- Antécédents obstétricaux : pour chaque grossesse : (la date, et le mode de survenue spontané ou après traitement).
- Avortement spontané : terme, circonstance déclenchant, analyses du produit d'expulsion ou de curetage.
- Modalité d'accouchement (voie basse, césarienne).
- Interruption thérapeutique de grossesse : cause, terme modalité). **(J.R.Rorn&Savale, 1999, p. 72).**

9.1.2. Interrogatoire de l'homme :

Tabagisme, alcool, toxicomanie, toxique ; traitement altérant de qualité du sperme ; antécédents de chimiothérapie, radiothérapie, diabète, hernie inguinale ; antécédents urologique : cryptorchidie, traumatisme ou torsion testiculaire. **(Paujade, All, 2012, p. 272).**

9.1.3. Interrogatoire du couple :

- Âges ; durée de vie commune, durée d'exposition à la grossesse.
- Date d'arrêt des contraceptifs.
- Profession : horaires, stress, exposition à toxiques.
- Motivation pour la grossesse.
- Rapports sexuels : qualité, fréquence.
- Caractère primaire ou secondaire de l'infertilité.
- 1^{er} ou 2 unions, nombre d'enfants respectifs du couple.
- Antécédents familiaux d'infertilité.
- Antécédents de prise en charge pour infertilité : traitement reçus, résultats d'examens.

9.2. Examen clinique chez la femme :

Il faut réaliser un examen gynécologique classique dans de bonnes conditions (vessie vide) avec quelques précisions :

- Examen générale (thyroïde, cœur, etc..).
- Étude du morphotype (rapport poids taille, pilosité à la recherche d'une hypertrichose ou d'un hirsutisme ou à l'opposé d'une dépilation, caractères sexuels secondaire).
- Examen des seins et air ganglionnaire de drainage.
- Inspection du périnée, à la recherche d'une malformation.
- Examen au spéculum pour apprécier le vagin le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles (+/- FCV).
- Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus, masse latéro-utérine). **(Blageuz, 2010, p.37).**

9.3. Examens complémentaires chez la femme :

9.3.1. La courbe ménothermique :

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

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

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

Normalement pendant les jours qui suivent les règles, la température basale se maintient aux environs de 36 °, 5 ° c. Puis de façon brutale la température monte : c'est le décalage Post-ovulatoire. L'ovulation est repérée comme étant le point le plus bas avant l'Ascension de la courbe suit un plateau thermique de 12 à 14 jours lié à la sécrétion de progestérone. Puis la température retombe la veille ou le dernier jour des règles Voir (figure3).

En cas de monter tardive de la température : dysovulation.

En cas d'absence de décalage thermique : anovulation. **(Paujade et All, 2012, p. 274).**

9.3.2. Test de HUHNER :

Ce test est pratiqué dans les vingt-quatre heures qui suivent la date de l'ovulation te huit heures après un rapport sexuel. Le but est notamment d'analyser la glaire afin de contrôler n'empêchement pas la bonne avancée des spermatozoïdes dans l'ovule. **(Cedrein et Durnerin I, 2002, p. 21).**

9.3.3. Echographie :

L'échographie est un complément indispensable de l'examen gynécologique est réalisée par voie abdominale (vessie plein) ou vaginale (vessie vide) à l'aide de sondes émettant des ultra sons de 3.5 à 9 MHz.

L'échographie permet de voir l'utérus et les ovaires.

Utérus : taille, forme, position, épaisseur de l'endomètre, myomètre homogène ou pas.

Ovaires : taille, forme, présence de follicules, présence de kystes, présence de corps jaune. L'échographie peut également être utilisée hors d'une intervention chirurgicale on appelle alors l'échographie interventionnelle se fait par voie transvaginale, il peut s'agir d'une ponction d'un kyste ovarien d'une ponction folliculaire. **(Blanc & Boublil, 1993, p.128).**

9.3.4. Hystérosalpingographie :

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

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

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

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

9.3.5. Coelioscopie :

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

9.3.6. Hysteroscopie HSC :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine. Elle permet d'apprécier l'aspect de la muqueuse utérine, de préciser la nature d'une image vue à l'hystérogographie.

Elle peut remplacer l'hystérosalpingographie pour explorer la cavité utérine, qui ne permet pas d'examiner les trompes. Son avantage est qu'elle permet le traitement de certaines anomalies observées : il est possible de réaliser la résection endoscopique de cloison, de synéchie, d'un petit polype. Elle permet aussi la réalisation de biopsies d'endomètres au niveau de lésions suspectes. Tout ceci se fera alors anesthésie général. (**J. R. Zorn & Savale, 1999, p.95**).

10. Le traitement de la stérilité :

Le traitement de la stérilité féminine se faire de deux façons : médicale et chirurgicale.

10.1. Le traitement médicaux :

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

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

10.1.1. Anti-œstrogènes :

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

10.1.2. Les gonadotrophines :

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

Les gonadotrophines sont contre-indiquées en cas de : Tumeurs hypothalamique ou hypophysaire ; hypertrophie de l'ovaire ou kyste ovarien ; Saignement gynécologique d'origine inconnu ; Carcinome ovarien, utérine ou mammaire ; Insuffisance ovarienne primitive, Malformation des organes génitaux ou fibrome utérine incompatibles avec une grossesse. (Nouhaide, 2015, p. 67).

10.1.3. Létrozole - Fémara :

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

10.2. Traitement chirurgicaux :

Le traitement constitué d'opérations chirurgicales comme son nom l'indique et en application certaines malformations de l'utérus ou des synéchies (adhérences). L'opération peut se situer au niveau des trompes ou de l'utérus, et des ovaires.

10.2.1. Au niveau des trompes :

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

10.2.2. Au niveau de l'utérus :

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

10.2.3. Au niveau des ovaires :

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

Si le traitement, médical ou chirurgical ne suffit pas à obtenir une grossesse, une insémination artificielle ou une fécondation in vitro peuvent être envisagées ;

10.3. Techniques d'assistances médicales aux procréations (AMP) :

L'assistance médicale à la procréation sont l'ensemble des techniques médicales et biologiques qui comportent la manipulation des gamètes avec ou sans fécondation in vitro, dans le but d'obtenir une grossesse chez un couple qui sans cela risquerait de demeurer infécond. Ces techniques peuvent aussi s'appliquer dans le cas de risque importants de transmission à l'enfant de maladies graves. Les techniques d'assistances médicales à la procréation incluent en théorie :

- Des inséminations artificielles (IAC avec sperme du conjoint ou IAD avec donneur).
- La fécondation in vitro (FIVETE, fécondation in vitro et transfert d'embryon).
- L'ICSI (Injection Intra Cytoplasmique Spermatozoïdes). (**Zorn. JR & Savale M, 2005, p. 159**).

a. L'insémination artificielle (IAC) :

L'insémination artificielle consiste à l'introduction artificielle de sperme (provenant de conjoint ou de donneur) directement dans la cavité utérine le jour de l'ovulation à l'aide d'un cathéter de plastique souple qui permet de franchir le col de l'utérus et l'amener les spermatozoïdes plus près de trompes de Fallope où se produit la fécondation et augmentant aussi les chances de grossesse. (**Jean Marc Stephan, 2011, p. 300**).

b. La fécondation in vitro (FIV) :

La stimulation des ovaires va permettre le développement de plusieurs follicules. La ponction de ses follicules, faite juste avant l'ovulation, permet de recueil de plusieurs ovocytes. On procède ensuite à la « culture » de l'embryon dans un milieu enrichi en acides aminés, qui facteur de croissance. Cette technique permet de court-circuiter les trompes (stériles tubaire) et de rapprocher les spermatozoïdes des ovocytes (stérilité masculine). **(Hodon B et al, 2006, p. 54).**

c. L'injection intra-Cytoplasmatique de spermatozoïdes (ICSI) :

L'injection intra-Cytoplasmatique de spermatozoïdes procédé récent en 1992 de fécondation, et une technique qui injecte directement un spermatozoïde à l'intérieur des voies génitales féminines dans le noyau de l'ovocyte. C'est une technique de micro manipulation qui permet de pallier certaines anomalies des spermatozoïdes pour empêchant la fécondation. A l'aide d'une micropipette on injecte directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Cette intervention se fait au laboratoire après un traitement de stimulation ovarienne. **(Http : [www.chu-toulouse.fr/insémination artificielle](http://www.chu-toulouse.fr/insémination-artificielle)).**

Synthèse :

Concevoir un enfant représente l'étape la plus importante dans la vie d'un couple et une nouvelle vie à franchir dans le cycle de l'existence de l'être humaine. Malheureusement, plusieurs couples à travers le monde sont confrontés au problème de stérilité, ce qui constitue une source importante de dépression et de drame sociale.

Cette souffrance touché la femme d'abord, et le conjoint et la famille ensuite. L'enfant pour la femme est le sens de la vie, il procure la joie et le bonheur, pour la femme son enfant est la plus belle parure.

Aujourd'hui, la science apporte des solutions au problème de la stérilité, ces solutions sont encore partielles ; comme l'assistance médicale à la procréation devienne un véritable espoir pour tout de couple dans la détresse.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule :

1-La méthode utilisée :

2- présentation de terrain :

3- la pré-enquête :

4-présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

5- L'enquête :

6-les outils de la recherche :

7- les difficultés rencontrées :

Préambule :

La méthodologie est considérée comme une phase primordiale et principale dans toute recherche scientifique, elle est la clé d'un travail cohérent qui reflète l'incapacité du chercheur dans son travail de recherche.

Dans le présent, nous allons exposer tout d'abord la méthode utilisée dans notre recherche, ensuite la présentation de terrain, la pré-enquête et l'enquêtéméné au cabinet de gynécologie privé, puis la présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié, à la fin de ce chapitre nous allons citer les outils utilisés dans notre recherche.

1- La méthode utilisée :

Chaque élaboration d'un travail scientifique se base sur une méthode de recherche adéquate à la nature de l'objet d'étude du chercheur. Pour réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, c'est la méthode qualitative qui essaye de décrire des phénomènes.

C'est la méthode la plus convenable pour la description du concept dépression, mais encore afin d'aborder la vie des femmes stériles.

- La méthode est définie comme :

« La méthode (au singulier) est constituée de l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie. Cette conception de la méthode dans le sens général de procédure logique, inhérente à toute démarche scientifique, permet de la considérer comme un ensemble de règles indépendants de toute recherche et contenu particulier, visant surtout des processus et formes de raisonnements et de perception, rendant accessible la réalité à saisir ». (M. Grawitz, 2001, p. 351)

Le terme méthode désigne, selon certaines approches, *^la marche rationnelle de l'esprit pour arriver à la connaissance ou à la démonstration de la vérité^*. En se référant à cette définition, on considérera la méthode d'une recherche comme l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée. (Jean-Louis. Loubet Del Bayle, 2000, p. 15)

D'ailleurs *Silamy (1999)*, définit la méthode clinique comme une méthodologie 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.

C'est pourquoi, et dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé l'étude de cas qui est donc l'une des méthodes principales de la pratique clinique. Elle est au cœur de la pratique clinique, mais elle est également utilisée dans le domaine de la recherche scientifique notamment dans les études qualitatives dont notre recherche figure. L'étude de cas en psychologie clinique vis alors à dégager la logique d'une histoire de vie singulière, aux prises avec des situations complexes, nécessitant des lectures à différents niveaux et mettent en œuvre des outils conceptuels adaptés (**O. Douville, 2014, P. 103**).

1-1-Etude 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 divers. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier (**Martine Hladyrispal, 2002, p. 48**).

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

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 sont utilisées (**Ibid, P. 48**).

La notion d'« étude de cas » est au centre de la méthode clinique à tel point que certains réfutent le terme « clinique » pour toute approche qui ne se référerait pas à cette dimension (**Pedinielli JL, 2006, P. 63**).

2- présentation de terrain :

L'approche de terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique puisqu'elle constitue une base de données et d'information sur le sujet étudié.

On a réalisé notre stage pratique au sein du cabinet médicale privé gynécologique obstétricienne « *Dr Mesbah Assia et son épouse Dr Addas* » sur une durée de 45 jours. Le cabinet se situe à la cité « *120logts Naceria bt 24 N° 03 à Bejaia* ».

Le cabinet se compose :

- Un petit pavillon où se trouve le bureau d'accueil avec la rentrée.
- Il existe deux salles réservées à la consultation gynécologique, une pour la gynécologue *DrMesbah*, et l'autre pour son épouse le gynécologue *DrAddas*.
- Et on trouve son bureau dedans et l'autre matériel et appareil d'échographique qu'elle utilise.
- Il existe deux salles d'attente, une pour femme et l'autre pour homme.
- Il existe 4 assistances médicales qui travaillent temps partielles (deux le matin et deux l'après midi)

3- la pré-enquête :

C'est une étape très indispensable pour toute notre recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et enrichissements pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils et par la suite élaborer nos hypothèses.

La pré-enquête est une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Ainsi ; La phase de pré-enquête représente la « base de l'édifice » (**Berthier, 2010, P. 10**). Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (**Grawitz, 2001, p. 550**).

Chauchat définit la pré-enquête comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les fait observable, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation, cette phase comporte une observation préliminaire a l'aide d'entretiens généralement peu directifs » **(Chauchat, 1999, p. 63).**

Suite a nos lecture et nos connaissance nous pouvons dire que la pré-enquête est considéré comme étant une étape capital de la recherche, dans le but de vérifier la faisabilité de notre recherche, notre premier étape a constitué a vérifier et palper le terrain avant de prendre la décision finale. Cela notre recherche port sur les manifestations dépressives chez les femmes stériles.

Une fois notre thématique de recherche est fixée, on s'est mises dès le début à effectuer une recherche bibliographique, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre département ou sur internet afin d'avoir un certain bagage théorique qui va nous permettre de désigner notre variable dépendante et d'élaborer notre question de recherche et essayer de préparer notre côté théorique.

Notre pré-enquête s'est déroulée durant la période du 15 février jusqu'à 1 mars. Au cours de cette période, nous avons effectué de multiples visites pour découvrir le lieu de terrain et aussi nous voulons juste s'assurer de la disponibilité des cas. Après nous avons eu des entretiens avec docteur *Masbah Assia* qui était avec nous très compréhensive et elle nous aide de parler avec quelque patiente qui atteinte de la stérilité. D'après elle nous avons également eu deux (2) entretient avec deux femmes stérile et on appliquer notre échelle de Beck.

Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons précisé les informations sur nos sujet de recherche et nous sommes assurés que le service et valable pour réaliser notre enquête.

Nous avons commence notre pré-enquête au niveau du cabinet privé de gynécologie obstétricienne a Bejaia, après avoir reçu l'autorisation d'accès a cette étape nous avons fait le maximum afin de familiariser avec nos enquête et non gagner leur confiance, aussi de recueillir le maximum d'information sur l'ensemble des moyens et mesures de la prise en

charge médicale des femmes stériles pour collecter tous les données pertinentes sur la population d'enquête.

4-présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

Notre travail de recherche porte sur les manifestations dépressifs chez les femmes stériles pour la réalisation de cette présente recherche nous sommes dirigé vers un cabinet de gynécologie obstétrique afin de incorporer notre groupe de recherche que nous avons sélectionnés sur la base de déférents critères d'inclusion et de critères d'exclusion cités ci-dessous :

4-1- Les critères d'inclusion :

Pour notre travail d'exploration, nous avons retenu certains critères importants notamment la nécessité que notre groupe de recherche soient :

- Des femmes adultes mariées.
- Tous les de notre étude sont des femmes qui on vécu une stérilité soit primaire ou secondaire.
- Des femmes stériles d'une durée de 2ans et plus.

4-2- Les critères d'exclusion :

Dans notre recherche nous n'avons pas prix en considération :

- L'âge
- Le niveau d'instruction
- La langue des femmes

Afin de vérifier nos hypothèses nous avons sélectionné un groupe de recherche de six (6) cas, atteintes de la stérilité.

Tableau N°1 : *présentation de nombre du groupe de recherche*

<i>Cas</i>	<i>Age</i>	<i>Niveau d'instruction</i>	<i>Situation professionnel</i>	<i>Duré du couple</i>
Samira	34ans	universitaire	éducatrice	13ans
Kahina	40ans	universitaire	enseignante	8ans
Tasaadit	34ans	4em année secondaire	nourrissante	14ans
Bahia	44ans	analphabète	couturière	22ans
Nassima	36ans	primaire	cuisinière	4ans
Fouzia	42ans	lycéen	Femme au foyer	8ans

5- L'enquête :

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé. Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (**k. Chahraoui, H. Bénony2003, P. 131-132**).l'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés (**M. Grawitz, 2001, P. 547**).

L'enquête « est un élément fondamentale de la méthode de recherche. La méthode de l'enquêtedéfinit l'ensemble de la procédure de recherche qui va des modèles théoriques jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données » (**Chanchat .1995, p. 12**).

Notre enquête s'est bien déroulé au sein de cabinet médicale privé gynécologie obstétrique **MesbahAssia** à Bejaia du 1 mars 2022 au 30 mars 2022, deux fois par la semaine. nous avons commencé à rencontrer les femmes atteint de la stérilité, nos sujet de recherche certaines se montraient coopératif dès le début , d'autre restaient méfiant mais nous avons gagné leur confiance et quand même nous avons constitué un groupe de recherche , nous expliquons notre objectif avec la plus clarté pour recueillir les information nécessaires à notre travail, nous avons commencé par la passation de l'entretien que nous avons préparé au préalable et cependant on a essayé de traduire le guide d'entretien en kabyle à cause il ya certains sujet qui ne maîtrise pas la langue française, nous avons former la consigne suivant : « nous allons vous poser des questions sur votre vécu, et essayer de nos répondre du mieux que vous puissiez et si une question vous la trouvé discrète , vous avez tout la liberté de refuser d'y répondre » « *Toura akamdesaqsighe f lahwayj amek itet3ichet repondiyid s*

wachu ithavghit , et ma yela osaqsi omi3jiv ara tzamret otripondit ara aken thebghit ». Et la durée de l'entretien varie entre 30 minute et 45 minute.

Concernant un autre outil qu'est l'échelle de Beck de dépression « **BDI-II** », nous avons traduit notre échelle en langue arabe car comme on a dit déjà que nos sujet ne comprend pas la langue française aussi donc on est obligé de le traduire, et nous avons demandé au sujet de remplir le questionnaire durant 10 à 20 minute.

A la fin de chaque passation des deux outils nous avons remercié les femmes de voir autorisé de nos entretiens et nous avons souhaité un bon rétablissement et inshallah un jour vous allez voir des enfants comme toutes les femmes et inshallah votre rêve se réalisera.

6-les outils de la recherche :

Dans le cadre de recherche scientifique, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude. Nous avons opté pour la combinaison de deux techniques telles que l'entretien clinique et l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

6-1- l'entretien clinique :

L'entretien clinique est le meilleur moyen pour recueillir des informations sur la souffrance ou les difficultés du sujet, il est le principal instrument dont dispose le psychologue qu'il s'agisse d'évaluation ou de thérapie. L'entretien est une partie qui se joue au moins à deux avec une position asymétrique entre le sujet et le psychologue. (**J.Pedinieli, 2006, P. 36**).

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème. Il est utilisé par les psychologues cliniciens à un sens quelque peu différent, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

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

L'entretien de recherche il est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines .ils représentent un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves... (**Chahraoui, Bénony ,2003, p.11- 12).**

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

✓ **l'entretien semi directif :**

L'entretien semi-directif dans lequel le chercheur dispose un guide d'entretien avec plusieurs questions préparer à l'avance qui correspondant aux thèmes de recherche et dans ce type d'entretien le chercheur pose une question puis laisse parler le sujet. (**Grawitz, 2009, P 153).**

L'entretien semi-directif, assortis éventuellement de questionnaires ou d'échelles, permettent de recueillir des données qu'il faudra dépouiller et interpréter selon des méthodes fiables, telle l'analyse de contenu. (**Marie, Castarède, 2003, P.93).**

Les entretiens semi-directifs sont menés sur la base d'un guide d'entretien constitué de différent « thème, question » préalablement élaborés en fonction des hypothèses. (**Luc Albarelle, 2003, P. 69).**

✓ **Le guide d'entretien :**

Notre guide d'entretien se compose de quatre (4) axe chaque axe contient un ensemble des questions principale qui visent à recueillir des informations sur le patient et qui est en relation avec notre thème de recherche qui sont les suivants :

Axe 1 : Information personnel.

Axe 2 : Le vécu de la femme stérile.

Axe 3 : Le vécu au sein du couple.

Axe 4 : Information sur la dépression.

6-2- Échelle de Beck : C'est un deuxième outil de travail de notre recherche.

6-2-1- l'inventaire de dépression de Beck :

Est le questionnaire de dépression le plus utilisé parmi la population adulte. Chacune de ses 21 questions propose quatre énoncés correspondant à quatre degrés d'intensités des symptômes de dépression ce qui permet une estimation quantitative de l'intensité de la dépression.

6-2-2- Histoire de BDI-II :

Ce test de dépression, *l'inventaire de dépression de Beck*, a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre **Aaron T. Beck** et révisé en 1966 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression du DSM-IV. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologique. ([Http://:www.Etatdepressif.com](http://www.Etatdepressif.com))

6-2-3-l'origine d'échelle de dépression (BDI-II) :

Le BDI-II était issu de l'instrument d'origine (BDI), élaboré par Aaron Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961), pour le BDI-II quatre items comme (, préoccupations somatiques, modification de l'image corporelle, difficulté à travailler et perte de poids) ont été éliminés et quatre items ont été créés (Agitation, Dévalorisation, Difficulté à se concentrer et perte d'énergie).ces quatre nouveaux items devraient permettre de détecter des symptômes caractéristiques d'une dépression grave ou d'une dépression qui nécessiterait une hospitalisation. Deux items ont été modifiés d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil.

D'autres items du questionnaire ont été réécrits. Le BDI-II constitue une importante révision. Bien plus que ne l'avait été le BD-II. (**Beck, et coll., 1998, P.1**).

6-2-4- Définition de l'échelle de Beck :

Est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16 ans. Il est composé de 21 items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon DSM-IV (1994 ; version française 1996). Trente-cinq années de recherche et d'expérience avec la première version BDI ont conduit les auteurs à réviser la version modifiée : le BDI-II. **(Beck, et coll., 1998, p.1)**

A. Considération générale :

L'échelle de dépression de Beck (BDI-II) est un test facile à administrer. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items ; cependant les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration. **(Beck, et coll., 1998, P.7)**

B. Temps de passation :

Le temps de passation de cette échelle en générale de 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole, c'était également la durée moyenne d'une passation BDI-IA (Ball, Archer et Imhof, 1994). Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps. **(Beck, et coll., 1998, P .7)**

C. La consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés, veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui, encrer le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encrer ce chiffre. **(M. Bouvard, J. Cottraux, 1996, p. 186)**

D. Mode de cotation :

Chaque item est constitué de 4 phases correspondant à 4 degré d'intensité croissantes d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans de le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote forte choisi pour une même série. la note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items. (Beck, A, 1997, p.182).

E. Les normes de la dépression :**Tableau N°2 : Notes seuils établis par Beck**

Note totale	Niveau
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modérés
28-63	Sévère

F. L'interprétation des notes :

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression. (Beck. A, 1998, p.10)

7- les difficultés rencontrées :

Dans chaque recherche il existe plusieurs obstacles et déférent difficulté qui entraînent le chemin de recherche. Il est évident qu'un chercheur se trouve face a certaine difficultés, comme il l'affirme *Quivy* en disant que « chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté a des contraintes » (R.Quivy, 2006, P 27).

Toute recherche bien menée se confronte à des difficultés qui apparaissent parfois comme des obstacles majeurs pour leurs déroulements.

Vu que c'est notre première recherche alors nous sommes débutant à la recherche, ici dans notre étude les plus importantes difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés sont :

- Les refus d'accès au stage pratique dans quelque établissement hospitalier pour différents raisons tel que manque de psychologue au sein des hôpitaux pour nous encadré.
- Le manque de la documentation sur la stérilité.
- Certains patients avaient des difficultés d'exprimer leurs émotions, cela a pris du temps pour gagner leur confiance.
- La difficulté de l'expliquer notre échelle ainsi l'entretien à cause de certain cas qui ne comprend pas la langue française ni arabe.
- Le refus de quelque femme de parler et de répondre au questionnaire.

8-Les limites de la recherche :

- Limite spatiale : notre recherche s'est déroulée au niveau de cabinet privé de gynécologie obstétricienne docteure « *Mesbah Assia* ».
- Limite temporelle : notre recherche s'est déroulée durant la période 15 février jusqu'à 30 mars 2022.
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur cinq (6) cas des femmes adultes stériles.
- Outils de recherche : notre étude est basée sur un entretien semi-directif de recherche et une échelle de dépression de Beck.

Synthèse :

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie de la recherche qui joue un rôle important de chaque recherche, notre thème qui porte sur les manifestations **dépressives chez les femmes stériles** elle nous a permis de garantir une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu l'échelle de dépression de Beck et le guide d'entretien qui nous ont permis de recueillir des informations escomptées.

*Chapitre IV : Analyse des résultats et
discussions des hypothèses*

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussions des hypothèses

I- Présentation et analyse des résultats des cas :

Préambule

1- Présentation du cas n°1 :

2-présentation du cas n°2 :

3- présentation du cas n° 3

4--Présentation du cas n°4 :

5- Présentation du cas n°5 :

6- présentation du cas n°6 :

II- Discussion des hypothèses :

Cas N°1 : Mme Bahia

Cas N°2 : Mm Nassima

Cas N°3 : Mm Samira

Cas N°4 : Mm Fouzia

Cas N°5 : Mm Tasaadit

Cas N°6 : Mm kahina

III- Synthèse

Préambule

Nous tenons dans ce dernier chapitre de présenter la partie pratique qui constitue une présentation et analyse des données de notre stage qu'on a effectué au sein du cabinet privé gynécologique de Bejaïa.

On va faire une présentation de cinq (6) cas des femmes stérile, pour lesquels on a fait passer l'entretien clinique et échelle de Beck. Ce travail va nous permettre en fin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

I- Présentation et analyse des résultats des cas :

1- Présentation du cas n°1 : « Samira » :

Mme « Samira » est âgée de 37 ans, elle est mariée depuis 13 ans. Mme « Samira » titulaire d'une licence en langue français, et enseignante depuis 7 ans dans un primaire.

Elle est orientée vers un gynécologue pour une consultation dans la privée, après un suivi de 9 ans pour sa stérilité.

1-1- L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mme « Samira » s'est déroulé au niveau de cabinet privé gynécologie de Bejaïa, l'après- midi d'une dure de 40minute.

Durant l'entretien Mme « Samira » été un peu difficile avec nous au débute car elle est inquiète un peu au début, mais après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, que on veut juste avoir des informations concernant notre mémoire. Donc Mme « Samira » est une femme vraiment calme elle été alaise avec nous, le discours été direct c'est-à-dire question réponse.

Lors de l'entretien, nous avons remarqué que Mme « Samira » a commencé a pleuré dès la premiers (1) questions, elle est grave dégoutée de sa vie cela remarqué dans ces paroles « *Dayan a3yigh ikel galhayatiw ezrigh ara iwacho it3achagh naki* » qui veut dire « j'ai grave dégouté de ma vie ci bon je ne sais pas pourquoi je suis encore vivante »

Puis on a posé la question quelle est la signification de la stérilité pour elle pour voir le degré de sa souffrance, Mme « Samira » dit « si la mort pour moi, c'est la fin de ma vie, d'après c'est parole Mme « Samira » nous a confirmé qu'elle a vraiment envie d'avoir des enfants « mon dieu bien sûr que oui, et grave même » et dit aussi « *je ne sais pas lokan adas3ogh dacho arakhadmagh wellah, franchement vghigh grave, grave* », qui veut dire « je ne sais pas si un jour j'aurais un enfant quoi faire je te jure, franchement j'ai grave envie » et elle a beaucoup pleuré.

Mme « Samira » nous a rajouté aussi « j'ai vraiment envie de vivre comme chaque femme enceinte parce que c'est le plus beau moment de la vie de couple ».

