



Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département des Sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du diplôme de Master en
Psychopathologie & psychosomatique

Thème

**Le fonctionnement mental chez les femmes ayant des
avortements à répétitions**

Etude de cas

Préparé par :

AGHOULES Samia

NEMIR Razika

Encadré par :

DR SAHRAOUI Intissar

Mémoire soutenu devant le jury :

- Mme Messaour Dalila (présidente)
- Mme Douakh Alima (examinatrice)

Année universitaire 2017-2018

Remerciements

On tient en premier lieu à remercier notre Dieu le tout puissant et

Miséricordieux qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous tenons à remercier toute les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à ce que ce modeste travail puisse aboutir.

Évidemment notre encadreur, **Docteur I. Bacha née Sahraoui** qui a suivi et encadré notre travail de mémoire, pour ces précieux conseils et son aide.

Les membres de l'administration, de la bibliothèque qui ont su se montrer disponibles quand nous en avons besoin.

Les responsables et l'équipe médicale de la clinique mère-enfant « Targa Ouzemmour »

Nous exprimons notre gratitude aux membres de jury d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire et corriger ce mémoire et de l'honneur qu'ils nous ont fait pour en participer à notre soutenance.

**AGHOULES Samia
&
NEMIR Razika**



Je dédie ce modeste travail à :

Mes chers parents, que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pour leur patience illimitée, leur encouragement permanent, leur aide en témoignage de mon profond respect et amour et reconnaissance pour leurs grands sacrifices.

Mes adorables frères et sœurs ;

Ainsi que mes amis

Que Dieu vous préserve

Razika



Je dédie ce modeste travail à :

Mes chers parents, que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pour leur patience illimitée, leur encouragement permanent, leur aide en témoignage de mon profond respect et amour et reconnaissance pour leurs grands sacrifices.

A mon mari, et ma petite fille Houda ;

Mes adorables frères et sœurs ;

Ainsi que mes collègues de travail et mes amis

Que Dieu vous préserve

Samia

Sommaire

Introduction générale	1
------------------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : L'aspect médical de l'avortement spontané

Introduction	5
1. Généralités sur l'avortement.....	5
2. Définition et prévalence d'un avortement spontané	6
3. L'étiologie de l'avortement.....	7
4. Les types d'avortements spontanés selon la chronologie	8
5. La classification selon Manuel obstétrique.....	10
6. La prise en charge et traitement de l'avortement spontané	12
Conclusion	14

Chapitre II :

L'aspect psychologique de l'avortement spontané

Introduction	16
I. Les aspects psychologiques de l'avortement spontané à répétition	16
1. Le deuil	17
2. La culpabilité	20
3. Le processus d'attachement	20
4. La représentation	21
5. L'ambivalence	22
6. L'introversion	23
II. Les conséquences des avortements à répétitions sur l'état psychique de la femme.....	23
1.1. Le stress et l'état de stress post-traumatique	23
1.2. La colère	24
1.3. L'anxiété	24
1.4. La dépression	24
1.5. Dysfonction sexuelle	25

1.6. Problèmes de sommeil	26
III. Prise en charge psychologique des femmes après l'avortement spontané	26
Conclusion	28

Chapitre III.

Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

Introduction	30
1. Histoire de la psychosomatique	30
2. Le monisme	30
3. Les chaînes évolutives	30
4. Le fonctionnement mental	32
5. La mentalisation	33
5.1. La bonne mentalisation	33
5.2. La mauvaise mentalisation	33
5.3. La mentalisation incertaine	34
5.4. Névrose de comportement	34
6. Le traumatisme	34
7. La dépression essentielle	35
8. La vie opératoire	36
9. Les rêves chez les patients psychosomatiques	37
10. L'économie psychosomatique	38
11. Classification psychosomatique	39
12. L'apport de l'environnement	40
Conclusion	41
Problématique et hypothèses	43

Partie pratique

Chapitre IV.

Démarche de la recherche et techniques utilisées

Introduction	53
1. Démarche de la recherche et population d'étude	53
1.1. La pré-enquête	53
1.2. L'enquête	53
1.3. Le lieu de la recherche	54
1.4. La méthode clinique	54
1.5. L'étude de cas	55
2. Présentation de la population d'étude	55
2.1. Les critères de sélection	56
2.2 Les critères pertinents retenus	56
2.3 Les critères non pertinents	56
3. Les techniques utilisées	57
3.1. L'entretien clinique et l'entretien de la recherche	57
❖ L'entretien semi directif	59
❖ L'attitude du clinicien	59
❖ Le guide d'entretien	59
3.2. Test Roschach	62
4. L'analyse des techniques utilisées	64
4.1. Les données de l'entretien clinique	64
4.2. L'analyse du protocole de Roschach	64
5. L'hypothèse du fonctionnement	65
6. La mentalisation à travers le RORSCHACH	66
7. La présentation des cas	67
Conclusion	68

Chapitre V.

Présentation, analyse et discussion des résultats

I. Présentation et analyse des cas	70
❖ Cas de Fatima.....	70
❖ Cas de Salima	82
❖ Cas de Salima	97
❖ Cas de Lilia	108
Chapitre VI. Discussion des hypothèses	122
Conclusion générale	128

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La naissance et la mort sont aux antipodes, mais se retrouvent parfois, malheureusement, intimement liées. Depuis toujours, les femmes donnent la vie, mais il arrive par moment que cette vie soit interrompue trop tôt, avant même que l'enfant ait vu le jour. Le fait de perdre un bébé est éprouvant, mais autrefois, cette situation était gardée secrète, ou encore banalisée et diminuée par la société. Nombreuses sont les femmes qui n'ont jamais fait mention à leur entourage de ces enfants qu'elles ont portés, mais qu'elles n'ont pas vus grandir.

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1976, l'avortement spontané ou plus communément appelé fausse-couche, correspond à l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhées (soit 20 semaines de grossesse) ou pesant un poids inférieur à 500g. Cela correspond au seuil de viabilité défini. Par ailleurs, le terme d'avortement précoce, dans le monde hospitalier, est communément réservé à l'arrêt d'une grossesse au cours du premier trimestre.

L'avortement spontané est fréquent dans la vie d'une femme. Il est difficile d'établir des chiffres exacts, la grossesse peut être ignorée par la femme et la fausse-couche passe alors inaperçue. L'interruption de la grossesse (ainsi que la grossesse en elle-même) peut être découverte fortuitement au moment d'une échographie ou lors d'épisodes de métrorragies.

La fausse couche est relativement fréquente en Algérie (une grossesse sur dix se terminerait par une fausse couche), elle n'en est pas moins un événement difficile à vivre, voire traumatisant, pour la femme comme pour le couple. Et ce, d'autant plus que les fausses couches se répètent. Les avortements spontanés représentent de 10 à 20 % des interruptions de grossesse (les chiffres sont incertains, car certaines femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autres ne consultent pas le médecin) Les avortements de ce type ont généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation ; alors, 31% des grossesses avortent après implantation, 10 à 15% des femmes enceintes font une fausse couche (FC) entre 5 et 8 SA, 70% des œufs fécondés avortent avant 6 semaine, - 1 femme sur 4 saigne au premier trimestre, 50% font une fausse couche spontanée, 50% iront à terme (Khalid, 2014/2015, p. 1-2).

Cet événement n'est pas une « pathologie » nouvelle et a toujours été présent dans la vie d'une femme. Mais cela n'est pas connu ou sous-estimé par les femmes, assujetties d'une sorte de tabou, de silence qui se forme autour.

Cependant, l'évolution de la société change considérablement sa représentation et donc son vécu. D'une société où les sentiments pouvaient être masqués par l'idée de fatalité, nous passons à une société dans laquelle l'enfant est un « enfant du désir » et est programmé.

Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant, sa perte précoce a autant de conséquences psychologiques sur la femme.

Dans notre recherche portée sur le thème « le fonctionnement mental chez les femmes ayant des avortements à répétitions », nous allons adopter la théorie psychosomatique de Marty.p qui va être comme un arrière-plan. Pour réaliser notre recherche nous ne sommes basées sur l'étude de quatre cas pris au service de maternité de la clinique Targua Ouzemour de Bejaia. Pour enrichir et effectuer notre recherche et pour bien expliquer et développer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte les parties suivantes:

La première partie : Théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit ;

- Chapitre I : L'aspect médical de l'avortement spontané à répétition, on trouve des généralités sur l'avortement, définition et prévalence de l'avortement spontané, ses étiologies et ses types, on a abordé les différentes classifications, et la prise en charge des malades ayant cette maladie dite avortement a répétition.
- Chapitre II : l'aspect psychologique des avortements, on trouve l'impact des avortements à répétitions sur l'état psychologique de la femme, ainsi que la prise en charge.
- Chapitre III : le troisième chapitre est consacré à la théorie psychosomatique.
- Chapitre IV : Problématique et hypothèse.

La deuxième partie : Méthodologie de la recherche qui contient les chapitre suivant :

- Chapitre V : La démarche de la recherche et techniques utilisées.

La troisième partie : pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

- Chapitre VI : présentation et analyse des résultats,
- Chapitre VII : la discussion des hypothèses,

Enfin, nous allons achever notre travail avec une conclusion.

**PARTIE
THEORIQUE**

CHAPITRE I.
L'ASPECT MEDICAL
DE L'AVORTEMENT
Spontané

Introduction

La naissance et la mort sont aux antipodes, mais se retrouvent parfois malheureusement, intimement liées. Depuis toujours, les femmes donnent la vie, mais il arrive par moment que cette vie soit interrompue trop tôt, avant même que l'enfant ait vu le jour. Le fait de perdre un bébé est éprouvant, mais autrefois, cette situation était gardée secrète, ou encore banalisée et diminuée par la société. Nombreuses sont les femmes qui n'ont jamais fait mention à leur entourage de ces enfants qu'elles ont portés, mais qu'elles n'ont pas vus grandir. À une certaine époque, on jugeait ce phénomène courant sans conséquence et surtout, sans importance. Mais au début des années 1980, la communauté scientifique s'est mise à faire plus de recherches sur le sujet, reconnaissant alors que la perte d'un enfant à venir entraînait bel et bien un deuil et beaucoup plus de conséquences qu'on le croyait auparavant.

1. Généralités sur l'avortement

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. C'est légalement en France l'expulsion de fœtus avant le cent quatre-vingtième jour de la grossesse. Date à partir de laquelle l'enfant né vivant et présumé pouvoir continuer à vivre et se développer.

Le dernier chronologique prêt à confusion puise que maintenant les progrès néonatalogies permettent de faire vivre des enfants nés avant le cent quatre vingt jours. En distingue quatre sortes d'avortements :

- Interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué légal (loi numéro 75/17 de 17/01/1975)
- L'avortement provoqué clandestin est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprise quelconque destiné à interrompre la grossesse.
- l'avortement thérapeutique est dans l'état actuel de la législation française à avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir.
- l'avortement spontané est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. (Merger, 2003, p. 244).

Et ce dernier c'est la piste de notre recherche.

2. La Définition et la prévalence d'un avortement spontané

L'avortement spontané ou fausse couche spontanée (FCS) est l'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 500 g ou moins de 28 SA survenue sans action délibérée (locale ou générale) de la femme ou d'une autre personne.

Selon l'OMS 1976 l'avortement spontané « est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il ne soit viable c'est-à-dire pesant moins de 500 g (ou de moins de 22 SA à partir du premier jour des dernières règles) ».

D'après Diancomba .M avant (1976) l'avortement spontané « est l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 SA (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse) ». Par contre dans le POPIN dictionnaire (Dictionnaire démographique et de la santé de la reproduction Organisation des Nations Unies) est l'expulsion prématurée et naturelle des produits de conception de l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable. (Diancomba, 2008, p. 27).

La fausse couche est relativement fréquente en Algérie (une grossesse sur dix se terminerait par une fausse couche), elle n'en est pas moins un événement difficile à vivre, voire traumatisant, pour la femme comme pour le couple. Et ce, d'autant plus que les fausses couches se répètent. Les avortements spontanés représentent de 10 à 20 % des interruptions de grossesse (les chiffres sont incertains, car certaines femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autres ne consultent pas le médecin). Les avortements de ce type ont généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation :

- 31% des grossesses avortent après implantation
- 10 à 15% des femmes enceintes font une fausse couche (FC) entre 5 et 8 SA
- 70% des œufs fécondés avortent avant 6 SA
- Sur 100 Avortements : 58 infra cliniques
- 1 femme sur 4 saigne au premier trimestre
- 50% font une FCS
- 50% iront à terme. (Khalid, 2014/2015, p. 1-2).

3. L'étiologie de l'avortement

En cas d'avortement spontané, l'enquête étiologique rencontre de nombreuses difficultés :

- Une cause possible évidente peut ne pas être la source de cet avortement : béance du col chez une femme faisant un avortement génétique,
- Une infection latente qu'on ne recherche pas en l'absence d'un tableau clinique évocateur peut être en cause,
- Même si une cause paraît évidente d'emblée, plusieurs causes peuvent s'intriquer chez une même patiente.
- Un succès thérapeutique dans le traitement d'une étiologie possible peut ne pas constituer une preuve diagnostique.

Ces notions difficiles à maîtriser expliquent qu'aucune statique valable n'est établie avec précision. Seules quelques études partielles sont publiées ne présentant donc qu'un intérêt relatif.

On peut individualiser néanmoins les grands groupes étiologiques suivants

- les causes mécaniques
- les causes infectieuses
- les causes génétiques
- les causes endocriniennes
- les causes vasculo-rénales
- les causes immunologiques. (Keita, 2008, p. 22-23).

✓ **Environnement**

Le tabagisme et l'alcoolisme maternels pourraient avoir un rôle dans les AR. Les champs magnétiques (écrans vidéo, couvertures et matelas chauffants) ont été accusés, mais leur responsabilité ne pourra être retenue qu'après évaluation des doses et des fréquences des champs magnétiques environnants. Des expositions à certains polluants (gaz anesthésiques, formaldéhyde, plomb, oxyde d'éthylène) ont été impliquées dans les avortements sporadiques.

✓ Les facteurs psychologiques

À l'époque, cette vision psychologique des avortements à répétition avait une telle influence que Grimm a pu créer un institut tourné vers l'étude de ce problème. Elle a pu soumettre de nombreuses femmes à une batterie de tests. Souvent ces patientes sont émotives avec tendance à la somatisation des émotions. Elles ont un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la sexualité qui entraîne une grande tension qui empêche de résoudre les problèmes. Malgré cette description, elle ne croit pas à la spécificité de cette personnalité. Les anomalies observées chez 18 femmes qui ont ensuite eu une grossesse normale ont disparu, leur personnalité devenant identique à celle de patientes sans expérience d'avortement.

4. Les types de l'avortement spontané selon la chronologie**4.1 Avortement ultra précoce ou infra clinique appelé aussi avortement menstruel spontané ou nidation précocement abortive**

Avortement survenant avant l'implantation du plasmocyte après l'implantation : ce type d'avortement appelé aussi nidation précocement abortive désigne tout avortement spontané survenant dans les 7 à 10 jours suivant l'implantation ovulaire, ce qui correspond aux 8ème, 17ème jours post-conceptionnels (depuis la fécondation). Dans ces situations la grossesse est reconnaissable soit par le dosage biologique prémenstruel de bêta HCG (gestation aux stades biologiques ou chimiques) soit lors des examens anatomopathologiques de l'endomètre ou sur la pièce opératoire d'une hystérectomie. Ces avortements infra cliniques sont très fréquents.

4.2 Avortement précoce

Avortement survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines) de la grossesse avec gestation cliniquement reconnaissable: grossesse clinique. Pour certains auteurs ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12 - 13 semaines.

4.3 Avortement spontané tardif

L'avortement spontané du 2ème trimestre de la grossesse : c'est l'expulsion spontanée au 2^{ème} trimestre de la grossesse d'un fœtus avant 22 SA ou moins de 500g. On peut conclure que la définition chronologique de l'avortement spontané tardif est une expulsion spontanée

avant l'entrée de la femme en travail et d'âge gestationnel situé entre 15 et 21 SA le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 10g et moins de 500g.

4.4 avortement selon le caractère répétitif

Avortement spontané à répétition (ASR) habituel abortion appelé aussi :

- Fausse couche spontanée à répétition (FCSR) ou (RFCS).
- Fausse couche spontanée répétées.
- Avortement habituel ou fausse couche habituelle.

Le POPIN Dictionnaire le définit comme étant l'expulsion d'un fœtus mort ou non viable à environ la même époque de développement d'au moins trois grossesses successives. Dans la littérature médicale française c'est la survenue de trois avortements successifs (donc aucune grossesse n'a été menée à terme dans l'intervalle de ces avortements) chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

4.5 Avortement spontané a répétition précoce appelé maladie abortive

L'avortement spontané a répétition (ASR) survient au premier trimestre de la grossesse, c'est-à-dire durant les 15 premières SA correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme. Mais certains auteurs conservent cette définition pour les avortements survenant au stade embryonnaire de la gestation en donnant cette définition: trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 SA correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme.

On note deux catégories d'avortements spontanés à répétition précoces :

- ASR précoce primaire survenant chez une femme n'ayant pas d'enfant vivant ou de grossesse évolutive au delà de 10 SA
- ASR précoce secondaire survenant chez des femmes ayant un ou plusieurs enfants vivant ou des grossesses évolutives au-delà de 10 SA.

Les FCSR concerne 2 à 5% des femmes selon COULMAN (1991) et 60% de ces avortements restent inexplicables. (Diancomba , 2008, p. 29) .

5. La classification selon Manuel obstétrique

5.1 Menaces d'avortement

La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel. Ce décollement est à l'origine de :

- Métrorragies souvent de faible abondance ;
- Douleur pelvienne souvent absente ;

Donc la menace d'avortement se manifeste par des métrorragies avec ou sans douleur, aucune évacuation de débris de gestation ou écoulement du liquide amniotique par rupture des membranes.

5.2 Avortement inévitable

Le processus d'avortement est réellement déclenché, la grossesse sera expulsée tôt ou tard; aucun retour en arrière n'est possible car la contractilité utérine est intense et ne s'arrête qu'à l'expulsion du produit de la grossesse en dehors de la cavité utérine.

La patiente se plaint de :

- Douleurs pelviennes intermittentes de types de contractions utérines.
- Métrorragie souvent importante avec caillots rouges, provenant du canal endocervical.
- Écoulement du liquide amniotique peut être vu au niveau du dôme vaginal ou s'écoulant du col utérin (dans les grossesses avancées).
- L'orifice interne du col de l'utérus est dilaté (permettant le passage du doigt).

5.3 Avortement incomplet : Cas le plus fréquent

L'expulsion du produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé. La partie retenue du sac ovulaire peut être complètement décollée mais le plus souvent la rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste ou du placenta.

La patiente se plaint :

- De douleur de type de contraction utérine.
- Métrorragie plus ou moins abondante.
- Elle peut signaler l'évacuation de débris de gestation.

5.4 Avortement complet

Dans ce cas l'expulsion des produits de conception est complète. L'utérus, lors de l'examen bi manuel est bien rétracté et beaucoup plus petit que la durée de la grossesse ne laisserait supposer.

L'orifice interne du col peut être fermé et l'échographie montre une cavité utérine vide dans ce cas aucune intervention n'est nécessaire.

En absence de contrôle échographique: entre 8 à 14 SA de grossesse l'aspiration est conseillée en raison du haut risque d'avortement réellement incomplet.

5.5 Avortement manqué

C'est une rétention des produits de conception bien après la mort reconnue du fœtus avec une période d'une durée de 2 mois de façon conventionnelle dans la définition.