Lors de l'entretien Mme « Samira » apparaît désespérée et même on a remarqué une certaine inquiétude vis-à-vis de sa relation avec son conjoint, « *bon nela bien parce que nazwej paramour mi thora non machi am zik ah arabi....* »-à-dire dire « on était bien, on vivait une belle vie ensemble, mais maintenant on est plus comme avant mon dieu ».

Et à propos de sa relation avec sa famille on l'a posé la question comment était leur regard on a remarqué que Mme « Samira » est triste devant sa famille « je suis vraiment triste parce que ma mère elle veut vraiment que j'ai des enfants et je comprends parce que c'est pas facile aussi pour elle d'avoir une fille stérile et ça me touche et me rend triste ».

D'après aussi notre entretien on a remarqué que Mme « Samira » elle souffre des troubles de sommeil et même elle a plus l'appétit « même les nuits je ne dors pas, je souffre je pense toujours à la situation et je pense comment je peux continuer ma vie comme ça ». « Et je ne mange pas bien avant je mange à tout moment mais maintenant non, imagine avant je pesais 81kg et maintenant 55kg tout ça à cause de stress c'est dur vraiment ». Et on a remarqué un changement dans la qualité de leur vie d'après ce qu'elle déclare « je travaille toujours donc je me sens toujours chargée », d'après la réponse de Mme « Samira » on a remarqué que elle est toujours triste et fatiguée « oui je me sens grave triste et fatiguée de ma situation, imagine dit-fois je pense à des choses graves » et aussi elle dit « *satrisayagh grave wellah dit foiskarghas adatfagh la dépression gayen ak itkhamimagh* » qui veut dire « je me sens très triste et dit-fois je pense que je suis déprimé, j'arrive pas à arrêter de penser et de pleurer sur ma situation ».

➤ **Synthèse de l'entretien de recherche du cas « Samira » :**

Notre entretien avec la patiente nous a révélé que cette dernière, manifeste des manifestations dépressifs qui se caractérisent par une tristesse, fatigue, pleurs liés à son atteinte. Ces manifestations ont été engendrées par sa stérilité, qui présente un obstacle pour la patiente. Cette dernière manifeste une perte d'énergie et des modifications de l'appétit et de sommeil et une perte d'intérêt pour le sexe ainsi des pensées à se suicider.

1-2 -présentation et analyse de l'échelle de Beck du cas « Samira » :

Tableau n °3 : Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de « Samira »

<i>N°</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expression</i>
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable
2	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
3	Echec dans le passé	2	Quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être punie	2	Je m'attends à être puni
7	Sentiment négatifs envers soi même	1	J'ai perdu confiance en moi
8	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
9	Pensées ou désirs de suicide	2	J'aimerais me suicider
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	2	Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser a quoi que ce soit
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant a prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficultés de concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		50	
Degré de la dépression		Sévère	

Mme « Samira » présente un score de 50 point ils correspondent a une dépression sévère comme l'indique le manuel de l'échelle de Becke.

Selon l'échelle de dépression de Becke, nous avons constaté que notre sujet de recherche a une humeur triste dans l'item N°1, ou on a répondu par le degré (03) « *je suis si triste, ou si malheureux que ce n'est pas supportable* ». Mme « Samira » présente un certain désespoir face a son avenir comme c'est indiqué dans l'item N°02« *j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer* », ainsi dans l'item N° 03 on a coté le degré (02) pour sa réponse, « *quand jepense a mon passé, je constate un grand nombre d'échecs* » cette dernière a une perte de plaisir , cela correspond a l'item N° 04 ou on a cote le degré de (03) « *jen'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement* ».

Mme « Samira » présente aussi une perte d'intérêt comme elle est indiqué dans l'item N°12 «*j'aidu mal à m'intéresser a quoi que ce soit* », et même une grave perte d'énergie correspond a l'item N°15 ou elle a porté pour le degré (03) « *j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit* ».

Dans l'item°06, elle manifeste un sentiment de punition, ou on a coté le degré (02) « *jem'attends à être punie* ». Comme Mme « Samira » manifeste un grand manque d'appétit cela remarque dans l'item N°18 « *je n'ai pas d'appétit du tout* », et même elle présente un sentiment de fatigue, on a remarqué ca dans sa réponse dans l'item N°20 « *je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant* ».

➤ **Synthèse des résultats de l'échelle de Beck du cas « Samira »**

Après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, Mm « Samira » a eu un score de 50 points qui correspond à une dépression sévère, qui nous a permis de constater que la patiente présente une souffrance psychologique qui se manifeste par une tristesse, les difficultés à se concentrer et l'indécision. La survenue de sa maladie se répercute négativement sur son organisation psychique qui s'est dégradée, et c'est ce qui a engendré un trouble psychologique qui est des manifestations dépressives.

2.Présentation du cas n°2 : Cas « kahina »

Mme « kahina » est âgé de 40 ans, elle est mariée depuis 10ans, Mme « kahina » est titulaire d'un master 2 en psychologie de travail, cette dernier travaille dans un usine. Elle est orientée vers gynécologue pour une consultation dans la privée, après un suivi de 9 ans pour sa stérilité.

2- 1- L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mme « kahina » s'est déroulé au niveau de cabinet privé gynécologie de Bejaïa la matiné d'une duré de 30 minute .durant l'entretien, Mme « kahina » été compréhensive et calme avec nous, cette dernière est une femme très respectueuse, gentille, calme, le discours avec elle été direct.

Lors de l'entretien, nous avons remarqué que Mme « kahina » a d'espoir dans la venir, et elle est toujours optimiste et positif, même ci sa situation elle est pas facile de vivre comme une femme stérile « j'ai été choqué au début lorsque la gynécologue ma dit cette phrase mi hamdoulah pour tout », puis on a pose la question que penser vous lorsque vous entendre le mots stérile « ci une chose que je ne la souhaite a personne , et pour moi c'est un sentiments horrible et très difficile de vivre avec .

Pendant l'entretien on a su que Mme « kahina » n'est pas la seul femme stérile dans sa famille, elle dit,« malheureusement je ne suis pas la seul qui n'a pas eu d'enfant dans notre famille, j'ai ma sœur et ma tante qui sont stérile aussi, et donc je sais pas si c'est héréditaire ou pas .madame « kahina » nous a confirmé que elle a envie d'avoir un enfant mi elle est toujours optimiste, cette dernier dit « j'ai envie d'avoir un enfant, mi lah ghalev, le bon dieu qui sait tout ». On abordant le coté relationnel avec son mari, Mme « kahina » déclare on souriante « c'est une relation comme tout les couple, donc on aimera bien d'avoir un enfant, donc même ci j'essaye d'ignorer ma situation mai lui non, donc vraiment je suis un peu inquiète de notre relation , mais aussi on a remarque que Mme « kahina » a ressenti la satisfaction de son conjoint , elle dit « même ci si pas facile pour luis aussi de vivre sans un bébé mi il me dit toujours que il a comblé ce vide avec moi et aussi il dit que ci notre destin , j'ai d'espoir peut être il vianda un jour ou je porte mon enfant dans mes bras »

Cette derniers nous a parlé et déclaré sur sa relation avec sa famille c'est-à-dire comment était leur regard, Mme « kahina » apparu triste elle dit « je suis triste par ce que ma belle famille me vois comme ci si de ma faut, mais d'autre coté hamdoulah ya ma famille toujours a mes coté, me soutiens et de me donner d'espoirs. Mme « kahina » aussi nous a parlé et décrit ces journée quotidienne « *la pression, lkhadma g vara et malmi daklagh sakham oblige ad3alagh daghen chghel imansi advarzagh donc a3yigh vraiment* » c'est à dire « j'ai la pression je travail toujours je rentre a la maison et je travail aussi je prépare le diner je nettoie aussi la maison vraiment je suis fatigué ». Lors de l'entretien on a remarque une certain tristesse sur Mm « k » a propos de sa vie ,elle dit « je me sens toujours triste même ci j'ai essayetoujours d'être optimiste et de continuer a vivre mi non dit fois je pleur des heurs et je m'arrête pas parce que ci pas de tout facile surtout quand je vois une femme enceinte ou quand elle porte son neveu née vraiment ca me déchira le cœur, mi on dit toujours hamdoulah pour tout, et on inspira un jour on auras un enfant comme tout les femme.

➤ **Synthèse de l'entretien de recherche du cas « Kahina » :**

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas « kahina », on a constaté que Mm « kahina » porté des manifestations dépressives qui sont liés à sa stérilité. Elle a subi un changement radical dans sa vie psychique, cette dernière présente une insomnie, la fatigue et une tristesse suivie aussi par une perte d'appétit et elle a perdu confiance en soi ainsi que Mme « kahina » a moins d'énergie qu'avant.

2-2- Présentation et analyse de l'échelle de Beck du cas « Kahina » :

Tableau n°4 : Score et résultats de l'échelle de Beck du cas « kahina »

<i>N°</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expressions</i>
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir
3	Echec dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans ma vie, d'être une ratée
4	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni.
7	Sentiment négatif envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi
8	Attitude critique envers-soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que l'habitude.
9	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	2	Je pleurs pour la moindre petite chose
11	Agitation	1	Je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficultés à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur moi que ce soit
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de chose que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
Score		23	
Degré de dépression		Modéré	

Mme « kahina » présente un score de 23 point correspondent a une dépression modéré comme le manuel de l'échelle de Beck l'indique.

Selon l'échelle de dépression de Beck, nous avons remarqué que notre sujet de recherche a une humeur légère triste ca dans l'item N°01 ou on a répondu par le degré (01) « *je sens très souvent triste* ».

Mme « kahina » même ci ci pas facile de vivre sans avoir des enfants mi elle a perdu l'espoir dans la venir cela indique dans l'item N°02 « *jene suis pas décourage face a mon avenir* », ainsi dans l'item N°03 on a coté le degré (00) pour sa réponse « *je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans ma vie d'être un raté* ». Cette dernière a perdu certaine plaisir, cela correspond a l'item N°04 ou on a coté le degré de (02) « *je n'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement* ». S'ajoute a cela que Mme « k » n'a pas perdu son intérêt comme elle est indique dans l'item N°12 « *je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités* », même ci elle est triste mi elle essaye toujours d'ignorer sa situation.

Selon Mme « kahina » on a remarquer aussi que elle a moins d'énergie que avant, cela correspond a l'item N°15 ou elle a porte pour le degré (01) « *j'ai moins d'énergie qu'avant* », et dans l'item N°06 , elle manifeste un sentiment de punition ,ou on a coté le degré (01) « *je sens que je pourrais être puni* ». on a remarque aussi que Mme « kahina » a un manque d'appétit que avant dans l'item N°18 « *j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude* », et même elle présente un sentiment de fatigue ,on a remarqué ca dans sa réponse a l'item N°20 ou elle a choisit « *je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de chose que je faisais avant* ».

➤ Synthèse de l'échelle de Beck du cas « kahina » :

Les données de l'échelle de dépression de Beck, nous a permis de détecter une dépression modéré chez Mm « kahina » dont le score est de 23 points, accompagnée par des pleurs et une perte d'intérêt, la fatigue, on souligne aussi que la patiente présente une irritabilité et une dévalorisation qui se manifeste par des difficultés à se concentrer.

3- présentation du cas n° 3 Cas « Tassadit » :

Madame « Tassadit » est une femme âgée de 34ans, marié depuis 14ans, elle a un niveau d'instruction secondaire, travaille comme une nourrissante dans une crèche privé. Cette dernière elle est nullipare (sans aucun enfant).Mm « Tassadit » a déjà fait plusieurs examens gynécologiques depuis son mariage.

3-1- L'analyse de l'entretien du cas Tassadit :

L'entretien s'est déroulé au niveau du cabinet privé gynécologie de Bejaia, durant l'entretien Mme « Tassadit » a été souriante, elle a accepté facilement de répondre à nos questions avec plaisir pour une durée de 35 minutes.

La souffrance de Mme « Tassadit » qui accompagné depuis 14ans de mariage sans enfant, c'est très difficile pour elle de supporter la tristesse de cette stérilité « *Tlawamegh imaniw qarghasiwachu aka, ya lokan os3igh ara mochkil ayi ozmiragh ara ad suportigh haznagh mlih* » puis on a posé la question sur la signification de la stérilité, pour elle « c'est la fin du monde, manque de respect ». Mme « Tassadit » nous a confié qu'elle a vraiment envie d'avoir des enfant après tant d'années « *bghigh bzaf bzaf, bghigheth i wrgaziw parce que ma ad izar latwafen nmaden igezmiyi g le moment nibghigh asinigh que enciente mais lah ghalb machi g fusiw* » ça veut dire « j'ai envie d'avoir des enfants pour mon mari, quand je le vois il me frappe, dans ce moment je veux lui dit je suis enceinte mais je ne peux rien à faire », et elle nous rajouté et les larmes pleine ces yeux « *ma ad zragh tamtuthe enceinte trugh deg wuliw, jamais sebyinghedtmanigh ad qlagh am ntathe stadiste* » c'est-à-dire « quand je vois une femme enceinte je pleure à l'intérieure, je souhaite de tomber enceinte comme elle ».

Mm « Tassadit » continue d'exprimer sa souffrance dans sa vie relationnelle avec son mari, elle annonce « *tela bien, zamragh adinigh newid 7ans akni itawiyi à la soigne, irafdiyi et ikhadmiyid le courage, iqaryid mazels3igh amoriw gher rebi, après 7ans jusqu'à maintenanthusagh ibdel zyi, il me parle pas trop, iqaryid l3ibad ikel se3an derya siwanki...* » C'est-à-dire « au début elle était bien normal avant 7ans il m'encourage, il est à mes cotée après 7ans il changé envers moi, il me parle pas trop et il me dit tous les gens ont des enfants sauf moi » mais malgré cette souffrance ; Mm « Tassadit » ressenti de la satisfaction de son mari, elle nous a dit il a comblé le vide avec moi, il me dit « *anchta g fus*

rebi ad sabragh meme am asa adse3ogh nki daghn » c'est-à-dire « c'est notre destin, j'ai l'espoir en dieu où il viendra le jour moi aussi j'aurai un enfant ».