Il se manifeste par

- L'aménorrhée persistante.
- Métrorragie minime (en forme de mare de café ou des pertes brunâtre).
- Régression des signes de grossesse (les nausées vomissements modification des seins).
- L'écho confirme l'arrêt de l'évolution de la grossesse et détermine l'âge gestationnel au moment de la survenue de cet arrêt si la rétention des produits de la grossesse se prolonge 4 semaines ou plus, on doit prendre en considération la possibilité de la survenue de troubles de l'hémostase avec des saignements abondants.

Selon l'âge de la grossesse l'évacuation des produits de la grossesse peut être soit par curetage et aspiration soit par déclenchement médicamenteux (pour les termes de grossesse dépassant 12 à 14 SA).

5.6 Avortement septique

Avortement associé à un syndrome infectieux local (chorio-amnionite, endométrite) mais l'infection généralisée est possible (septicémie, choc septique), cliniquement :

- Fièvre.
- Sensibilité abdominale plus ou moins contracture ou défense.

- Un écoulement purulent à travers l'orifice cervical et une sensibilité utérine et annexielle. (Touris, 2003, p. 99-100).

6. La prise en charge et traitement de l'avortement spontanée

Trois méthodes différentes peuvent être proposées aux patientes lorsqu'un diagnostic d'avortement spontané est posé. Tout dépendant de leur condition et de l'évolution de l'avortement spontané, certaines interventions seront prioritaires à d'autres.

La présentation clinique de l'avortement spontané, ainsi que le souhait de la femme d'en finir rapidement avec les saignements et la douleur sont des facteurs qui influencent la décision que prendra le médecin pour le traitement de la femme.

D'abord, il est possible que l'équipe médicale suggère à la femme d'attendre que l'expulsion se fasse naturellement, c'est-à-dire sans médication. On parle alors d'un traitement «expectatif». Cette technique n'est pas efficace pour tous les cas d'avortement spontané, mais elle est tout de même présentée, particulièrement lorsque la fausse-couche est déjà très avancée, ce qui veut dire qu'il n'y a pratiquement plus rien à expulser de l'utérus. Toutefois, les femmes sont souvent peu enclines à attendre que l'avortement se produise naturellement, elles se disent stressées et ont souvent hâte d'en finir. Cette technique, bien qu'elle soit sécuritaire et relativement efficace, n'est pas instantanée et présente un taux de succès variable selon les délais de temps accordés entre le moment du diagnostic de grossesse arrêtée et l'expulsion. Les principaux avantages de cette prise en charge résident dans les possibilités d'éviter à la fois une intervention chirurgicale et ses complications et les coûts associés.

La deuxième option est la prise de médication, entraînant l'expulsion des produits de conception. On parle alors de prise en charge médicale. Une dose de misoprostol oral ou vaginal est administrée à la patiente. Ce médicament entraîne des contractions utérines qui provoquent, pour la plupart du temps dans les 24 heures suivant la prise de la médication, l'expulsion des produits de conception. Quelques effets secondaires sont associés au misoprostol, notamment des nausées et vomissements, des diarrhées ainsi que de grandes douleurs, nécessitant la prise d'analgésie par la femme.

Ces deux premières prises en charge ne requièrent pas d'hospitalisation. En effet, dans les deux cas, les femmes seront retournées à domicile et revues après quelques jours pour un suivi

échographique ainsi qu'une prise de sang de contrôle. Ceci veut donc dire qu'elles ont un contact très bref avec le milieu où elles ont été évaluées, dans la plupart des cas, d'urgence.

La troisième et dernière option proposée est une intervention chirurgicale nommée la dilatation-curetage. On pratique cette opération pour diverses raisons, notamment lorsqu'une fausse-couche n'est pas complétée et qu'on souhaite vider de son contenu l'utérus. Cette opération a longtemps été considérée comme la meilleure pratique pour traiter les avortements spontanés, car son taux de succès est élevé. Également, la procédure est rapide, ce qui est décrit comme moins pénible par certaines femmes. Toutefois, comme pour toute intervention chirurgicale, des risques de complications dues à l'intervention ou à l'anesthésies peuvent survenir, tels que des infections. Aussi, les femmes doivent être hospitalisées en chirurgie d'un jour et parfois même demeurer à l'hôpital pour la nuit. Ce séjour plus long en milieu hospitalier permet cependant de développer et d'offrir des interventions de soutien psychologique aux patientes. (Belleau, 2016, p. 29)

Concernant le traitement d'avortement spontané, il est en fonction du stade de la menace.

Après s'être assuré de la vitalité fœtale par échographie, on doit :

- Mettre la femme au repos
- Administrer des antispasmodiques
- Administrer la progestérone à partir du 3ème mois dans un but tocolytique pour certains auteurs.
- La chirurgie
- L'antibiothérapie

Si une infection est diagnostiquée par des examens de laboratoire, on doit mettre en route une antibiothérapie adaptée, cas de la toxoplasmose, de la syphilis ou des infections urinaires.

- L'induction de l'ovulation en cas d'insuffisance lutéale
- Equilibrer les syndromes endocriniens sources d'avortement spontanés (Diabète; Hypothyroïdie ; Hyperthyroïdie ; Hypercorticisme).
- Cas d'avortement immunologiques (Corticoïde)
- Transfusion de lymphocytes paternelles ou hétérologues. (Keita, 2008, p 37).

Conclusion

Les avortements spontanés à répétition (ASR) touchent un pourcentage important des couples sans enfant. Des arguments épidémiologiques montrent qu'il ne s'agit pas de la répétition hasardeuse d'avortements spontanés accidentels, mais bien d'une entité propre. Le bilan étiologique permet parfois de trouver un facteur de risque d'avortement. L'élimination ou le traitement de ce facteur permet souvent d'obtenir de bons résultats. Le recueil des antécédents permet de voir les variables confondantes (âge, nombre de grossesses antérieures, nombre d'avortements) dont il faut tenir compte dans l'évaluation des risques. Un bilan de premier niveau trouve un facteur de risque dans 40 % à 60 % des cas. Mais pour 40 % à 60 % des couples aucun facteur n'est retrouvé. Longtemps ces cas inexplicables dont le facteur psychologique joue un rôle très important sur la maladie dite avortement à répétitions.

CHAPITRE II.
L'ASPECT psychologique
DE L'AVORTEMENT
Spontané

Introduction

L'avortement spontané bouleverse de manières différentes l'univers des femmes abortives, celui-ci peut avoir des répercussions sur la vie psychique et personnelle des femmes et notamment sur les relations conjugales, les rapports avec l'entourage, les enfants présents dans le foyer... ainsi que la grossesse suivante est en effet vécue avec beaucoup d'anxiété par les femmes, notamment durant les trois premiers mois. L'expérience de l'avortement spontané se caractérise par le vide et la culpabilité, ces femmes éprouvent des sentiments divers comme la dévastation, le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la honte...

I. Les aspects psychologiques du l'avortement spontané à répétition

Les facteurs psychologiques étaient considérés comme fondamentaux dans l'étiologie des avortements à répétition. Plusieurs auteurs ont décrit une personnalité type de la patiente. Berle évalue 32 patientes ayant des avortements à répétition. Il les décrit comme étant tendues, ayant besoin d'amour et d'attention. Elles n'auraient ni psychose ni névrose, mais auraient dans 19 % des cas des troubles de la personnalité. Mann, après un examen psychiatrique préconception de 70 femmes ayant des avortements à répétition, observe souvent une réaction inappropriée au stress. Ces femmes auraient en commun de répondre somatiquement à certaines situations psychiques (nausées, vomissements, céphalées, colite). (Tournaire, 1997, p. 51-52).

L'éducation de ces femmes aurait été marquée par une mère dominante et hyper protectrice, le père aurait été inexistant psychologiquement ou physiquement. La dynamique familiale créerait une personne psycho-immature qui voit plus son conjoint comme le substitut de la mère qu'un mari. Pour ces femmes qui ne se sentent pas capables d'agir de façon mature, la grossesse est un trop grand stress auquel elles répondent corporellement par des contractions, des saignements et des avortements. Dans une autre on série trouve que ces patientes rejettent leur féminité et auraient des impulsions sadomasochistes. Les avortements seraient une manière de répondre à ces pulsions. Toutes ces descriptions de profils psychologiques ont été réalisées après la série d'avortements, ces traits de personnalité sont fortement imprégnés par l'expérience vécue, ces publications anciennes, anecdotiques et non contrôlées sont peu convaincantes pour retenir les causes psychologiques des avortements à répétition. (Tournaire, 1997, p. 53).

À l'époque, cette vision psychologique des avortements à répétition avait une telle influence que Grimm a pu créer un institut tourné vers l'étude de ce problème. Elle a pu soumettre de nombreuses femmes à une batterie de tests. Souvent ces patientes sont émotives avec tendance à la somatisation des émotions. Elles ont un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la sexualité qui entraîne une grande tension qui empêche de résoudre les problèmes. Malgré cette description, elle ne croit pas à la spécificité de cette personnalité. (Grimm, 1962, p. 369-378).

1. Le deuil

Lorsque les parents perdent leur enfant en cours de grossesse, l'ensemble du processus émotionnel par lequel ils passent afin de surmonter cette terrible épreuve est appelé deuil périnatal, c'est à dire « tout deuil en lien avec la perte d'un bébé ». (Garel et Legrand, 2005, p. 3).

Pour Lejeune et Carbonne (2007) : « l'âge gestationnel au moment de la perte ne met jamais à l'abri du travail de deuil à effectuer. Il est à noter que ce sont la nature et l'intensité des liens déjà formés qui conditionnent la gravité du deuil qui s'ensuit ». (Lejeune, V. & Carbonne, B.2007.p 201). Ainsi, il est donc essentiel de comprendre l'ensemble des étapes du deuil afin de se questionner sur le vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre.

Le deuil d'après M. Hanus, il faut qu'il y ait perte d'une personne ou encore d'un objet, d'un lien d'union pour lequel existe un attachement particulier. (Hanus, 1998, p. 382).

1.1 Rôle du deuil

Que signifie être en deuil, faire son deuil ? Face au décès d'un proche, un processus naturel et inconscient se met en place : le processus de deuil. L'endeuillé, celui qui est en deuil, va devoir faire son travail de deuil. Il s'agit d'un travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. Il est nécessaire pour continuer à vivre, réussira se séparer de l'être perdu en remaniant les liens avec lui. Et enfin il est indispensable pour retrouver sa liberté de fonctionnement psychique et ainsi pouvoir investir dans de nouveaux objets. Le deuil s'inscrit dans la durée. La quantifier est impossible puisqu'elle dépend des circonstances de la perte, des attachements et de multiples facteurs. Faire son deuil est aussi une période où le sens de la réalité, et nos attaches à celle-ci, sont fortement sollicitées. Il existe une certaine forme de soumission à la réalité, une acceptation de notre impuissance et de nos limites. Le travail de réalité est au cœur

du deuil, ce qui est refusé généralement c'est accepter la réalité de l'évènement douloureux advenu et accepter d'en faire son deuil. Et pourtant c'est ce maintien des liens avec la réalité externe que représente l'épreuve du deuil qui, certes nous fait souffrir, mais nous permet de dépasser cette souffrance, le sens de la réalité engage à poursuivre le cours de la vie qui continue. Le deuil est donc un processus normal qui nous fait mûrir.

1.2 Le deuil et la perte

Il s'agit d'une perte physique, de la perte d'un enfant. Mais aussi, et nous en souffrons peut-être davantage, de la perte du futur commun, des représentations établies, des rêves, de tout ce qui aurait dû exister et qui existait déjà dans le désir des parents. Tout ce que, par la force des choses, ne peut plus exister et n'existera pas. Il est indéniable que perdre un bébé est une des épreuves les plus difficiles à surmonter, d'autant que dans l'inconscient collectif « la fonction primordiale d'un parent, après avoir donné la vie, c'est de la protéger ». Cela ajoute aux parents l'impression d'échec dans l'exercice de leur parentalité, et est source de culpabilité. Dans les morts in utéro, les parents doivent aussi faire le deuil du devenir mère ou père, il s'agit d'un deuil transitoire de la fonction parentale. (Delaisi, 2012, p. 3)

Les avortements spontanés touchent l'ensemble de la famille dans toutes ses générations, comme l'explique Delaisi, dans les deuils périnataux. Elle insiste sur l'importance de la reconnaissance sociale et juridique, de l'inscription à l'état civil. En effet, pour évoquer l'être vivant décédé nous utilisons les termes de « rien », de « débris », « de déchets anatomiques », « de choses ». Il y a un vide de rituel autour du décès périnatal, aucune trace, et ni la remémoration ni le souvenir ne peuvent se faire. (Delaisi, 2012, p3)

D'après Marie-José Soubieux concernant le deuil périnatal, « La sollicitude et la compassion habituelle de deuil dont fait part l'entourage et la société devient de l'indifférence voir de la grande absence. Les mères doivent garder en elles secrètement la mémoire vivante de leur bébé mort ». (Soubieux, 2012).

1.3 Les types de deuil

- **Un deuil multiple**

Certes la perte est d'abord physique, mais ce serait une erreur que de la limiter à ce seul aspect. En effet, nous faisons non seulement le deuil d'un être cher, mais également des liens qui nous unissaient de tout ce qu'il représentait pour nous. Le deuil dépend des capacités que nous avons d'intégrer cette rupture. Qui plus est, dans notre inconscient la mort n'est jamais naturelle et nous nous considérons toujours comme responsable.

- **Le deuil et le groupe social**

Le deuil est vécu personnellement et est différent selon les personnes. Mais celui-ci peut prendre place au sein d'un entourage, d'un groupe. Selon l'appartenance implicite ou explicite à tel ou tel groupe, le vécu du deuil peut varier. En effet, le deuil a une valeur sociale. Il s'agit non seulement d'un deuil vécu personnellement dans un groupe mais aussi d'un deuil partagé par le groupe. Celui-ci peut encore différer selon la place occupée dans le groupe, en fonction de ses valeurs et de ses croyances. Ils marquent d'autre part l'appartenance de celui-ci à une famille, à une histoire de famille. Il y existe une vraie reconnaissance sociale du défunt. Cela permet aux personnes endeuillées d'exprimer leur chagrin. Selon le Dr C. Grand-Sébile : « les études anthropologiques sur la mort atteste que le bon déroulement des rites et particulièrement des rituels d'adieu, a pour fonction de fixer la place de chacun, morts et vivants. Ils représentent les derniers moments autour du défunt avoir un lieu concret où se recueillir, déposer des fleurs est très important pour la bonne élaboration du deuil. Quand ces cérémonies n'ont pas pu avoir lieu cela pourrait tourmenter longtemps la vie psychique et sociale des individus». (Hirsch, 2004, p. 304).

Nous comprenons donc que le travail de deuil est un processus nécessaire, qui s'inscrit aussi au niveau d'un groupe, et s'effectue à la suite de la perte d'un être aimé. Il est nécessaire de l'intégrer à sa vie psychique pour pouvoir aller de l'avant.

2. La culpabilité

Cette thématique est présente dans les études sur ce sentiment ressenti par les femmes lors d'un avortement ou fausse couche. En effet, les femmes sont en colère contre elles mêmes car elles se considèrent comme responsable de la protection de la grossesse et donc responsables de la fausse couche précoce ou avortement a répétition et du fait que leur corps n'a pas permis de poursuivre la grossesse. Elles voient alors cet évènement comme une conséquence de leurs actes du quotidien, de leur façon de faire et tentent de rechercher des explications, dans leurs conduites, qui justifieraient l'avortement. Tabac, pensées négatives, mauvaise alimentation, stress, mauvaises conditions psychologiques, fièvre, ambivalence au premier trimestre de grossesse .Autant de raisons qu'elles pensent être à l'origine de l'avortement. La culpabilité est d'autant plus forte qu'aucune cause médicale n'est mise en avant. (Séjourné et Coll, 2011, p. 430-436).

3. Le processus d'attachement

Les premiers ouvrages écrits sur le thème de l'attachement indiquaient qu'un attachement réel entre la femme et son fœtus commençait à se manifester avec les premiers mouvements du fœtus. De nos jours, nombre de chercheurs, de médecins et de femmes affirment que l'attachement est un processus graduel qui débute chez certaines femmes avant ou avec la conception dans le cas d'une grossesse planifiée. Pour d'autres femmes lors de la prise de conscience des premiers mouvements fœtaux, pour d'autres lors d'un test positif ou de la prise de conscience qu'elles sont enceintes. (Godin, 2006, p. 1)

Le processus d'attachement s'initie ainsi autour du premier trimestre et entraîne une modification de l'identité chez la femme enceinte, que la grossesse ait été planifiée ou non. L'attachement repose sur les fantaisies, les attentes et les espoirs à l'égard de l'enfant, qui se doublent d'un investissement affectif énorme. Aujourd'hui, l'échographie permet aux parents d'avoir un contact très tôt avec leur bébé, il semble que le lien affectif se solidifie encore plus rapidement. (Lacombe, 1998, p. 9).

L'intensité de cet attachement ressort très nettement des témoignages de femmes interrogées au sujet de leur fausse-couche. Dans plusieurs études recensées, les femmes interrogées ont fait allusion à leur bébé. (Lacombe, 1998, p. 10).

Par ailleurs, ces écrits indiquent également que les professionnels parlent de bébé quand tout se déroule bien, d'ors qu'ils utilisent davantage. L'expression fœtus dans les situations où l'issue de la grossesse tourne mal. (Bowlby, 2002, p. 544)

4. La représentation

Bowlby, (1980) a introduit le concept des modèles opérationnels internes pour expliquer la théorie de l'attachement. Ces modèles opérationnels peuvent être considérés comme des représentations mentales dynamiques qui agissent inconsciemment et qui sont construites à partir de l'expérience relationnelle précoce avec les figures d'attachement. Les modèles opérationnels ne représentent pas seulement des schémas cognitifs d'interprétation de la réalité, mais une structure complexe qui regroupe les fantasmes conscientes et inconscientes, les souvenirs, les affects, etc. Le concept de modèle opérationnel devient ainsi une représentation dynamique avec des caractéristiques cognitives et affectives. (Bowlby, 2000,p. 40-46).

Les recherches basées sur ces deux théories (Birksted-Breen, 1975, 1992 ; Lumley, 1980, 1982; Raphael-Leff, 1983, 1991 ; Slade et al. 1986; Zeanah et al, 1985, 1986, 1987, 1989) soulignent la valeur des représentations maternelles qui jouent un rôle central dans le comportement de la femme envers son enfant, en fixant les modalités d'attachement envers lui. Les représentations dirigent les connaissances et les affections de la femme dans ses relations avec le fœtus.

Autres chercheurs (Levine et al, 1991 ; Fonagy et al, 1991 ; Fonagy, 1992) ont exploré les représentations maternelles, en se focalisent sur la possibilité de prévoir la qualité de la relation entre la mère et l'enfant. Selon Levine, le modèle d'attachement de la mère adolescente et le niveau de ses relations objectales sont substantiellement reliés entre eux ainsi qu'au modèle successif d'attachement de l'enfant. (Bowlby, 2002, p. 40)

Les quatre types de représentations du fœtus selon Lebovici, (1998) décrit quatre types de représentations de l'enfant à venir: l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant mythique et l'enfant narcissique. Ils sont présents à différents moments de la vie et peuvent être soumis à des modifications, notamment après une échographie, par exemple.