A propose ses relations avec sa famille, on l'a interrogé comment était leur regard, Mm « Tassadit » souffre « *ait okhamiwkhadzarniyid s chafaqa oswigh oma d kra, mi akhamnagh nki qarniyidsber amdifk rebi otkes ara afusim gher rebi* » c'est-à-dire « ma belle famille me regarde avec pitié et j'ai aucune valeur, ma famille toujours a mes cotée, me donner des conseils de garde l'espoir en dieu » elle poursuit sont discours « ma belle mère me voit comme une femme inutile ». Mm « Tassadit » elle nous a décrit ses journées quotidiennes « *la préssion, khadmagh sbahaprès la3cha cheghal n wkham, makla...* » C'est-à-dire « je travail le matin et quand je rentre je vais faire nettoyage et cuisinier ». Quand on lui abordé le sujet sur le changement de qualité de vie, elle nous déclare qu'elle a un changement « *ligh tqamayegh g kham kn aprèsqlagh takhdamte husagh charjigh* » c'est-à-dire « j'étais toujours à la maison après j'ai trouvé un travail je me sens très chargé ».

A Propos de la tristesse notre sujet nous a confit qu'elle lui arrive d'être triste « *stresse se3ighmlih, d la bolle kn g3botiw tqalyi loja3, des fois j'ai pensée adaghegh dwa lqalqa* » c'est-à-dire « je me sens très triste, des fois j'ai pensée d'acheter un médicament pour le stresse ». Mm « Tassadit » nous exprimé sa fatigue « *heznagh ya des périodes anda haznagh mlihtrugh, a3yigh mlih Of dayn, sehugh lahzniw s nodam* » c'est-à-dire « je suis très triste au point je pleure, et je me sens très fatigué j'oublié mon problème quand je dors ». D'après nos connaissances on a remarqué que Mm « Tassadit » présente quelque manifestation dépressive. En abordant le sentiment suit à sa stérilité, on a observé certain inquiétude d'après ses paroles « *achu adinigh* » c'est-à-dire « quoi dire » ; après un peu de silence « Mm « Tassadit » elle nous a avéré qu'elle a toujours l'espoir « *se3igh l'espoir mlih malgré tout* » c'est-à-dire « j'ai l'espoir malgré tout ». Mm « Tassadit » a révèle qu'elle a un trauma vers l'avenir « ma vision *tagadeght parceque argaziw ihlak , iqaryid oliw balak ad yili kra* » elle a des larmes au yeux et dit « *bghigh adqimagh dans le présent se3igh lkhof mlih , tmanagh kn ad se3ogh ddrya ad tafgh zyes aka bch ad khememagh ar zath* » c'est -à-dire « ma vision les grandes de mes peurs car mon mari est malade, mon cœur est peur qu'il lui arrive quelque chose ou qu'il me quitte, je veux rester dans ce présent je sui vraiment peur, je veux et je souhaite d'avoir des enfants pour que puisse continue ma vie et de penser au futur », on a

remarqué que Mm « Tassadit » elle est traumatisée par cet événement ce qui les a laissé vivre dans le trauma.

➤ **Synthèse de l'entretien de recherche de Mm « Tassadit » :**

Suite à l'analyse de l'entretien effectuer avec Mm « Tassadit », nous avons conclu que cette dernière présente un état des manifestations dépressifs provoqué par sa stérilité, cela se manifeste par des pleurs, tristesse et la fatigue et d'autres signes.

3-2- Présentation et analyse de l'échelle de Beck du cas Mm « Tassadit »

<i>N° Item</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expressions</i>
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	pessimisme	0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir
3	Echec dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans ma vie, d'être une ratée
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
5	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
6	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être punie
7	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçus par moi-même
8	Attitude critique envers-soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	2	Je pleurs pour la moindre petite chose
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou tendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser a quoi que ce soit
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout

19	Difficultés à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		22	
Degré de dépression		Modéré	

Tableau n°5 : Score et les résultats de l'échelle de Beck du cas Mm « Tassadit »

Mm « Tassadit » présente un score de 22 points correspondent à une dépression modéré comme l'indique le manuel de l'échelle de Beck.

Selon l'échelle de dépression de Beck ; nous avons constaté que notre sujet de recherche elle a eu une humeur légèrement triste dans l'item N°1 ou on a répondu par le degré (1) « *je mesens très souvent triste* ». Mm « Tassadit » ne présente pas un désespoir face à son avenir comme c'est indiqué dans l'item N°2 « *je ne suis pas découragée face a mon avenir* », aussi dans l'item N°3 on a coté le degré (0) pour sa réponse « *je n'ai pas le sentiment d'avoir échouédans ma vie,et d'être une ratée* ».

Mm « Tassadit » à une légère perte de plaisir, ce qui correspond à l'item N°4 ; ou on a coté le degré de (1) « *jen'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant* ». S'ajouté à cela une perte d'intérêt comme elle est indiqué dans l'item N°12 « *je m'intéresse moins qu'avant aux gens etaux choses* », et une perte d'énergie moins élevé dans l'item N°15 ou ellea porté pour le degré (2), « *je n'ai pasassez d'énergie pour avoir faire grand-chose* ».

Dans l'item N°6 elle manifeste un sentiment de punition, ou on a coté le degré très élevé (3) « *j'ai le sentiment d'être punie* », comme elle manifeste un manque d'appétit dans l'item N°18 « *j'ai constamment envie de manger* » et on a engendré chez elle un sentiment de la fatigue ; chose qu'on a remarqué par sa réponse dans l'item N°20 « *je suis trop fatigué pourfaire un grand nombre de chose que je faisais avant* ».D'autres signes apparaissent chez Mm « Tassadit » comme dévalorisations dans l'item N°14, ou on a répondu par le degré (2) « *je me sens moins valable que les autres* ».

Concernant l'item N°10 ou on a coté le degré (2), ou elle exprime un sentiment de pleur, elle nous a dit « *je pleur pour la moindre petite chose* ».

➤ **Synthèse des résultats de l'échelle de Beck du cas « Tassadit » :**

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck montre que Mm « Tassadit » souffre d'une dépression modérée 22 accompagné par des manifestations dépressives tel que la fatigue, tristesse et des pleurs, elle manifeste aussi par une perte d'énergie et des sentiments négatifs envers soi-même ainsi que modification d'appétit.

4--Présentation du cas n°4 : Cas « Bahia »

Notre quatrième sujet de recherche concerne le cas de Mm « Bahia », c'est une femme âgée de 44ans qui est marié depuis 22ans, cette dernière est analphabète, elle exerce actuellement la couturière ; cette réussite est due à sa volonté de réussir professionnellement.

4-1- l'analyse de l'entretien du cas Bahia :

L'entretien s'est déroulé au niveau d'un cabinet médical de gynécologie l'après midi 12 mars, ou nous avons équipé une salle d'attente pour effectuer notre entretien semi-directif qui a duré 45 minute. Nous avons d'abord pris le temps de lui expliquer l'objet de notre recherche, Mm « Bahia » est apparu trop timide, très calme, le discours été direct question réponse.

L'entretien avec Mm « Bahia » est un peu difficile car elle ne comprend pas bien notre question malgré la traduction.

Lors de l'entretien Mm « Bahia » elle a parlé au début sur sa réaction face à la réalité de stérilité était comme massacre, elle nous a dit « *twaqarhagh,menagh en cas ad soignigh ad se3ogh miiksiyi tbib l'envie chwia mais ghas akni tjrs tela l irada dl amal, anchta g fus rebi daghn* » c'est-à-dire « j'ai mal au cœur, je souhaite de tomber enceinte mais le quand le docteur me parler de mon problème je ne peux pas à croire mais toujours y'a l'espoir et de volonté et ceci est entre les mains de dieu », pour elle la stérilité c'est une chose de normale « *machi dimzwuramachi dingurainela antef g rebi sobhano kan* » c'est-à-dire « on n'est pas des premiers et des derniers on garde l'espoir en dieu »

Pendant l'entretien on avait su que Mm « Bahia » n'est pas la seule femme stérile dans sa famille, en nous disant « *yala mis khalti, la famille n imma lan 3* » c'est-à-dire « je ne suis pas la seule, j'ai mon cousin et il ya trois personnes de la famille de ma mère » et quand on lui a parlé est ce que vraiment elle désire un enfant, elle dit « *oui bien sur ltufan malgré otidorwagh arama3lich at benign atzaregh am mi* » c'est-à-dire « le bébé malgré je n'ai pas accouché , je vais l'adopter et je le voir comme mon enfant » ici on a touché le degré de désir d'enfanter et elle était triste. Ensuite nous avons entamé la question sur sa réaction quand elle voit une femme enceinte « *frahghas normal qarghas incha'allah ateslk bkhir* » c'est-à-dire « je suis contente pour elle et j la dis icha'allah que dieu la protège »

Concernant sa relation avec son mari, Mm « Bahia » dit « *tela bien normal* » c'est-à-dire « elle a été bien normal », en abordant la question est ce que votre mari a accepté votre stérilité « elle nous a déclarée « *iqbal normal iqim a rifw g les soignesiwiyi a fransa soignigh dinaami dayn nalhaq a le point aanda oyzmir* » c'est-à-dire « il a accepté normal, il est toujours à mes côtés il m'a emmené en France pour me soigner jusqu'à au point où il ne peut » suivit par un silence total qui signifie une difficulté à extérioriser et on a ressenti que Mm « Bahia » est stressé et marqué par certains signes comme la déconcentration et des rougeurs au visage. Quand nous l'avons interrogé sur comment votre mari compte avec toi depuis il a su que stérile ; elle nous a dit « *toujours ikhadmiyid l'espoir inad dayen ikatheban a rebi inad drebiitriziqan d nta izran laslah* » c'est-à-dire « toujours me donne de l'espoir et il a une forte croyance en Dieu et dit c'est le Dieu qui donne ». Mm « Bahia » a bénéficié d'un bon soutien familial de la part de son chère père « *baba arirham rebi toujours itased ghuri iqaras tghityiwahdes kn itela* » c'est-à-dire « mon père que le Dieu l'accueille dans son vaste paradis il vient toujours vers moi ne me laisse jamais seul », malgré sa réponse on constate qu'elle souffre calmement d'après les mimiques de visage et les larmes aux yeux. Puis elle nous a dit « *amk adinigh widak iten hed ihaqriyi hed odisbyin ara* » c'est-à-dire « comment je veux dire les autres me regardent un regard de mépris... » Dont cela on considère que Mm « Bahia » vit des difficultés d'adaptation avec l'entourage et qui considère comme une femme incapable et inutile.

Au cours de l'entretien Mm « B » elle nous a décrit ces journées quotidiennes « *sbah qaragh g mahw omiya et ma ad wligh tkhitagh* » c'est-à-dire « le matin je pars à l'alphabétisation pour étudier et quand je rentre je couturier ». Mm « Bahia » mentionne qu'elle a un changement de qualité de vie « *abrid amzwar mi ydafkan khadamgh l'opération tusayid ghelay* » c'est-à-dire « la première fois quand me donner de faire une opération et sa coûte très chère » on a observé un long silence, après elle a déclaré que tout aller bien, c'est un silence qui exprime une longue réflexion intérieure, un silence pendant lequel on a pu lire une hésitation de la part de notre sujet ou elle n'a pas compris la question et finalement elle a décidé de ne nous pas parler. Mm « Bahia » annonce qu'elle a des troubles de sommeil « *nodam ganegh ara ikel bien tekhamimagh f hwayej jamais txistinte, inghayi okhmam* » c'est-à-dire « je ne dors pas bien et je pense sur des choses qui n'existent pas ».

A propos de la tristesse notre sujet nous a confit qu'elle lui arrive d'être triste mais pas à tous moment « *teqliqagh mais machi bzaf sdahawegh imaniw d el khyata* » c'est-à-dire « je me sens triste mais pas trop je m'occupe de la couture », comme elle nous a décrit sa fatigue « *ma la3yo 3yigh mlih dayen* » c'est-à-dire « je me sens trop fatiguée ». Mm « Bahia » a exprimé son sentiment suite à sa stérilité, elle nous a dit « *normal rebi itidifkan* » cette expression témoigne qu'elle est croyante en dieu, cette personne à les larmes aux yeux ce qui montre qu'elle n'a pas arrivait à surmonter cette difficulté. Une vision optimiste de l'avenir constaté chez Mm « Bahia » en disant « *yela l iman golawnagh l amel tjrs tlla gher zath inch'allah* » c'est-à-dire « il y a tjrs la foi dans le nos cœurs, tjrs il y a l'espoir au futur inch allah ».

➤ **Synthèse de l'entretien de recherche de Mm « Bahia » :**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mm « Bahia » présentée des plusieurs manifestations dépressives comme la fatigue, tristesse, trouble de sommeil.... Ce qui conduit à dire que le sujet présentée une dépression liée à sa stérilité.

4-2- Présentation et analyse de l'échelle de Beck de Mm « Bahia »

Tableau n°6 : Score et résultats de l'échelle de Beck du cas Mm « Bahia »

<i>N° items</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expression</i>
1	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
3	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais du
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire
6	Sentiment d'être punie	0	Je n'ais pas le sentiment d'être punie

7	Sentiment négatifs envers soi même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
8	Attitude critique envers moi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensée ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	2	Je pleurs pour la moindre petite chose
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou tendu que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modifications de l'appétit	3a	<i>Je n'ai pas d'appétit du tout</i>
19	Difficultés à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		32	
Degré de dépression		Sévère	

Après la cotation des items du cas Mm « Bahia », elle a eu un score de 32 qui correspond à la dépression sévère comme il a indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Mm « Bahia » présente un ensemble des symptômes dépressifs qui son choix des réponses qui une cotation élevé ; comme l'item N°12manifeste un sentiment de perte d'intérêt ou elle répond par le degré (3) « *j'ai du mal à m'intéresser, a quoi que ce soit* », et une perte d'énergie représente dans l'item N°15 « *j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit* ».

Le patient manifeste des troubles de sommeil dans l'item N°16 ou on à coté le degré (2b) comme elle manifeste des troubles de l'appétit dans l'item N°18 ou elle répondu par le degré (3a) « *je n'ai pas d'appétit du tout* ». Dans l'item N°3, la patiente parle d'un échec dans son passé ou on a coté le degré (1) « *j'ai échoué plus souvent que je n'aurais du* » ; cet échec la rende triste et fatiguée ou elle déclaré dans l'item N°20 par un degré (3) « *je suis trop fatiguéepour faire la plupart des choses que je faisais avant* », et comme le problème de concentration et la prise de décision comme elle est indiqué dans l'item°13 et N°19 on a côté (3) pour sa réponse « *j'ai du mal à prendre n'importe quelle décision* » et « *je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit* ».