- **L'enfant imaginaire**

L'ensemble des représentations conscientes: est un fruit du désir de grossesse. « L'enfant imaginaire» est souvent idéalisé par la mère. (Freud, 1915, p. 155)

- **L'enfant fantasmatique**

L'ensemble des représentations inconscientes est un fruit des dynamiques et les conflits œdipiens et précœdipiens de la mère qui porte le poids de l'histoire familiale personnelle. En effet, l'enfant fantasmatique est déjà présent dans l'imaginaire dès la petite enfance. Les représentations de l'enfant fantasmatique se construisent selon les imagos parentales et le désir de la fille d'avoir un enfant de son père, ou bien de la culpabilité et/ou de la honte lorsque ce désir est provoqué par des fantasmes incestueux inconscients. L'enfant fantasmatique fait l'objet d'une dette, il réactualise la transparence psychique et les conflits infantiles s'y rattachant. (Freud, 1915, p. 155).

- **L'enfant mythique**

Se rapporte à l'appartenance collective et à la résonance individuelle. Selon Lebovici, l'enfant mythique est chargé de toutes les références culturelles et médiatiques qui entourent la femme enceinte.

- **L'enfant narcissique :**

Est la représentation de tous les investissements narcissiques dont font preuve les parents envers leur enfant réactualise la transparence psychique et les conflits infantiles s'y rattachant.

5. L'ambivalence

Ressentie lors du premier trimestre, elle est caractérisée par la coexistence de deux sentiments opposés : amour et hostilité, désir et peur. Elle concerne l'acceptation et non-acceptation de l'état de grossesse du début. Tirillée entre l'envie d'être mère, porter un enfant pendant neuf mois et les angoisses, inquiétudes que le désir de maternité fait vivre, la future mère trouvera rapidement un aboutissement à ce conflit. L'ambivalence est une phase d'adaptation de la femme à la grossesse et au futur enfant. Elle est un processus normal mais qui peut être source de culpabilité pour la femme enceinte . (Sejourné et coll 2008, p 50).

6. L'introversion

L'élaboration de l'identité maternelle amène la future mère à un état de repli narcissique l'amenant à désinvestir le monde environnant au profit de son futur enfant. « Moment narcissique, la gestation focalise l'attention sur soi et fait de l'enfant à naître ». « Un prolongement de soi ». (Bruwier, 2012, p. 44).

La grossesse, moment de rencontre avec soi, peut tout autant permettre une restauration narcissique que fragiliser la femme. Mais cet hyper investissement participe au bon déroulement de la grossesse. Le corps vécu de chaque femme est sollicité, est secoué. Ainsi, en se nichant dans le corps maternel, l'enfant impose à la femme enceinte d'être elle-même et autrui, la grossesse appelant à l'altérité. Elle se retrouve alors transformée dans son identité et accède au statut de mère.

II Les conséquences des avortements à répétitions sur la femme

1. Le stress et l'état de stress post-traumatique

Le syndrome de stress post-traumatique est une réaction émotionnelle naturelle face à une expérience traumatisante faisant intervenir de graves préjudices, ou bien un grave risque pour sa vie, ou encore, un grave risque pour sa vie et celle d'autres personnes.

L'avortement spontané ou la fausse couche est considérée par la majorité des femmes qui y sont confrontées comme un événement très stressant. C'est un événement inattendu et brutal qui peut impliquer une douleur soudaine, des saignements, une hospitalisation et une opération et constituer ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post-traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative.

À partir d'un entretien à visée diagnostique, Walker et Davidson ont montré que trois semaines après une fausse couche, 15% des femmes remplissaient les critères d'un état de stress aigu selon le DSM-IV et 35% remplissaient six des sept critères (n =40). Engelhard et Al ont mesuré à partir d'une échelle standardisée que la prévalence d'état de stress post-traumatique était de 25% un mois après la perte et de 7% quatre mois après (n =113). (Séjourné et Coll, 2008, p. 3).

2. La Colère

La colère est une autre réaction très fréquente chez les femmes qui vivent des avortements spontanés (Friedman & Gradstein, 1982; Hen, 1984). La colère peut être nourrie par la frustration et la croyance qu'il y a un responsable, soit elle-même, son bébé, son conjoint, ses amis, sa famille, le médecin ou même Dieu. Cette émotion peut être aussi suscitée par les attitudes et les réactions de l'entourage qui a tendance à sous-estimer, voire à ne pas reconnaître la signification et l'importance que cette perte revêt pour la femme. (Séjourné et Coll, 2008, p. 3).

3. L'anxiété

D'après deux revues de travaux anglo-saxonnes, entre 20 et 40 % des femmes ont des symptômes d'anxiété après leurs avortements spontanés. Comme pour la dépression, les femmes ont des scores moyens d'anxiété plus élevés que dans la population générale et qu'un groupe témoin de femmes suivies pour leur grossesse. À partir de la passation d'une échelle standardisée (Hospital Anxiety and Depression Scale) auprès de 65 femmes, Prettyman et al. Et Cordle et Prettyman ont montré qu'une semaine après la fausse couche, 41 % des femmes présentaient une symptomatologie anxieuse importante, 32 % à 12 semaines et encore 26 % deux ans après. (Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, 2011, p. 4).

4. La dépression

D'après Lok et Neugebeur (2007), entre 20 et 55 % des femmes ont des symptômes dépressifs à la suite d'un avortement spontané. Ainsi, le score moyen de dépression des femmes ayant fait un avortement spontané est plus élevé que celui de la population générale, ou qu'un groupe témoin de femmes enceintes. Quinze jours après leur avortement spontané, 36% des 282 femmes interrogées présentaient une symptomatologie dépressive évaluée à l'aide d'une échelle de dépression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), soit 3,4 fois plus que dans le groupe témoin des femmes enceintes et 4,3 fois plus que dans celui des femmes. Friedman et Gath ont été parmi les premiers à étudier les conséquences psychiatriques de la fausse couche et ont observé que 48 % des femmes interrogées avaient une symptomatologie dépressive intense mesurée au Present State Examination (n =67). (Neugebeur et Kline, 2007, p. 229-247).

En France, Garel et All ont évalué à partir d'entretiens cliniques que trois mois après leur fausse couche, 51 % des femmes présentaient les critères d'une dépression selon le DSM-III et que le recours à des tranquillisants ou des somnifères était pratiquement trois fois plus élevé que chez les femmes de la population générale du même âge (n=98). (Garel et Coll, 2005, p. 20-22).

L'impact de l'avortement spontané peut être durable presque six mois après la perte, les auteurs ont observé une prévalence de 11 % d'épisode dépressif majeur et de 5 % de dépression mineure à l'aide d'un entretien à visée diagnostique administré à 229 femmes. (Lacombe, 1998, p. 48).

Dans le cas d'un diagnostic d'une dépression, on trouve quelques symptômes (Charlotte, 2012, p. 13) :

- Troubles de l'humeur.
- Douleurs intérieures : sentiment d'abandon, de solitude et de manque.
- Un désintérêt total pour soi-même et le monde ambiant, excepté ce qui se rapporte au défunt envers lequel toute l'énergie se concentre.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.
- Un fonctionnement mental difficile et pénible, difficultés de concentration.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- Apathie et boulimie, anorexie.
- Repliement sur soi.
- Idée et même désir de mourir.
- Fonctions générales atteintes.
- Troubles du sommeil.
- Asthénie importante.
- Déshydratation.

5. Dysfonction sexuel

Selon le Elliott Institute, les femmes qui ont subi des avortements peuvent éprouver « une perte de plaisir pendant les relations sexuelles, une répugnance pour la sexualité ou les hommes en général, ou se mettre à avoir des relations sexuelles au hasard ». (Elliott, 2000, p. 69).

Dans 30 % à 50 % des cas environ. Une étude de recherche menée en 2003 a constaté que 10 % à 20 % des femmes déclaraient avoir ressenti des effets négatifs dans leur relation de

couple, leurs relations sexuelles et leur fonctionnement sexuel après un avortement. (Elliott, 2000, p. 70).

6. Trouble de sommeil

Les résultats récents de l'étude longitudinale nationale sur la santé ont indiqué que les jeunes femmes qui avaient subi des avortements déclaraient un taux plus élevé de troubles du sommeil que les femmes qui n'avaient pas eu d'avortement. Selon Elliott Institute, 36 % des femmes qui avaient subi des avortements éprouvaient des troubles du sommeil huit semaines après l'avortement. (Elliott, 2000, p. 71).

III. Prise en charge psychologique des femmes après l'avortement spontané

Certaines femmes qui vivent un avortement spontané sont en état de grande vulnérabilité lorsqu'elles se retrouvent en milieu hospitalier. Malgré le fait que le temps d'hospitalisation d'une femme qui vit un avortement spontané soit court, comparativement au temps qu'elle doit prendre pour s'en remettre. On dit que le soutien qui peut être disponible dans le milieu où la crise se présente est très important et peut influencer la résolution ou non du deuil. (Lacombe, 1998, p. 21).

Les recherches ont en effet constaté que tout soutien émotionnel, apporté par des intervenants clés, soit par un médecin, soit par les infirmières, soit par un groupe d'entraide, diminue les conséquences émotionnelles d'un trouble psychologique non résolu chez les femmes.

Le soutien émotionnel peut être très bénéfique pour atténuer le degré de stress perçu lors des différentes étapes de deuil et pour diminuer les conséquences psychologiques d'un deuil non résolu. Il semble que si le soutien fait défaut, on augmente de façon considérable les effets négatifs sur la santé. Witzel et Chartier (1989) se sont intéressés à l'impact de l'avortement spontané chez les femmes vivant cette expérience. Ces auteurs affirment que plusieurs personnes dans la société sous-estiment l'importance de l'impact de l'avortement spontané. Cette situation expliquerait que la femme qui cherche à obtenir un soutien émotionnel de son entourage se heurte souvent à une porte close. Ces mêmes auteurs soulignent que si le soutien fait défaut, le déroulement du deuil risque davantage de se compliquer. (Witzel et Chartier, 1989, p. 29)

Le soutien peut toute fois provenir d'autres personnes de l'entourage de la femme. Madden (1986) a constaté que l'accroissement du soutien accordé par le conjoint s'accompagne d'une

diminution de la dépression chez les femmes. Par ailleurs, l'auteure a noté que l'attention, reçue d'autres personnes que le conjoint, peut aider la femme à surmonter une dépression consécutive à l'avortement spontané. Cette auteure estime que la femme a besoin d'une personne très présente, en plus du conjoint, et cette personne permettrait de contrebalancer les effets négatifs des réactions, des comportements venant des personnes de l'entourage. (Lacombe, 1998, p. 21).