Concernant l'item N°21, notre cas n'a plus d'intérêt pour la sexualité car elle répond par le degré (3) « *j'ai perdu tout intérêt pour le sexe* » cette tension permanant engendré la perte de plaisir dans l'item N°4 ou a répondu par le degré (1) « *je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant* » et déclare chez elle un sentiment de culpabilité dans l'item N°5 par un degré (1) « *je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire* ». Aussi dans l'item N°8 « *je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais* ».

Dans l'item N°10, le sujet a répondu par le degré (2) « *je pleure pour la moindre petite chose* », et concernant les items N° (6-7-9-11-14-17), le sujet a obtenu un score (0) ce qui indique sa position positive sur l'échelle.

➤ **Synthèse de l'échelle de Beck du cas Mm « Bahia » :**

L'analyse des données de l'échelle de dépression de Beck, nous a révélé que Mm « Bahia » souffre d'une dépression sévère dont le score est 32 points, caractérisée par une tristesse, pleurs et indécision, fatigue, perte d'énergie et d'intérêt et des sentiments pessimistes accompagné des sentiments d'échec dans le passé et des attitudes critiques envers soi-même.

5- Présentation du cas n°5 : Cas « Nassima »

Mm Nassima femme marié depuis 14ans, âgée de 36ans, travaille comme coussinière dans une crèche privée d'un niveau d'instruction primaire, elle demeure à Bejaia.

5-1- l'analyse de l'entretien du cas Nassima :

Au cours de l'entretien, le sujet s'est présenter avec une forte timidité, stable et d'un air triste. Le contacte a été possible marqué par une froideur au début de l'entretien, mais après avoir un enfoncement et des encouragements de notre part afin d'enrichir et d'atteindre l'objectifs de notre recherche, Mm Nassima est devenu calme réassurance et installé.

L'entretien est déroulé le 19 mars 2022 vers 10h du matin au sein d'un cabinet médical de gynécologie qui a duré 40 minutes.

Lorsque on a questionnée Mm Nasssima sur sa réaction quand elle sut qu'elle stérile, elle a répondu « *normal lqadra rebi machi g fusiw* » c'est-à-dire « c'est la chose de dieu » et quand on lui a parler que représente la stérilité pour vous, elle nous a déclaré « *ohhh bizar, dsah to3ar mlih ma olach derya amaken twahqrat* » c'est -à-dire « oh c'est bizarre, c'est vrai c difficile quant une femme n'a pas d'enfant je me sens méprisée » elle rajoute « *ahh yiwen sentiment ozmiragh ad wasfagh amk* » c'est-à-dire « j'ai un sentiment que je ne peux pas décrire » on constaté que Mm Nassima elle ne trouve pas des mots pour s'exprimé la gravité de l'effet à cause par sa maladie . On a remarqué que Mm Nassima n'est pas la seul femme stérile dans sa famille, en nous disant « *oui telle 3amti* » elle nous rajouté « *anchta azuh n sbar qarghas balak zyes id chvigh* » c'est-à-dire « oui j'ai ma tente et cela me rend patiente et je dis peut être c'est héréditaire ». Avec les larmes au yeux Mm Nassima nous a donné sa réponse sur la question qui concerne elle désir vraiment un enfant, elle dit « *bien sur olach yiwen oytamanara anchta ,d3ogh a rebi sabah la3cha iwaken aydirzaq s el tufan adi3mran akhamiw* » c'est-à-dire « bien sur je souhaite et il n' y a pas de femme qui ne souhaite pas avoir d'enfant, quand je fais la prière je demande à dieu de me bénir »

Au moment de l'entretien, et quand en lui a abordé sa réaction que elle vu une femme enceinte, elle nous a avéré qu'elle est optimiste « *tmanigh même nki ad illigh am ntathe, win isdirzqan ay dirzaq même nki* » c'est-à-dire « je souhaite et j'aimerais pouvoir être comme elle et je dis c'est le dieu qui donne comme il a donnée il va me donner aussi ».

Et pour l'accomplissement relationnel avec son mari au début de mariage, elle annonce « *l3alit nes3da ossan lwahi dikhlafen nehawes nezha....* » C'est-à-dire « on a passé des bon moment et nous nous sommes beaucoup amusés » et quand on a questionné Mm Nassima est ce que son mari a accepté sa stérilité, elle nous a dit « *iqbal inayid ankhdem ayen illen flanegh, an soigné ama ighdnan dayn, aka mazl aqlagh ntkmil la soigne* » c'est-à-dire « il a accepté oui il m'a dit on va faire tous nos possible jusqu'à la fin, pour l'instant nous traitons encore » Mm Nassima nous rajoute aussi « *mazel ise3a l'espoir iqared rebi ikatheban anchta nchallah aghdirzaq* » c'est-à-dire « il me dit c notre destin, et il a tjrs l'espoir ». Notre sujet ressenti la satisfaction de son mari et elle a une bonne relation avec lui, elle confirme « *argaziw ifahmiyi ikhadmiyid le courage isoufoghhyi tehwisagh aken ad sehugh chewia* » c'est-à-dire « mon mari est compréhensif il m'encourage et il essaye de m'occuper en voyagent pour oublier un peu ».

Au sein de la famille, Mm Nassima a des bons relation avec tous les membres de sa famille « *la famille yno toujours a le coté yno d3onyid khdamniyid le courage meme imgharniw l3alin didi fahman bli anchta d rebi kn itiditakn machi dayen ilan g fus negh, okan machi tafamiltiw okn osebiragh ara iwanchta* » c'est-à-dire « ma famille tjrs a mes coté puisque ils m'encourage et ils me conseils de garder confiance en dieu, même ma belle famille sont très gentil avec moi ils me comprend ma situation et ils savent que le dieu qui donne ça » c'est le soutien de sa famille qui la favorise de soutenir alaise, on remarque qu'elle a une source de soutien positive qui est sa famille et son mari, et quand l'ordre relationnelle est positive la souffrance diminue.

Dans la discussion avec Mm Nassima elle a décrivait ses journées quotidienne ; disant « *se3dayegh osaniw normal kn toujours avec la routine, khadma g bra wahi khdam sdakhl okhal aka kn* » c'est-à-dire « j'ai passé mes journée normal avec la routine, je travail dehors et a la maison » ajoutant aussi que les activités m'aide à oublier elle affirme « *mi qlagh takhedamt sehugh chewia problème yno sedhawegh imaniw g elkhadma* » c'est-à-dire « j'essaye d'être occuper par le travail pour oublier mon problème ».

Mm Nassima vit une situation steressante et un état psychologique et psychique qui se grandit de plus en plus « *des fois je mange des fois olach ikel ma ad maketigh kn lhala yno tawighed tout la journée jamais tetegh* » c'est-à-dire « des fois je mange et des fois je ne mange pas du tout quand je me souviens mon état je ne mange pas », cela explique que Mm

Nassima elle a des troubles de l'appétit ainsi que les modifications de sommeil « *ganegh zik tkarghed zik daghen 3lajel n tekhemam* » c'est-à-dire « je dors tôt et me réveille tôt à cause de l'épuisement ».

Durant l'entretien on a constaté chez notre sujet de recherche un état de la fatigue et une tristesse à ses mimiques et ses paroles « *husagh 3yigh mlih g takhemam, 4ans de mariage olach derya tasyid yiwth lqalqa grave dayen rebi izran achu tehusugh* » c'est-à-dire « je me sens trop fatiguée 4ans de mariage sans aucun enfant ça me rende très triste , le dieu qui me sentir ». Mm Nassima continue d'exprimer sa souffrance suite à sa stérilité et les larmes aux yeux « *tela lhaja ikhosen zyï tamtuth ma otes3ara derya otakmil ara derya la3mara n okham lwans ndonithiw* » c'est-à-dire « il manque quelque chose en moi et la femme sans enfants est considérée comme incomplète, les enfants sont le bonheur de la maison » suivit par un silence total et elle commence à pleurer.

On a trouvé que Mm Nassima est une femme optimiste par sa réponse sur notre question qui s'intéresse à sa vision pour l'avenir, elle nous a déclaré « *tmanigh une seul chose ad se3ogh derya ad sfarhagh argaziw* » c'est-à-dire « je souhaite une seule chose c'est d'avoir des enfants.. ».

➤ **Synthèse de l'entretien de recherche du cas Nassima :**

D'après l'analyse de l'entretien on constaté que la stérilité a influencé négativement sur son état psychologique, on remarque aussi certaines manifestations dépressives chez notre patiente tel que, la fatigue, tristesse, trouble de sommeil et perte d'énergie.... Ce qui développe une dépression engendrée par sa stérilité.

5-2- Présentation et analyse de l'échelle de Beck du cas Mm « Nassima »

<i>N°d'items</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expression</i>
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragée qu'avant face a mon avenir
3	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté la vie
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
6	Sentiment d'être punie	1	Je sens que je pourrais être punie
7	Sentiment négatifs envers soi même	3	Je ne m'aime pas de tout
8	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
9	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou tendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser a quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	3	Je sens que je ne vaux absolument rien
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	Difficultés de concentrer	3	Je me trouve incapable de me

			concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		41	
Degré de la dépression		Sévère	

Tableau n°7 Score et les résultats de l'échelle de Beck du cas Mm « Nassima »

Nassima présente un score de 41 points correspondant à une dépression sévère comme l'indique le manuel de l'échelle de Beck.

On a trouvé des items élevés qui indiquent un processus dépressifs, comme dans l'items N°1 relatifs à la tristesse ou on a coté le degré (3) Pour sa réponse « *je suis si triste ou simalheureuse, que ce n'est pas supportable* » et dans l'item N°3, notre sujet de recherche parle d'un échec dans son passé « *j'ai le sentiment d'avoir complètement raté la vie* » ce dernière la rend furieuse et a engendré en lui-même le sentiment de pessimisme, chose qu'on a détecté à travers sa réponse dans l'item N°2 par un degré (1) « *je me sens plus découragée qu'avantface a mon avenir* », elle manifeste aussi un sentiment négatifs envers soi-même dans l'item N°7 ou on a coté un degré (3) « *je ne m'aime pas de tout* » et le même degré pour l'item N°8« *je me reproche tous les malheurs qui arrivent* ».

Nous avons déduit que dans les items N°16 et N°18 elle a répondu par le degré (2) « *je dors beaucoup plus que d'habitude* » et pour l'item N°20 ou on a coté le degré (3), elle déclare « *je suis tropfatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant* », cette tension permanant a cause de sa maladie a entraine chez notre sujet la fatigue et des troubles de sommeil et d'appétit. Notre sujet présente d'autre signes comme, dans l'item N°19 où on a coté le degré (3) « *je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit* » elle manifeste aussi une dévalorisation dans l'item N°14 par un degré (3) « *je sens que je ne vauxabsolument rien* ».

Nassima présente d'autre signe dépressifs qui sont la perte de plaisir dans l'item N°4 où on a répondu par le degré (3) « *je n'éprouve aucunplaisir aux choses qui me plaisaient* » de plus,

elle manifeste une perte d'énergie dans l'item N°15 «*j'aitrop peu d'énergie pour faire quoique ce soit* ». Suivie d'une perte d'intérêt dans l'item N°12 «*j'ai du mal à m'intéresse a quoi que ce soit* » et on a remarqué que le patient a une perte d'intérêt pour le sexe dans l'item N°21 «*j'ai perdu tout intérêt pour le sexe* »

On a trouvé aussi un item élevé qui indique un processus dépressifs, comme dans l'item N°10 relatif à la pleure, on a coté le degré (2) pour sa réponse «*je pleure pour la moindre petite chose* ». Elle manifeste un sentiment de punition dans l'item N°6 par un degré (1) «*je sens que je pourrais être puni* ».

➤ Synthèse de l'échelle de Beck du cas Nassima :

Suit à l'analyse des résultats de l'échelle de Beck, il apparait clairement que notre patiente souffre d'une dépression sévère dont le score 41 points qui est provoqué par sa maladie qui par l'échec dans le passé ainsi que perte de plaisir et d'énergie comme elle manifeste aussi des difficultés à se concentrer, un sentiment relatif a une perte d'intérêt pour le sexe.

6- Présentation du cas n°6 : Cas « Fouzia »

Fouzia est une femme au foyer âgée de 42ans, son niveau d'instruction est 2^{ème} année lycéen, marié depuis 8ans, elle demeure à Bejaia.

6-1- l'analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé au sein du cabinet médical de gynécologie plus précisément dans une salle d'attente, et ce le matin du 25 mars. *Mm Fouzia* était très coopérative et s'est montré très à l'aise et ça lui fait du bien d'en parler.

Au moment où nous avons interrogé *Mm Fouzia* sur sa réaction quand elle su qu'elle est stérile, elle nous a dit « *je suis vraiment choquée, j'ai pas imaginé d'entendre ce mot hussagh iruhyi ayen i3zizen felli* » c'est-à-dire « je suis vraiment choquée je n'ai pas imaginée d'entendre ce mot j'ai ressenti que j'ai perdu une chose très important dans ma vie ». En lui posant la question que représente la stérilité pour vous, elle répond et ces yeux plein des larmes « *c'est la fin du monde, c'est un cauchemar pour moi* », on a remarqué que *Mm Fouzia* est stressée et marquée par certaines signe comme le tremblement de corps même des rougeurs au visage, qui signifié la gravité de l'effet par sa maladie.

Pendant l'entretien on avait constaté que *Mm Fouzia*, est la seule femme stérile dans sa famille, en vous disant « *os3igh oma yiwen g la famille, okan ghas s3igh asinigh zyes idachvigh* » c'est-à-dire « j'ai aucun personne de ma famille qu'est stérile, peut être si y a quelqu'un je dis c'est héréditaire ». *Mm Fouzia* éprouve un sentiment de haine en voyant une femme enceinte car elle déclare « *tasmagh grave akhater meme nki tmanigh ad 3ichegh la situation ni, tehusugh daghen s lkhisas yno* » c'est-à-dire « je suis très jalousee au moment ou je vois une femme enceinte je souhaite même moi de vivre sa situation aussi je me sens que j'ai un manque » on constate que notre sujet aime beaucoup les enfants, sa réponse sur notre question qui concerne est ce que vous désirez vraiment un enfant, elle nous a dit « *ahlil rebi olach tamtuth otmanara ngh otehibara derya , ltufan c'est le bonheur, nta id kolach nta donithiw* » c'est-à-dire « oh mon dieu ya pas une femme qui ne souhaite pas ça, l'enfant c'est ma vie c'est le tous c'est le bonheur ». *Mm Fouzia* elle déclare que sa souffrance a commencé depuis le début de son mariage « *ça fait 8 senin nki tehufugh f derya mais olach iw3ar lhal amek amdwasfagh asoufri i tsofrigh* » c'est-à-dire « cela fait 8ans que nous essayons d'avoir un bébé mais rien c'est très difficile de vous expliquer ma douleur », elle pleur. *Mm Fouzia* elle

est contente avec son mari au début de mariage avant de ce problème « *notre relation elle était bien on a partager ensemble des bon moments mon mari c'est un personne qui m'aime trop parce que on est mariée par amour* » depuis ses paroles on peut dire que Mm Fouzia elle a une relation forte avec son mari avant de ce phénomène, Fouzia nous a parlé ensuite sur son mari « *au début mi ighdina tebib f lhala yno, il m'a rien dit meme lui est choquée de cette vérité parce que qu'il n'a jamais imaginé odis3ara derya* », elle nous rajoute « *les premières mois il était normal mais moi je me sens y a un changement envers moi, si normal parce que même lui il veut devenir un papa comme chaque père* » c'est-à-dire « *les premières mois il comporte avec moi normal mais moi je me sens ya un changement envers moi si normale parce que même lui il veut devenir un papa comme chaque père* ». Et quand on a posé la question sur la regard de sa famille envers lui, elle a dit « *imawlaniw toujours à mes cotés fhamniyi anda yla tebib l3ali aydinin* » c'est-à-dire « *ma famille toujours à mes cotés ils me comprend...* » et qui concernant sa belle famille elle déclare « *ma belle famille me blaisent toujours et meme salegh i tmghartiw tehder as3iwdegh zwaj immé* » c'est-à-dire « *ma belle famille me blaisent toujours et même j'ai entendu que ma belle mère elle dit que j vais le remarié* ». Mm Fouzia continué sz s'exprimé sa souffrance avec sa belle famille « *tanotiw kn aywaq nenogh ay d3ayeer s derya* » on déduit qu'elle subit un stress de la perte de sa belle sœur qu'elle a insulté à tous moment puisque elle n'a pas d'enfant.

Simultanément, notre sujet nous a décrit ses journées quotidiennes « *tighimith kn si la meme routine chaque jour si pour ça toujours je pense a ma situation, mi lokan ahath je travaille lokn sehugh chewia la situation yno mi aka dayen iyllan* » c'est-à-dire « *c'est la même routine chaque jour si pour ça je pense a ma situation je dis peut être si je travail je peu oublié ma situation* ». Et quand on lui a parlé de son changement de qualité de vie, elle nous a déclaré « *oui mi 3almagh otarwagh ara qlagh tayet avant ligh hadragh ad d l3ibad teksiragh mais tura qlagh jabdegh imaniw tqimayegh kn wahdi parceque lahdor nsan tkamilaniyi après moi je support pas* » on a constaté chez elle une tristesse à travers ses mimiques ses gestes et ses paroles, c'est-à-dire « *depuis que je savais que je suis stérile j'ai changé carrément, avant je parle avec tous le monde on s'amuse mais maintenant j'ai éloigné je support pas* », on peut dire que sa stérilité influence de sa vie quotidienne vu que notre sujet est une femme sociable aimée par tous son entourage et partager tous avec eux mais maintenant on a constaté qu'elle préfère l'isolement.

Au cours de l'entretien *Mm Fouzianous* a exprimé sa fatigue « *dayen 3yigh j'en ai marre de cette vie, déjà je ne suis pas comme avant* » elle a signalé qu'elle a été déçue « *taayi tam3ichet wllah il me reste que la mort, yiweth bla derya am lmoth* », c'est-à-dire « c'est quoi cette vie wllah il me reste que la mort la femme sans enfant c'est comme la mort ». *Mm Fouzia* annonce qu'elle a des troubles de sommeil et même l'appétit en nous disant « *ganegh maximum sa3a ma karghed iw3ar bach ad qlagh a nodam* » c'est-à-dire « je dors maximum une heure et si difficile de me rendormir » aussi « je mange pas trop j'ai pas l'appétit », *Mm Fouzia* manifeste des pensées négatives, elle nous a révélé ça lors de l'entretien « *tasnted bzaf lahwayej a oqroyiw qarghas thusugh tqalegh a sedfir* » c'est-à-dire « j'ai pensé toujours en arrière et je connais rien de ma vie » silence, après elle a dit « a cause de ma maladie bien sur ».

Suit à notre entretien, en interrogeant notre sujet face à son sentiment suite à sa stérilité, on a remarqué qu'elle était sous le choc, elle n'a pas arrêté de pleurer « *iih oruminagh ara ikel qarghas kan d lakdeb trugh kan et dayen j'ai désespéré de ma vie twaligh imaniw oslihagh ara a3yigh grave* » c'est-à-dire « je n'ai pas cru tous ça je disais souvent que si pas la vérité et je pleure souvent, je suis désespéré de ma vie, je suis méprisé, j'ai trop fatiguée ».

Lors de l'entretien *Mm Fouzia* nous a confié qu'elle n'a pas des projets dans l'avenir « *je vois pas andat l'avenir si pas facile de continuer ma vie comme ça sans avoir des enfants* ».

➤ Synthèse de l'entretien de recherche du cas *Fouzia* :

D'après l'analyse de contenu de l'entretien, nous avons constaté que *Mm Fouzia* a développé une dépression engendrée par sa stérilité. Ce dernier qui a rendu la vie de *Mm Fouzia* plus compliquée, on a remarqué un certain désespoir chez notre sujet vis-à-vis de sa situation et de son état moral, et cela se manifeste par une tristesse, idées noires, insomnies, manque d'appétit.

6-2- Présentation et analyse de l'échelle de Beck du cas Mm « Fouzia »

Tableau N°8 : Score et les résultats de l'échelle de Beck du cas Mm « Fouzia »

<i>N° d'items</i>	<i>Items</i>	<i>Cotations</i>	<i>Expressions</i>
1	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragée qu'avant face a mon avenir
3	Echec dans le passé	2	Quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
6	Sentiment d'être punie	1	Je sens que je pourrais être punie
7	Sentiment négatifs envers soi même	2	Je suis déçus par moi-même
8	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
9	Pensée ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le fais pas
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurs mais je n'en suis pas capable
11	Agitation	1	Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser a quoi ce soit
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant a prendre des décisions
14	Dévalorisations	0	Je pense être quelqu'un de valable

15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour fait quoi que ce soi
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heurs plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	Difficultés à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		44	
Degré de dépression		Sévère	

Mm Fouzia présente un score de 44 points correspondant à une dépression sévère comme l'indique le manuel de l'échelle de dépression de Beck.

L'échelle de dépression de Beck démontre que le sujet de recherche manifeste un sentiment de punition dans l'item N°6, elle répond par le degré (1) « *je sens que je pourrais être punie* » et une humeur triste dans l'item N°1 où on a coté le degré (2) « *je suis tout le temps triste* ». Parmi les items les plus élevés, l'item N°3 qui porte sur l'échec dans le passé, dont on a coté le degré (3) « *quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec* » c'est ce que qu'on a remarqué dans l'item N°10, elle exprime un grand sentiment de pleur avec un degré de (3) « *je voudrais pleur mais je n'en suis pas capable* ». La patiente présente d'autre signe comme dans l'item N°19 où on a coté le degré (3) pour sa réponse « *je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que se soit* », elle manifeste aussi un manque d'appétit dans l'item N°18 où on a coté le degré (2a) pour sa réponse « *j'ai beaucoup moins*

d'appétit que d'habitude » comme elle manifeste un sentiment négatif envers soi-même dans l'item N°7 « *je suis déçus par moi-même* ».

Mme Fouzia présente d'autre signe dépressif qui sont la perte d'intérêt sans l'item N°12, où on a coté le degré (3) pour sa réponse « *j'ai du mal à m'intéresser a quoi que ce soit* ». De plus engendré une perte d'énergie dans l'item N°15 « *j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit* », suivie d'une fatigue permanente exprimé dans l'item N°20 « *je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant* ». Mm Fouzia manifeste des pensé ou désirs de suicide qui sont indiquer dans l'item N°9, où on a coté le degré (1) pour sa réponse « *il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le fais pas* ». D'autres signes apparaissent chez Mm Fouzia comme les difficultés à se concentrer dans l'item N°19, avec un degré de (3) pour sa réponse « *je me trouve incapable de me concentrer* » ainsi qu'une perte d'intérêt pour le sexe dans l'item N°21 où on a coté (3) pour sa réponse « *j'ai perdu tout intérêt pour le sexe* ».

➤ Synthèse de l'échelle de Beck du cas Fouzia :

Mm Fouzia manifeste plusieurs symptômes dépressifs qui se caractérisaient par une tristesse, fatigue, pleurs liée à son atteinte. Cette dépression a été engendrée par sa maladie, qui présente un obstacle pour notre sujet, cette dernière manifeste une perte d'intérêt et d'énergie et des modifications de l'appétit et de sommeil.

Mm Fouzia n'éprouve aucun désir et aucun intérêt pour la sexualisé, on constate que notre sujet présente une souffrance psychologique qui se manifeste par des sentiments pessimistes accompagnés des sentiments d'échec dans le passé et des attitudes critiques envers s soi-même.

II- Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté et interpréter les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif de recherche et à travers une échelle de Beck, on arrive à la phase de discussion des hypothèses, afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Hypothèse N°1 : le degré des manifestations dépressives chez les femmes atteintes de la stérilité est sévère

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de dépression de Beck, cela pour évaluer le degré des manifestations dépressives chez les femmes stériles, dans le but d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Cas N°1 : Mme Bahia

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, *Mme Bahia* présente certaines manifestations dépressives, elle se sent toujours d'humeur triste et nous avons constaté que la santé psychique de *Mme Bahia* est dégradée, elle souffre de plusieurs troubles. Elle est souvent épuisée qui est liée au manque de sommeil « *nodam ganegh ara ikel bien..* » d'autre part on a remarqué le désir profond d'un enfant chez *Mme Bahia* « *lle bébé malgré otidorwagh ara ma3lich atbenigh at zaregh am mi* » comme le l'affirme **Charton (2006)** le désir d'enfant est la conséquence même de l'amour il prend généralement le sens à travers les émotions qu'il peut faire naître dans le cadre d'une expérience personnelle et de conduire à une reconnaissance... .

La maladie de *Mme Bahia* la rend fatigué, déprimé ajouter à cela difficulté à concentrer et perte son énergie qui en de l'impact sur sa santé psychique.

Cependant à l'échelle de dépression de Beck, *Mme Bahia* a obtenu un score 32 points, un score qui indique que la dépression de notre sujet est sévère ; accompagné par des modifications de l'appétit et du sommeil, elle manifeste aussi des difficultés à se concentrer ainsi que, une perte d'intérêt, un sentiment relatifs au pessimisme et de la tristesse, la fatigue.

Dans ce fait, et selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle de Beck, nous pouvons à présent affirmer notre première hypothèse pour ce premier cas, sachant que la dépression de *Mme Bahia* est sévère.

Des études sont rapprochées à notre étude tel que : une étude élaborée par **Ingrid Noel (2009)**, qui s'intitule contexte psychosocial des femmes souffrant d'infertilité inexplicable pour un objectif de décrire la fréquence des troubles anxieux et dépressifs chez les femmes souffrant d'infertilité inexplicable, une étude menée sur 42 patients de la clinique de fertilité au

CHU de Québec. Les résultats obtenus de cette étude a été 55% des troubles anxieux étaient plus fréquente, et 10% des troubles dépressifs. Qui veut dire les troubles anxieux-dépressifs sont fréquente chez les femmes souffrant d'infertilité.

Une autre étude réalisée par *Asmaa Zaidouni (2020)*, qui s'intitule Evaluation des effets de la consultation Infirmière sur le stress de l'infertilité. Cette étude a été menée sur 120 couples dans un centre public de PMA situé à la Maternité des orangers de Rabat, les résultats ont montrée que les femmes (53,3%) sont plus stressées que les hommes (48,8%).

D'après ces études qu'on a montrées on affirme notre première hypothèse du premier cas.

Cas N°2 : Mm Nassima

En suivant les informations récoltées à partir de notre entretien de recherche semi-directif, *Mm Nassima* présente plusieurs symptômes et des manifestations dépressives qui indiquent que cette dernière est à eu une dépression sévère suite à sa maladie qui est la stérilité. Au début on a trouvé que notre sujet est se montre normal au sujet de la stérilité, mais elle présente des changements sur sa qualité de vie d'après sa maladie, à savoir d'humeur, de la tristesse. Le problème de n'a pas avoir un enfant chez *Mm Nassima* elle a rendu angoissé « *tela lhaja ikhosen zyi, tamtuth ma ose3ara derya otekml ara derya la3mara wkham lwanse n donithiw* » par sa maladie, elle manifeste par des larmes, elle déclare qu'elle pense beaucoup « *ganegh zik tkarghed zik l3ajel n tekhmam* », elle manifeste des signes psychologiques comme les mimiques de visage et elle souffre de l'insomnie. *Mm Nassima* elle fait recours au dieu, et elle peut surmonter tout ça avec le soutien de sa famille.

On a confirmé sa par l'analyse de l'échelle de dépression de Beck perçu de *Mm Nassima*, on a trouvé qu'elle a une dépression sévère avec un score de 41 points qui se caractérise par une tristesse, pleurs et une fatigue, cette dernière manifeste une perte d'énergie et d'intérêt et de perte de sommeil et d'appétit ainsi que des sentiments d'échecs dans le passé et des attitudes critique envers soi.