En effet, le soutien fourni par l'entourage est parfois limité. Les parents vivant un deuil se sentent isolés de leur famille et de leurs amis. Ces derniers se sentent mal à l'aise. L'attitude de silence observée pour protéger les parents ne fait qu'augmenter la détresse des parents. Cependant, lorsque la femme bénéficie de l'attention de l'entourage, ceci l'aide à surmonter son expérience.

Toutefois, les membres de l'entourage ne savent pas toujours que la femme était enceinte et n'ont donc aucune raison de penser qu'elle pourrait avoir besoin d'un soutien quelconque. Dans bien des cas, ces gens ignorent la profondeur de l'attachement entre la mère et son bébé. L'entourage s'attend à ce que le couple laisse cette expérience derrière eux et qu'il recommence à vivre. L'enfant est souvent perçu comme une chose, un fœtus. Il n'est pas vu comme un être humain, probablement parce que les membres de l'entourage n'ont pas eu l'opportunité de s'attacher au bébé. (Lacombe, 1998, p. 21).

Conclusion

Les écrits recensés documentent les réactions émotionnelles des femmes qui vivent un avortement spontané, les perceptions de ces femmes envers l'entourage, et les besoins des femmes qui vivent un avortement spontané. Les différents auteurs consultés reconnaissent que l'avortement spontané est un événement stressant dans la vie de ceux qui en font l'expérience. La perte d'un enfant en période périnatale constitue pour la famille un événement lourd de conséquences et difficile à surmonter. Nombre de couples vivent à ce moment leur première crise familiale. Certains ne parviendront jamais à retrouver une communication efficace, un certain équilibre et finiront par se séparer, ce qui engendrera d'autres pertes importantes.

Chapitre III.
LES CONCEPTS
ESSENTIELS DE LA
THEORIE
PSYCHOSOMATIQUE

Introduction

Pierre Marty a créé l'école psychosomatique de Paris afin d'appréhender l'organisation mentale de l'individu. La psychosomatique s'est intéressée à l'individu dans son unicité (psyché – soma). L'organisation individuelle évolue à partir du manifeste (le soma) et du latent (le psychique) dans un contexte environnemental. Dans ce chapitre on essaye d'aborder les concepts essentiels de cette théorie psychosomatique.

1. Histoire de la psychosomatique

Dès l'antiquité, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur le corps, mais il a fallu attendre les progrès de la médecine moderne pour établir l'existence des mécanismes par lesquels l'émotion était à l'origine d'une maladie, avec ses caractères et son évolution propre. Le terme psychosomatique fut utilisé pour la première fois par Heinroth en 1818. Au siècle suivant, les découvertes de S. Freud permirent une meilleure compréhension de ces phénomènes, étudiés à Vienne par F. Deutsch, qui réintroduisit ce mot en 1922, par Groddeck, puis par de nombreux psychanalystes américains, tel que H. F. Dunbar ; F. Alexander, de Chicago, Weiss et English, de Philadelphie. L'extension que connaît maintenant le mouvement psychosomatique a été le résultat des travaux de neurophysiologistes comme Jackson, Cannon, Hess ; de l'école réflexologique russe, orientée à la suite de Pavlov et Bykov vers la pathologie cortico-viscérale des auteurs de langue allemande, Von Uexküll, Mitscherlich, M. Boss des auteurs français, M. Fain, P. Marty, de M'Uzan, Ch. David et en Grande-Bretagne, de M. Balint. Actuellement, l'attitude psychosomatique correspond à une conception de la médecine. Plutôt que de considérer une médecine des organes, elle met l'accent sur une médecine générale de l'organisme, dans une approche globale, holistique, de l'individu malade. Cette conception, héritière de l'école hippocratique, de Cos, postule l'unité psychosomatique de l'homme qui peut être le siège de phénomènes morbides ; ceux-ci peuvent être étudiés de façon complémentaire sous l'angle psychologique ou sous l'angle physiologique. Dans cet esprit, on pourrait dire que tout malade est psychosomatique. Mais il existe un courant de recherches pour lequel la médecine psychosomatique «est une branche de la médecine qui concerne l'étude des phénomènes de l'esprit et leurs significations dans l'apparition et développement des maladies affectant le corps ». Dans l'étiologie des maladies à manifestations somatiques, telles que

l'hypertension artérielle, l'asthme, l'ulcère gastrique, les observations cliniques ont attribué un rôle important aux facteurs psychologiques et à la personnalité des malades. Chez ce type de malades psychosomatiques souffrant d'affections que l'on appelle aussi névroses d'organe, l'examen clinique met en évidence l'existence de conflits intrapsychiques. (Bergeret, 1986, P. 235-236).

Les conceptions freudiennes de la névrose seront reprises par les psychanalystes américains qui formèrent en 1930 l'École de Chicago où furent menées les premières recherches systématiques dans ce domaine. Par l'importance de ses travaux et l'impulsion qu'elle fournit au mouvement psychosomatique dans le monde entier elle a connu un grand essor. Une place centrale doit être laissée à Frantz Alexander qui en fut le théoricien et anima, durant plus de trente ans, chercheurs et thérapeutes. Pour Alexander, les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondant aux besoins vitaux. « La dualité disparaît – écrit-il – si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique ». (Marty, 1990, P. 8 - 9).

2. Le monisme

Le monisme, comme son nom l'indique, il fait référence à quelque chose d'unifié. Marty .P a remplacé le dualisme corps – psyché par l'unité psychosomatique qui a gardé à son tour un dualisme d'ordre pulsionnel (pulsion de vie et de mort), où il argumente la continuité fonctionnelle entre le corps et la psyché en considérant qu'à l'autre bout de l'échelle évolutive l'homme nous montre, d'une manière identique, qu'aux différents niveaux de son fonctionnement à partir des échanges physico – chimiques, en passant par les échanges intellectuels et artistiques, il emprunte en permanence à l'extérieur de lui – même les éléments essentiels à sa vie. (Marty, 1976, P. 9).

3. Les chaînes évolutives

Les axes évolutifs de l'individu ne sont pas linéaires, une représentation dans l'espace des axes permettrait de mieux saisir la complexité du développement humain. Marty. P propose un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquées par les points de fixation-régression .

3.1. Les chaines évolutives centrales

Comportant les fixations-régressions libidinales, voire somatiques s'achève dans la chaîne évolutive centrale mentale(ou pointe évolutive mentale). Seules les organisations névrotiques ou psychotiques sont dotées d'une telle lignée évolutive, riche en points de fixations, étagée aux différents stades du développement libidinal.

3.2. Les chaines évolutives latérales

Plus ou moins importantes selon les individus, rejoignent la plupart du temps la chaîne évolutive centrale. Elles sont marquées par divers points de fixation-régressions qui peuvent intervenir lors d'une désorganisation post-traumatique, sous forme de symptomatologies variées, inhabituelles dans le fonctionnement des sujets.

3.3. Les dynamismes parallèles

Ceux-ci restent souvent indépendants de la chaîne évolutive centrale. Leur marquage s'exprime sous des formes variées sublimatoires artistiques ou non, perverses, traits de caractères névrotiques et psychotiques, processus somatiques divers, chroniques, aigus. L'ensemble des activités ou symptomatologies décrites à propos des trois lignées évolutives participe à la régulation de l'économie psychosomatique.

4. Le fonctionnement mental

Le fonctionnement mental et l'ensemble des activités psychologiques ont pour but d'éviter de déplaire et de procurer le plaisir. En notant que le déplaisir est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir à leur réduction, ce dernier est un principe économique.

Selon P. Marty, « on peut en effet comprendre vraiment le fonctionnement d'un système complexe que si l'on sait comment il a été construit (ou pour mieux dire dans le cas présent, comment il s'est construit). Comprendre le développement de la personnalité c'est retracer l'histoire des structures qui, à des moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne. ». (Perron. R, 1985, P.12). Autrement dit, la mentalisation caractérise le travail de l'appareil psychique mais elle est différente d'une personne à une autre et même parfois chez le

même individu. Cette différenciation est dépendante des périodes de sa vie (histoire personnelle, traumatisme, environnement familiale).

5. La mentalisation

Ce terme, en psychosomatique, désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressive. (Kamieniecki, 1994, P. 68).

Marty. P distingue quatre types de mentalisation : bonne mentalisation, mauvaise et incertaine, et névrose de comportement. Mais pour nous, débutant dans la recherche scientifique, nous n'avons pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique pour faire la différence minutieuse entre les types de mentalisation. Nous sommes dans l'obligation d'intégrer la mauvaise mentalisation avec la névrose de comportement dans l'analyse des données.

5.1. La bonne mentalisation

Cette première forme de mentalisation correspond, dans un grand nombre de cas, à l'évidence, les représentations de mots et de choses liées entre elles se chargent et s'enrichissent, pendant le développement, de multiples affects et de valeurs symboliques. Les perceptions et représentations premières étant remaniées par l'évolution mentale individuelle, par les mouvements pulsionnels successifs et par les conflits psychiques, l'inconscient intervient à plusieurs titres dans leurs reproductions ultérieures qui, issue de systèmes mnésiques complexes (notion d'après-coup freudien), constituent des témoignages discutables des réalités passées. Cette profondeur et cette largeur psychique des représentations, au moins théoriquement sujettes aux associations d'idées par les fils entrelacés des mots et des affects, se rencontre bien entendu chez les « névrosés mentaux » classiquement, objets des descriptions freudienne. (Marty, 1990, P. 42).

5.2. La mauvaise mentalisation

Réfère à la limitation et la superficialité des représentations réduites à celles des choses, le manque de symbolisation du verbe. Les sujets en cause, susceptible de mener une vie efficace et satisfaisante, enrichie parfois d'expressions sublimatoires artistiques surtout, ne trouvent en effet

d'autres possibilités que de traduire dans l'actualité et dans l'action les mouvements inconscients. Mais à un moindre degré de pauvreté générale des représentations. (Marty, 1990, P. 41).

5.3. La mentalisation incertaine

Elle figure une troisième catégorie de névroses qui, par son importance numérique, mérite attention. Les possibilités représentatives et associatives des sujets concernés varient en effet considérablement dans le temps. Tantôt assurément ou relativement « bien mentalisée », ils paraissent plutôt riches de pensée et, pour de nombreux psychanalystes, classiquement analysables, tantôt « mal mentalisés », leur pauvreté et leur superficialité psychique représentatives est désolante. Les variations du fonctionnement préconscient de ces sujets nous ont conduits à qualifier leur ensemble de « névrose à mentalisation incertaine », l'incertitude provenant aussi bien de la variabilité de leur statut psychique que du sentiment indécis de l'observateur. (Marty, 1990, P. 43).

5.4. Névrose de comportement

Parfois les représentations semblent absentes. Parfois, mêmes chargées de contenus verbaux (mais les mots semblent alors réduits à l'état de chose), les représentations se montrent limitées et superficielles, reproduisant directement les perceptions vécues dans la réalité. Traces mnésiques éventuellement pures, ces représentations, peu nombreuses d'ailleurs et peu sujettes à des associations d'idées, ont l'air de simples témoignages d'événements enregistrés. Cela comme si les complexités de la vie mentale n'existe pas chez les individus concernés, comme si les affects que promeut l'inconscient, permanents ou presque chez d'autres, étaient ici à l'écart. (Marty, 1990, P. 41).

6. Le traumatisme

Pour Freud. S : « le traumatisme est une expérience de secours dans les parties du moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation qu'elle soit d'origine externe ou interne et qu'il ne peut maîtriser ».

Le traumatisme à sens économique, la qualité du traumatisme est en relation directe avec la désorganisation qu'elle provoque, et se confond presque avec elle et l'origine extérieure du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. Ce qui peut

s'avérer traumatisant à l'égard du monde extérieur, ne l'est pour la personne concernée. Autrement dit, seul le traumatisme interne ayant une valeur en soi.

Les traumatismes sont issus d'excitations excessives des instincts ou pulsions auxquelles l'organisation psychosomatique des sujets ne peut faire face, les traumatismes se définissent par la quantité de désorganisation qu'ils produisent et non pas la qualité de l'événement ou de la situation qui les produisent. Un traumatisme découle ainsi du rapport entre l'excitation et la défense psychosomatique de l'individu. (Marty, 1990, P.79).

La notion même du traumatisme, doit être précisée dans la mesure où il ne s'agit pas de la réduire aux seuls traumatismes externe réparables: séparation, deuils, accident, lesquels pourraient apparaître comme tels d'avantage aux yeux de l'observateur qu'à ceux du sujet qui les vit.

« L'origine extérieur du traumatisme, ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. La perte d'un proche peut ne pas être plus traumatisante chez un sujet adulte, qu'un jour chez un autre par exemple : le sentiment provoqué par le passage d'une poussière d'un rayon de soleil ». (Marty, 1976, P. 102).

7. La dépression essentielle

Dépression essentielle est un prélude aux futures descriptions du symptôme apparaissait dans L'investigation (1963) : « ce sont des dépressions sans objet, ni autoaccusation, ni même culpabilité consciente, ou le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique .Un tel tableau, pour nous est de toute évidence à mettre en rapport avec la précarité du travail mental ». (Marty, 1990, P. 29)

C'est en 1966 que le terme « dépression essentielle » fut ainsi promu, La dépression psychosomatique qu'à plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. (Marty, 1990, P29).

La manifestation principale de la dépression essentielle est la baisse voir de l'effondrement du tonus vital et des instincts de vie, le mouvement se poursuit par la désorganisation des

systèmes de caractère et de comportement que révèle la diminution ou la perte des expressions instinctuelles correspondantes : c'est la vie opératoire.

Cette symptomatologie dépressive se définit par le manque : effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale (déplacements, condensations, introjections, identifications vie fantasmatique et onirique). On ne rencontre pas, dans cette dépression « bienséante », «raccrochage libidinal » régressive et bruyante des autres formes de dépressions névrotiques ou psychotiques. Sans contrepartie libidinale donc, la désorganisation et le morcellement dépassant sans doute le domaine mental, le phénomène est comparable à celui de la mort ou l'énergie vitale se perd sans compensation. La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration. (Marty . P, 1990, P29-30).

8. La vie opératoire

C'est en 1962 que Marty. P définit le concept de « pensée opératoire » comme révélant les carences du préconscient, de la vie fantasmatique et des affects dans le cas des affections psychosomatique. La pensée opératoire témoigne d'une pensée hyper consciente. Les représentations sont pauvres, répétitives et marquées du sceau de l'actuel et du factuel. Mais plus tard P. Marty à parlé de la notion de « la vie opératoire » qui constitue une étape de relative chronicité, de relative stabilité, qui s'installe au cours d'une désorganisation lente ayant affecté un caractère progressif, et pendant laquelle aucune réorganisation spontanée ne se produit, sans qu'on puisse avancer qu'elle mette un terme à la désorganisation. Il s'agirait alors d'une réorganisation régressive qu'elle ne semble pas être. La vie opératoire apparait comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongé dans le temps avec le quelle on ne redoute plus, de l'extérieur, ni l'imminence ni la fatalité d'une reprise de la désorganisation. Alors elle néanmoins émaillée fréquemment d'incident ou d'accident somatique variable qui soulignent l'instabilité de cet apparent état.

Au cours de la vie opératoire, les comportements ne sont pas sous-tendus de fantasmes représentés ou représentables issus de l'inconscient, la liaison préconsciente étant rompue, il ne constitue pas non plus des expressions les plus directes de l'inconscient. Ils se montrent

machinaux mais apparemment sans risque d'être troublés d'une manière quelconque par les mouvements de l'inconscient. (Marty, 1980, P 93-94). La vie opératoire peut accompagner un état dominé par la dépression essentielle.

9. Les rêves chez les patients psychosomatiques

Selon P. Marty (1984), il y a quatre types de rêves qui appartiennent aux malades somatiques. Qui sont marqués par une pauvreté de vie onirique.

9.1. L'absence des rêves

Selon Marty, cette absence des rêves correspond à l'isolement de l'inconscient, cette coupure fait isoler toute représentation et élaboration onirique. On peut émettre d'autres hypothèses, c'est que le patient n'éprouve pas d'intérêt ou refuse de révéler ses rêves.

9.2. Les rêves opératoires

Le patient reproduit ses actes de la journée dans ses rêves, ce type de rêve est caractérisé par la dominance de la réalité vécue, généralement ce sont des rêves d'incidents.

9.3. Les rêves répétitifs

Ce type de rêves est le résultat de l'absence de la vie onirique et de l'activité fantasmatique, absence de représentations. Les rêves sont plutôt des cauchemars qui perturbent même le sommeil, et survenant généralement après des accidents corporels.

9.4. Les rêves crus

D'après P. Marty, les rêves crus ne sont pas rares chez les malades mal mentalisés, il s'agit d'une mentalisation pulsionnelle par Marty, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer « une photographie de l'inconscient ». (Marty, 1984, P. 105). Leur apparition représente une valeur régressive partielle soit un érotisme sadomasochisme, ou un mécanisme d'isolement des affectes par rapport aux contenus. (Doucet, 2000, P. 61).

10. L'économie psychosomatique

L'économie psychosomatique regroupe les divers éléments dynamiques qui déterminent les fonctions de l'organisation, désorganisation et de réorganisation. Son domaine concerne aussi bien la dimension psychique que biophysique ou sociologique. Géré par les mouvements individuels de vie et de mort, l'ordre psychosomatique doit tendre le meilleur équilibre homéostatique pour l'individu, c'est-à-dire une bonne coordination du somatique et du psychique . (Chemouni, 2000, P. 40).

10.1. Fixation et régression

Ces deux mécanismes sont très attachés les uns aux autres ; il y a une relation étroite entre eux, la notion d'une régression d'un certain ordre reposant sur une fixation qui elle-même, repose sur une régression d'un autre ordre, implique en effet l'existence d'organisations antérieures à n'importe quel niveau d'évolution. (Marty, 1967, P. 121).

10.2. Fixation

La fixation est le fait que la libido s'attache fortement à des personnes ou à des images, reproduit tel mode de satisfaction, reste organisé selon la structure caractéristique d'un de ses stades évolutifs. La fixation peut être manifeste et actuelle ou constituer une virtualité prévalence qui ouvre au sujet la voie d'une régression.

La fixation se caractérise par le fait que tout être humain, et surtout le névrosé, a été marqué par des expériences infantiles, sources de satisfaction, et qu'il demeure attaché dans certains cas à ces modes de satisfaction ; dans ces cas où la libido est « *fixée* » à certains types d'objets, elle demeure organisée selon la structure caractéristique du stade évolutif lors duquel s'est produite la fixation. La fixation ne porte donc pas seulement sur l'objet libidinal, mais sur toute cette structure de l'activité (psychique et comportementale) d'un stade donné.