D'après l'analyse de données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de Beck, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, sachant que la dépression de *Mm Nassima* est sévère.

Deux études sont rapprochées à notre recherche tel que ; une étude élaborée par **Koffi Samson et al (2018)**, intitulée facteurs liés au stress chez les couples infertiles à partir de cas recensés à l'unité biologique de la reproduction de l'institut Pasteur d'Abidjan, qui se base sur les techniques d'observation, entretien semi-structuré ainsi que l'usage de l'échelle de stress soumise à un échantillon de 120 sujets, 60 femmes et 60 hommes infertiles, les résultats indiquent que la majeure partie des patients (73,33%) connaissent des épisodes de stress liés à leur infertilité.

Étude de **Dr Martine Depondt-Gadet**, médecin acupuncteur à Paris réalisée en 2011 sur la stérilité des femmes qui sont venues dans son cabinet médical, dans il évoque la souffrance des couples stériles notamment la femme infertile. Il a donné plus d'attention à la prise en charge psychologique des femmes stériles pour débloquer les blocages psychoaffectifs qui entravent la fécondité. Les résultats de cette étude, c'est que le facteur psychologique n'est pas non plus à négliger dans les stérilités organiques, puisqu'il a été prouvé d'anxiété et de dépression présentes chez les couples qui vivent des problèmes de fertilité.

Cas N°3 : Mm Samira

Selon les informations que nous avons pu retenir à partir de notre entretien semi-directif de recherche, nous n'avons constaté que *Mm Samira* manifeste plusieurs manifestations dépressives suite à sa maladie, elle présente le sentiment de désespoir avec thème de deuil anticipé qui la conduit à un isolement social. Pour elle la stérilité est un grand problème « *c'est la mort pour moi si la fin de ma vie* » ou elle a des idées suicidaires à cause de sa maladie « *dayen 3yigh ikel g el hayatiw ezrigh ara iwach t3ichagh nki* » elle manifeste par des larmes et des pleurs, suivies par un trouble de sommeil constitué l'un des symptômes majeurs vécus par cette dernière, ce qui a contribué et a altéré sa santé, à accroître sa fatigue et son épuisement « *je ne dors pas même les nuits, je souffre je pense tjrs à ma situation* » on a remarqué que *Mm Samira* elle a vraiment espoir d'avoir un enfant « *je ne sais pas lokan ad se3ogh dacho ara khdmagh wllah , franchement vghigh grave grave, j'ai vraiment envie de vivre comme chaque femme enceinte parce que si le plus beau moment de la vie du couple* », le désespoir est difficile pour les femmes car l'enfant est un bien trop précieux pour renoncer à le porter un jour quel que soit le prix. *Mm Samira* vit un événement traumatisant, un changement radical qui s'est installé dans sa vie, la survenue de la maladie

se répercute négativement sur son organisation psychique qui s'est dégradée, et comme on constaté que cette dernière vit des difficultés avec son mari « *nela bien parce que nezxaj par amour mi toura non machi am zika ah arebi* » ce qui la rend triste parce que d'après nos connaissance l'enfant raffermis les liens conjugaux, fait l'harmonie du couple, il est le point d'union dans le couple et d'équilibre pour couple.

Toutefois les résultats obtenus à l'échelle de dépression de Beck démontrent qu'il existe une dépression sévère avec un score de 50 pointes, qui nous a permis de constater que *MmSamira* présente une souffrance psychologique qui se manifeste par désespoir et la tristesse caractérisé par une baisse d'énergie, il s'explique par un manque de satisfaction personnelle et une idéation négative ainsi que sentiments pessimiste et de culpabilité et une fatigue, échec dans le passé suivi par des idée suicidaire....

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de dépression de Beck, nous pouvons à présent affirmer que *Mm Samira* présente une dépression sévère ce qui indique que notre première hypothèse est confirmé pour ce troisième cas.

Certaine étude sont rapprochait à notre recherche tel que l'étude de *M. Mahamadou Diabate(2011)*, qui s'intitule infertilité du couple : aspects psychosociaux chez la femme au centre hospitalier mère-enfant, cette étude est une étude prospective descriptive mené sur un échantillon de 134 cas faites au service de gynécologie obstétrique du CHME, ont été trouvé (79,1%) des troubles anxieux et (37,3%) des troubles dépressifs retrouvé chez les ces femmes.

Une autre étude de *John Wright et al (1990)*, qui intitulé le profil psychosocial des couples consultant à une clinique de fertilité, sur un échantillon se compose de 30 couples qui consultent un spécialiste de la clinique de fertilité d'un hôpital de la région de Montréal. Les résultats obtenu éprouvent davantage de dépression chez les femmes 2,18 % et de stresse 2,83% que les hommes.

Cas N°4 : Mm Fouzia

A la suite des éléments rassemblés par l'entretien de recherche semi-directif, *Mm Fouzia* présente plusieurs symptômes dépressifs liés à sa maladie, car elle n'a pas accepté sa situation, sa réaction se manifeste par des signes somatiques tels que la perte d'appétit et des troubles de l'humeur ainsi que les larmes.

Pour elle la stérilité est un grand problème, sans assurance d'avoir des enfants, elle a des difficultés à s'adapter avec autrui, comme sa relation avec son mari est défavorable ce qui engendre chez elle un stress, et aussi elle présente un sentiment de la jalousie envers les femmes enceintes « *tasmagh grave akhater même nki tmanigh ad 3ichegh la situation ni, thusugh daghn s lkjisas yno* » c'est-à-dire « je suis très jalouse au moment où je vois une femme enceinte je souhaite même moi de vivre sa situation aussi je me sens que j'ai un manque ». Par sa maladie, une manifestation de larmes, perturbation de sommeil, perte de communication, comme elle a des idées noires.

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, *Mm Fouzia* a obtenu un score 32 points, un score qui indique que la dépression de notre sujet est sévère, qui se manifeste par une tristesse, la fatigue et une perte d'énergie et d'intérêt, ainsi que des sentiments pessimistes accompagnés des sentiments d'échec dans le passé et des attitudes envers soi-même.

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de dépression de Beck, on affirme notre première hypothèse pour le sixième cas, sachant que la dépression de *Mm Fouzia* est sévère.

Par rapport aux études antérieures, l'étude de *Doamar (2004)* montre que les femmes, face à leur infertilité, peuvent éprouver autant de stress et d'anxiété que celles qui souffrent d'une maladie terminale. Dans cette étude comparant les scores de l'inventaire de Beck, les femmes infertiles en comparaison avec le groupe témoin, ont montré des scores élevés sur les échelles de dépression et d'anxiété, environ 10% des femmes infertiles répondant aux critères d'un épisode dépressif majeur, 30% à 50% signalent des symptômes dépressifs et 66% se sentent déprimées après l'échec de traitement contre l'infertilité.

D'après ces études antérieures nous avons confirmé notre première hypothèse pour les quatre cas.

Hypothèse N°2 : le degré des manifestations dépressives chez les femmes atteintes de la stérilité est bas

Cas N°5 : Mm Tasaadit

En fonction de notre entretien semi-directif de recherche, *Mm Tasaadit* est stressée par le problème de la stérilité mais elle a réussi à dépasser ça par sa confiance en dieu, notre cas suit toujours les conseils de son médecin et aussi elle discute avec la famille sur le sujet des enfants. On constate que *Mm Tasaadit* elle a un grand envie d'être enceinte et d'avoir un bébé « *bghighe bzaf bzaf bghigh iwegaziw parce que ma atzragh igezmiyi ...* » c qui déclenche chez elle certains signes des manifestations dépressives qui se caractérisent par une des pleurs, sentiment d'être punie et agitation ainsi que irritabilité, la fatigue. Et malgré tous ces malheurs *Tasaadit* a une famille qui lui redonne le sourire.

Pour l'échelle de dépression de Beck, *Mm Tasaadit* a obtenu un score de 22 points, un score qui indique que la dépression de notre sujet est sévère notamment ses réponses sur les questions les plus pertinentes telles que la tristesse et perte de plaisir suivie par sentiment d'être puni, pleurs, et modification de l'appétit, la fatigue, etc., qui sont liés à sa stérilité.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de dépression de Beck, on infirme la deuxième hypothèse pour ce quatrième cas, sachant que la dépression de *Mm Tasaadit* est modérée.

Cas N°6 : Mm Kahina

Suit aux informations recueillies de l'entretien semi-directif de recherche, on a constaté que *Mm Kahina* peut dépasser sa situation malgré sa première réaction choquante « *j'ai été choqué* au début lorsque la gynécologue m'a dit cette phrase *mi hamdollah pour tout* » elle fait recours en dieu, mais toujours *kahina* a trouvé des difficultés à gérer son problèmes elle manifeste par des symptômes psychologiques comme la tristesse, la fatigue et les mimiques de visage et les larmes aux yeux. Elle déclare qu'elle est soutenue par son mari qui l'aide à dépasser la situation.

Après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous a permis de détecter une dépression modéré chez *Mm kahinadont* le score 23 points, qui se manifeste par une tristesse, perte de plaisir et sentiment de culpabilité ainsi des difficultés à se concentrer. Cette dernière manifeste une perte d'énergie et dévalorisation, des modifications de l'appétit et du sommeil.

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien semi-directif de recherche et l'échelle de dépression de Beck, on infirme la deuxième hypothèse pour ce cinquième cas, sachant que la dépression de *Mm Kahina* est modérée.

Etude de *Schindel et al (2008)*, montre que 23% des femmes dans un couple infertile présente une dépression modérée.

Hypothèse générale : les femmes atteintes de la stérilité présentent des manifestations dépressives

A partir des données recueillies dans l'entretien semi-directif de recherche réalisé avec notre population d'étude composé de six (6) cas, ainsi que l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons constaté que les femmes stériles présentent des manifestations dépressives avec des degrés différents pour chaque cas, on a trouvé trois cas souffrent d'une dépression sévère et deux cas de dépression modéré.

Nous avons remarqué une souffrance psychique liée à la stérilité chez ces femmes stériles. Cette dernière s'exprime par la tristesse, des pleurs, une dévalorisation, elles souffrent de la perte d'intérêt ou de plaisir, de la fatigue, elles prouvent des sentiments de punition et d'agitation, insomnie, des difficultés à se concentrer, ou bien à prendre décisions, ajoutant les pensées ou désires suicidaires, etc.

Donc ce qu'on peut dégager de cette discussion que nos hypothèses sont confirmé et cela, du aux résultats obtenu de l'échelle de Beck de dépression.

Selon cette analyse suivant, on généralise les résultats obtenus par notre recherche, ce qui mène à dire que la majorité des femmes stériles présentent des manifestations dépressives

Cela qui diffère d'un cas à un autre : *Mm Bahia* et *Nassima* et *Samira*, *Mm Fouzia* présentent une dépression sévère et les cas de *Mm Tasaadit* et *Mm Kahina* une dépression modérée.

Selon l'étude de *P.NANA et al*, qui s'intitule Aspect psychosociaux chez les patients infertiles à la Martine principale de l'hôpital central de Yaoundé, Cameroun. C'est une étude prospective et descriptive sur un échantillon de 92 femme, 88,46% des troubles psychosociaux ont été retrouvés chez les femmes infertile, le stress 84,6% et la dépression 53,85%. Donc les patients infertiles présentent un taux élevé des troubles psychosociaux associés à leur infertilité.

Effectivement nos six cas ont confirmé nos hypothèses concernant les manifestations dépressives chez les femmes stériles.

III - Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre pour présenter et analyser chaque cas, et nous avons remarqué que ces femmes atteintes de la stérilité présentent des manifestations dépressives soulignons par six (6) cas et ont développés une réaction dépressive avec des degrés différents pour chaque cas. On a trouvé que quatre (4) cas souffrent de dépression sévère et deux (2) cas souffrent de dépression modérée.

Nous déduisons que malgré la difficulté d'avoir un bébé est un problème persistant, on a remarqué chez ces femmes, toutefois elles ont pu gérer leur émotions négatives tout en restant optimiste de gardent une bonne perception de l'avenir. Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre la stérilité et les manifestations dépressives.

Après une étude approfondie sur un group bien déterminé, nous sommes arrivées à la confirmation ou d'infirmer nos hypothèses qui nous avons les proposées au début de notre travail de recherche, pour conclure nous pouvons à présent confirmer notre hypothèses générale les femmes stériles présentent des manifestations dépressives.

CONCLUSION

Notre travail de recherche témoigne que l'impossibilité de mettre au monde un enfant est vécue comme un drame ou une malédiction rendant la situation insupportable ainsi que le couple surtout les femmes ne sont pas suffisamment solides pour surmonter cette épreuve difficile. D'ailleurs devenir parent est un cheminement qui commence avant la naissance du bébé dans l'esprit et le cœur de chaque parent.

Lorsque certains couples cherchent à limiter les naissances grâce à la contraception, d'autres par contre connaissent des difficultés pour accéder à une grossesse tant désirée. Ainsi, nombreux sont les hommes et les femmes qui peinent aujourd'hui à satisfaire leur désir de procréer. Tout comme la maladie est née avec la vie.

La stérilité féminine est une pathologie grave devenu le sujet d'actualité et l'un des problèmes qui engendre chez les femmes atteint de ce phénomène des manifestations et des modifications psychologiques tel que : la dépression, le stress, anxiété.....

L'infertilité constitue donc un besoin physiologique, psychologique, social non satisfait créant, une tension, une frustration provoquée par des situations d'anxiété et pire. 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.

En effet avant d'être confrontés à des problèmes d'infertilité, les couples entrevoient la procréation comme un processus naturel et biologique qui va de soi, mais l'infertilité vient de bousculer les représentations initiales, cette incapacité de concevoir un enfant après deux ans de relations sexuelles non protégées est vécue chez certain couple comme une cassure dans le parcours de vie de l'être adulte et comme un événement perturbant qui met en jeu la stabilité et la qualité des relations social des personnes concernées, certains couples se retrouvent dans une situation de soumission à des règles de leur environnement et se justifient devant autrui, et devant eux même. De plus pour les femmes qui ne peuvent pas tomber enceinte le désir d'enfanter peut même devenir une obsession, de même leur conjoint se retrouvent confrontés à de très fortes émotions ; la colère, la culpabilité, frustration, injustice et autres sentiments d'incompréhension se succèdent et personne ne peut les comprendre.

Dans le cadre de notre recherche nous avons présenté et mis en lumière les manifestations dépressives chez les femmes adultes stériles, en effet ont permet de constater

que la stérilité féminine présente des manifestations dépressives, nous avons effectué notre recherche dans un cabinet médical de gynécologie de Bejaïa.

Au cours de notre stage pratique nous avons pu vérifier et confirmer de façon claire nos hypothèse de recherche qui suppose que les femmes stériles présentent des manifestations dépressives, et le degré de ces manifestations dépressives chez les femmes stériles, cela grâce aux l'entretien semi directif et a l'inventaire de Beck (BDI-II) qui a aidé a dicter le degré de la dépression chez les femmes stériles, ces outils de recherche ont été appliquer pour nos 5 cas de recherche dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses .

Durant tout au long de l'entretien nous avons effectué chez les femmes stériles étudiées une tristesse et des troubles de l'humeur et présentent un sentiment de punition et de pessimisme, alors que nous avons constaté des symptômes et des manifestations dépressives chez la plupart des cas tel que la fatigue, insomnie, manque d'appétit.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien et de l'échelle de Beck BDI-II on a confirmé nos hypothèses qui s'oppose que les femmes stériles présentent des manifestations dépressives.

En terme de ce travail nous constatons que les femmes stériles souffrent par des manifestations dépressives et il faut savoir prendre en compte et traiter, et que le soutien et l'aide psychologique est très important pour ce genre de maladie.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir ouvert un chemin concernant les manifestations dépressives chez les femmes stériles, pour cela nous avons essayé d'ouvrir une brèche pour les futurs étudiants et chercheurs a explorer ce phénomène, et pourquoi pas mettre en question de la stérilité masculine.

De ce fait nous souhaitons voir d'autre travaux et recherche qui traitent le thème « des manifestations dépressives chez les femmes stérile », on tient a inviter nos collègues étudiant en psychologie a poursuivre le chemin de la recherche en psychologie clinique, afin d'approfondir ultérieurement notre sujet de recherche et de mettre l'accent sur les femmes atteint de la stérilité.

LISTE DES REFERENCES

Liste des références :

1. Agnès, B., Fernandez, L.(2017).*grand notion de psychopathologie (2-éd)*. Dunod.
2. Alaine de Broca. (2006). *Deuil et endeuillé (3éd)*. Paris. Masson
3. American Psychiatric Association, DSM-IV. (1996). *Manueldiagnostic et statistique des troubles mentaux*, paris .Masson.
4. Attilo, D. (2019). *Mon guide de fertilité : comment tomber enceinte naturellement*. London.
5. Basancon, G.,et all. (2005).*manuel de psychopathologie* . Paris. Dunod.
6. Bayingana, k., jean,t. (2002).*la dépression*. Belgique.
7. Beck, T., Steer, R., Brown, G. (1998). *Inventaire de dépression de Beck (2éd)*, Paris. France : centre psychologie appliqué.
8. Benlacheheb, A. (2020). *Désird'enfant et identification, entre stérilité inexplicé etavortement spontané*.7(4), 139-148).
9. Bergon, A. (2002). *Bionthique : lepoint de vue d'un praticien, le concours médical*
10. Bergon, A. (2002). *Biothique, le point de vue d'un praticien le concoure médical*.n°124,6.398-9.
11. Blach, H. et al. (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Larousse. France.
12. Blaguez, C. (2010). *Gynécologie obstétrique*. Paris. France : Masson, SAS.
13. Blanc, C., Boubli. (1993). *Généologie (2éd)*. Bradel. Paris.
14. Blanchet, A., Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*.
15. Blandine, C., Xavier, C. (2004). *Gynécologie obstétrique*. Vernazobre-Grego.
16. Blondel, M., Lejeune, v. (2008). *Gynécologie, obstétrique et soins infirmiers*. France.
17. Bouvard ., Cottreaux. (1996). *Protocole et echelle d'évaluation en psychiatrie et enpsychologie (3éd)*, paris. Masson.
18. Bydlowski, M. (1997). *Dette de vie (1éd)*. Paris : presse universitaire de France.
19. Bydlowski, M. (2008). *Enfant du désir*. Odile Jacob. Paris. France.
20. Cailleau, F. (2006). *Et si c'était dans latête ? Histoire et représentations de l'infertilité*. Cahiers de psychologie clinique, (1), 85-98.
21. Camilo, ch., Nathalie, d ., et al .(2007).*dictionnaire de la psychologie de A à Z*. Dunod.
22. Castarède, M-F. (2003). *Introduction à la psychologie clinique*, Belin.
23. Cedrein, D-I. (2002).*stratégie diagnostique et thérapeutique de la stérilité*.

24. Chahraoui, K., H. Bénony. (2003). *méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris. Dunod.
25. Charles, S. (2013). *Comprendre et soigner la dépression*, Masson.
26. Chauchat, H. (1999). *L'enquête en psychologie*. Paris. Puf.
27. Christion, B. (2010). *Gynécologie obstétrique*. Elsevier. Masson.
28. Constantine, C. (2010). *Fécondation invetro : laboures de la vie*. Université de Genève
29. Courbière, B., Carcopino, X. (2014). *généologie obstétrique*. France.
30. Daruis, R. et all. (2003). *Psycho Anacologie*. Paris. Masson.
31. Debray, Q. (2006). *psychiatrie, syndrome et maladie, soin infirmière*. paris ,Masson.
32. Delcourt, M. (1938). *Stérilités mystérieuses et naissance maléfiques dans l'antiquitéclassique (vol. 83)*. Librairie-Droz. DOI : 10.3406/rbph. 1944.1682.
33. Dépon-gadet, M. (2011). *Stérilité et infertilité*. Paris.
34. Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. psychosup, Dunod, Paris.
35. Engers, M. (1997). *Initiation pratique a la méthodologie des science humain*. Paris. Dunod.
36. Fanta, B. (2008). *Stérilité du couple (thèse du doctorat en médecine)*. Université de Bamko.
37. Fortin, I. (2020). *Le vécu deshombres et des femmes souffrant ou ayant souffert de difficultés de procréation (mémoire en travail social)* .université du Québec a Chicoutimi, Canada.
38. Ferrag, D. (2020). *Impact de l'indice de masse corporelle de l'homme sur les paramètres spermatique et le pouvoir fécondant dans l'ouest de l'Algérie (Thèse de doctorat)*. Université Laboratoire de bio toxicologie de l'université Djilali abes, Sidi Bel Abbes.
39. François, O. (2008). *N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant*. Odil. JacobAmayon. France.
40. Girard, E. et all. (2017). *Détresse psychologique des couples infertiles :une approcheglobale*. Revuemédical suisse, 13(549), 371-374.
41. Geoge, D. La stérilité masculine, le déni de mal, le genre humain N°10
42. Giulia, R. et all. (2008). *Infertilité et procréation médicalement assistée*.
43. Grawitz, M. (2001). *Méthode des sciences sociales (11 éd)*. Paris : Dalloz.
44. Haynal, A. et all. (1997). *Médecine psychosomatique (3éd)*. Paris. Masson.

45. Hedon, B. et all. (2006). *Assistance médicale à la procréation*. Paris. Eska.
46. Hélène, B. (2007). *Lastériorité féminine prise en charge actuelle en France (thèse doctorat en pharmacie)*. Université de Caen, France.
47. Henri, L. (2011). *De l'infertilité à l'assistance médicale à la procréation*. Paris. N°75.
48. Henriette, B., Roland, ch. (1999). *le grand dictionnaire de la psychologie*. Paris. Larousse.
49. <http://www.Etatdépressif.com>
50. [http://www.chu-toulouse.fr/insémination artificielle](http://www.chu-toulouse.fr/insémination-artificielle)
51. Jean Mare, S. (2011). *Assistance médicale a la procréation*. Paris.
52. Jean, c ., Marie, B. (2008). *psychothérapie cognitive de la dépression (3 éd)* .
53. Jean-Louis, L. (2000), *initiation aux méthodes des sciences sociales*, l'harmattan.
54. Jeffry, N., S, Pencer, R, et Beverly G.(2009). *Psychopathologies*. Pearson education.France.
55. Lamoureux, P. (2007). *Dépression en savoir plus pour en sortir*. Paris. France.
56. Lévy-Dutel, L. (2015). *le grande livre de la fertilité*, Paris. France : eyrolles.DOI :97.
57. Lucie, B. (2003). *traitement actuels del'infertilité dans le garde de l'assistance médicale a la procréation (thèse du doctorat en pharmacie)*. Université Henri Poincaré-Nancy 1. France.
58. Mai, A. (2016). *Facteur derisque de l'infertilité féminine dans l'ouest de l'Algérie(thèsedoctorat)*. Université Djilali de sidi bel-abbés.
59. Mantoine, J. (2002). *dela conception a la naissance*. Masson.
60. Manuila, A. et coll. (2004). *Dictionnaire médical Manuila (10 éd)*. Masson. Paris. France.
61. Marc, M. (1980). *Histologie des organes (éd, étude vivant)*.Paris. France.
62. Néomie, M. (2014). *unparcoursmotivé par l'amour : impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare*.
63. Nicole,S. *désire d'enfant ,le bulletin freudien Dolto N°21*.
64. Nouhaud, L. (2015). *Stérilitéféminine et son traitement et le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin de la patiente*. Université de limoges.
65. Olivier, P. et all. *gynécologie obstétrique*. Ellipses.
66. Patrick, M. (1984). *La vie quotidienne des couples mariés*. Paris.
67. Pedinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique (2éd)*. Armand Colin.
68. Pedinielli, J-L., Bernousi, A .(2005). *les états dépressifs*, Armand colin.

68. Pewzner, EE. (2000). *introduction a la psychopathologie de l'adulte (2 éd)*. Armond colin, paris.
69. Poujade, O. et all.(2012). *Généologie obstétrique*. Paris : Ellips.
70. Puech, F. (2010). *extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris.
71. Renaud, A. (2002). *Dépression inconsciente et vie psychique : pas si mêlant que ça*
Repéré.
72. Sévirine, M . (2013). *l'enfances des possibles*. Paris.
73. Sylvie, C. (2016). *désir de maternité et de paternité dans le couple en processus*
d'adoption d'un enfant à l'étranger.
74. Zorn, J-R., M, savale. (1999). *Stérilité du couple*. Masson.
75. Zorn, J-R., M, savale. (2005). *Stérilité du couple. (2 éd)*. Masson .Paris.

ANNEXES

Annexe N°1

Le guide d'entretien :

I. Les informations personnelles :

1. Nom
2. Prénom
3. Age
4. Niveau d'instruction :
 - Primaire
 - Secondaire
 - Lycéen
 - Universitaire
5. Situation familiale

Axe 1 : Le vécu de la femme stérile

1. Quel est votre réaction quand vous avez su que vous êtes stériles ?
2. Que représente la stérilité pour vous ?
3. Avez-vous quelqu'un stérile dans votre famille ?
4. Est-ce que vous désirez vraiment un enfant ?
5. Quel est votre réaction quand vous voyez une femme enceinte ?

Axe 2 : Le vécu au sein du couple

1. Quel est votre durée en couple ?
2. Comment était votre relation avec votre mari du début de mariage ?
3. Est-ce que votre mari a accepté votre stérilité ?
4. Comment il se comporte avec vous depuis qu'il a su que vous êtes stérile ?
5. Quel est le regard de votre famille envers vous ?
6. Est-ce que votre stérilité a influencé sur votre vie sexuel ?

Axe 3 : Information sur la dépression

1. Comment vous passez vos journées quotidiennes ?
2. Avez-vous de changement de la qualité de votre vie ?
3. Avez-vous des insomnies ?
4. Avez-vous des anorexies ?
5. Sentez-vous fatiguée et triste ?
6. Quel étaient votre sentiment suite à votre stérilité ?
7. Qu'elle est votre vision pour l'avenir ?

ANNEXE N°2

2. L'échelle de Beck :

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

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

1. Tristesse :

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

2. Pessimisme :

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

3. Échec dans le passé :

- 0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
- 1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du

2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.

3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.

1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.

2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.

2. Je me sens coupable la plupart du temps.

3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).

1. Je sens que je pourrai être puni(e).

2. Je m'attends à être puni(e).

3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais. 2. Je me reproche tous mes défauts.

3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

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

9. Pensée ou désir de suicide :

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

10. Pleurs :

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

11. Agitations :

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

12. Perte d'intérêt :

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

13. Indécision :

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

14. Dévalorisation :

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

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

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

17. Irritabilité :

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

18. Modification de l'appétit :

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

19. Difficulté à se concentrer :

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

20. Fatigue :

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

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

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

Les manifestations dépressives chez les femmes adultes stériles

Résumé

Notre recherche porte sur les manifestations dépressives chez les femmes adulte stériles, cette dernière a pour objectif de décrire et comprendre l'impact de cette maladie sur la vie psychique de la femme stérile, et de évaluer et mesurer le degré de la dépression, découvrir les contraintes et les souffrances rencontrés chez les femmes stériles. Pour vérifier nos hypothèses nous nous sommes présentés au sein de cabinet médicale privé de gynécologie obstétricienne Dr *MESBAH ASSIA* à Bejaia.

Nous avons illustré notre recherche avec six (06) cas clinique que nous avons rencontrés chez Dr *MESBAH ASSIA*. Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, une échelle de dépression de Beck (BDI-II) qu'a révélé un niveau sévère de la dépression pour nos cas.

Les mots clés : manifestation dépressive, femme, stérilité

Depressive manifestations in infertile adult women

Abstract

Our research focuses on depressive manifestations in infertile adult women, the latter aims to describe and understand the impact of this disease on the psychic life of infertile women, and to evaluate and measure the degree of depression, to discover the constraints and suffering encountered in infertile women. To check our hypotheses , we went to the private medical practice of obstetrician gynecology Dr *MESBAH ASSIA* in Bejaia.

We illustrated our research with six (06) clinical cases that in we met at De *MESBAH ASSIA*. To carry out this work , we opted for the descriptive type clinical method by case study, as well as the semi-directive clinical interview, a Beck despression scale that revealed a severe level of depression for our case.

Keywords : depressive manifestation, women, infertile.