10.3. Régression

L'emploi du terme « *régression* » implique la reconnaissance de courants évolutifs et de courants contre-évolutifs. Le retour des régressions aux points de fixation ; combine à l'inclusion de mécanismes de régression dans les phénomènes de fixation, nous invite personnellement à

toujours avoir présent à l'esprit l'infinité évolutive, quel que soit le champ de notre intérêt immédiat. Dans le cadre des mouvements individuels de vie et de mort, la plupart des événements pathologiques s'inscrivent sous les signes de la régression.

Les régressions rejoignent d'une manière complexe les fixations fonctionnelles de l'évolution, fixations phylogénétiques héréditaires et ontogénétiques. Souvent inattendues, surprenantes, mais d'une relative stabilité, les régressions attirent l'attention et provoquent la description, d'avantage que ne le font les fixations la plupart du temps entraînées dans le courant évolutif. Parce qu'on peut décrire autant de variétés de régression qu'on peut découvrir de perspectives sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, Les régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique et de classification des fonctions et des relations inter fonctionnelles psychosomatiques. (Marty, 1980, P. 136).

11. Classification psychosomatique

La manière dont se présente la classification psychosomatique actuelle, couramment utilisée. Elle remarque chez un sujet, en un moment déterminé :

- Sa structure fondamentale, considérée comme partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de son organisation psychosomatique. Un répertoire présent dix items parmi lesquels figurent les divers systèmes névrotiques ou psychotique, les niveaux de mentalisation, par exemple.
- ses particularités habituelles majeures qui réunissent des données symptomatiques, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituel des données anamnestiques anciennes.
- ses caractéristiques actuelles majeures, qui réunissent les données symptomatiques immédiates, les données anamnestiques récentes et les données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuel.
- ses caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie. Elles réunissent trois ordres de données, celles qui concernent la disparation des caractéristiques actuelles

majeurs, celles qui concernent la transformation des particularités habituelles majeurs spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci ,toutes notification de caractéristique actuelle ou de particularité habituelle ayant été en leur temps; celles qui concernent enfin l'acquisition de nouveaux types de fonctionnements psychosomatiques (dans les domaines mental ,des expressions sublimatoires, ou de l'organisation sociale).

La classification psychosomatique se montre finalement d'un puissant intérêt : dans la pratique, elle permet de situer les sujets lors d'un check-up ainsi que les patients a leur entrée en psychothérapie, pendant le cours de celle-ci, à leur sortie de traitement enfin, permettent d'évaluer avec précision les bénéfices acquis. Elle assure la communication entre les psychosomateiciens et permet à chacun de mesurer ses projets conceptuels, particulièrement en matière sémiologique. (Marty, 1990, P. 62-66).

12. L'apport de l'environnement

Un environnement suffisant, bon et adapté est indispensable au développement d'un individu, qui correspond à une unité pour l'ensemble « environnement-individu », que ce dernier n'existe que s'il est en relation avec le monde extérieur. C'est à partir des interactions avec son entourage qui va être confronté à de nombreuses situations, qui peuvent bouleverser sa vie sur le plan physique et psychique, d'où vient l'importance du monde extérieur. P. Marty appelle « l'environnement favorable » ce qui vient combler les déficits fonctionnels fonciers décelés chez le sujet. Car c'est grâce à cet environnement favorable qui répond aux besoins du sujet comme la tendresse et la chaleur familiale dépourvue de toute surcharge et pression, de plus les soins sanitaires conduisent le sujet à une amélioration de sa santé, en arrivant à gérer sa vie. En fait, sa maladie sera assumée, donc il y aura la réversibilité de la désorganisation. Tandis que lorsqu'il y'a défaillance de l'environnement, là où il y'a des problèmes angoissants empêchent le sujet de se rétablir en le conduisant à une désorganisation somatique irréversible, alors on dira qu'il est influencé par un environnement défavorable. (Marty, 1976, P. 165- 168).

Conclusion

La psychosomatique s'occupe à la fois de la psyché et du corps d'où il a développé le concept du monisme. Dans la conception de P. Marty, l'économie psychosomatique occupe une place très importante dans l'explication d'une atteinte somatique, dont cette dernière est la résultante d'une non-élaboration au niveau mental ou du comportement .Donc si cette énergie n'est pas suffisamment évacuée, elle se décharge dans le corps qui somatise et qui prend la relève.

PROBLEMATQIE

&

HYPOTHESES

Problématique et hypothèses

Dès sa naissance, l'être humain est en interaction avec son milieu notamment les premières relations avec sa mère puis avec sa petite famille. Il est exposé à plusieurs types d'excitations auxquelles il doit faire face, qui peuvent être intrinsèques et/ou extrinsèques avec lesquelles il s'interactionne et s'adapte. Signalant que chaque individu confronte et surmonte ses amertumes selon des aménagements défensifs reliés à sa propre personnalité, intégrant sa constitution psychologique et physiologique, sans oublier la contribution du milieu, à savoir si le sujet est bien entouré ou au contraire ses conditions sociales sont précaires.

Cependant, l'individu n'est pas toujours en équilibre, il est en état d'alternance entre la santé et la maladie, cette dernière se définit par des atteintes somatiques réversibles ou irréversibles qui sont plus fréquentes chez les nourrissons et les personnes âgées. (Debry, 1997, p.19-37) Parmi ces atteintes somatiques, les avortements.

La maternité est un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. Judith Kortenber (1956) a émis l'hypothèse que le désir de l'enfant était probablement inné, toute femme a un rêve de construire un foyer et une petite famille et tout cela commence par une grossesse qui est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon ou un fœtus humain, en principe au sein de l'utérus, qui est dit gravide. En général, elle fait suite à un rapport sexuel, et débute à partir de la fécondation (fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde) et se déroule jusqu'à l'expulsion de l'organisme engendré. La grossesse normale dure en moyenne neuf mois, soit trente-neuf semaines.

Généralement se termine par un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain viable, rarement plusieurs. Lorsque l'organisme expulsé n'est pas viable, il s'agit d'un avortement ou une fausse couche.

Selon OMS 1999 définit la fausse couche comme un accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale, c'est l'expulsion complète ou non du produit de conception durant les 28 semaines suivant la date des dernières règles ou 180 jours d'aménorrhée. (Lacombe, 1998, p. 23)

D'après Vinettier et al (1998), l'avortement spontané est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. La fréquence des avortements spontanés est mal connue, en moyenne 8% des grossesses se terminent par un avortement

spontané, en prenant en compte les interruptions très précoces (peu après la fécondation) cette fréquence serait beaucoup plus importante. (Vinettier et al, 1998, p.154).

L'avortement spontané à répétition (ASR) est défini par la succession de trois ou plus avortements spontanés. Plusieurs arguments sont en faveur de l'existence réelle de l'entité

« Avortement spontané à répétition » en tant que maladie et non simple répétition accidentelle d'un phénomène fréquent. Le risque continue d'augmenter au-delà de trois avortements. Cette augmentation de risque avec chaque avortement spontané (AS) supplémentaire ne peut pas être expliquée par le seul hasard. Ce risque est difficile à évaluer à cause de plusieurs variables confondantes qui peuvent s'intriquer : hormonale, immunitaire, infectieuse, chromosomique, métabolique, locale, générale.... 50% de ces fausses couches spontanées à répétition restent inexplicables. (Lacombe,1998,p , 27)

Par ailleurs, les facteurs psychologiques étaient considérés comme fondamentaux dans l'étiologie des avortements à répétition. Plusieurs auteurs ont décrit une personnalité type de la patiente. Berle évalue 32 patientes ayant des avortements à répétition. Il les décrit comme étant tendues, ayant besoin d'amour et d'attention... elles n'auraient ni psychose ni névrose, mais auraient dans 19 % des cas des troubles de la personnalité. Mann, après un examen psychiatrique pré-conceptionnel de 70 femmes ayant des avortements a répétition, observe souvent une réaction inappropriée au stress. . (Lacombe,1998, p 38)

Ces femmes auraient en commun de répondre somatiquement à certaines situations psychiques (nausées, vomissements, céphalées, colite). Leur éducation aurait été marquée par une mère dominante et hyper protectrice. Le père aurait été inexistant psychologiquement ou physiquement. La dynamique familiale créerait une personne psycho-immature qui voit plus son conjoint comme le substitut de la mère qu'un mari. Pour ces femmes qui ne se sentent pas capables d'agir de façon mature, la grossesse est un trop grand stress auquel elles répondent corporellement par des contractions, des saignements et des avortements. Simon dans une autre série trouve que ces patientes rejettent leur féminité et auraient des impulsions sadomasochistes. Les avortements seraient une manière de répondre à ces pulsions. Toutes ces descriptions de profils psychologiques ont été réalisées après la série d'avortements. Ces traits de personnalité sont fortement imprégnés par l'expérience vécue. Ces publications anciennes, anecdotiques et non contrôlées sont peu convaincantes pour retenir les causes psychologiques des avortements à répétition. À l'époque, cette vision psychologique des avortements à répétition avait une telle influence que Grimm a pu créer un institut tourné vers

l'étude de ce problème. Elle a pu soumettre de nombreuses femmes à une batterie de tests. Souvent ces patientes sont émotives avec tendance à la somatisation des émotions. Elles ont un sentiment de culpabilité vis-à-vis la sexualité qui entraîne une grande tension qui empêche de résoudre les problèmes. Malgré cette description, elle ne croit pas à la spécificité de cette personnalité. Les anomalies observées chez 18 femmes qui ont ensuite eu une grossesse normale ont disparu, leur personnalité devenant identique à celle de patientes sans expérience d'avortement. (Tournaire, 1997, p. 171-172).

En parallèle des études épidémiologiques révèlent que l'hypothèse la plus pessimiste d'un taux d'avortements spontanés de 15 %, la probabilité pour un couple d'avoir deux avortements spontanés (AS) successifs, si les événements sont indépendants, serait de 2,3 % (0,15), trois (AS) successifs seraient observés dans 0,34 % des cas. Ces probabilités calculées ne coïncident pas avec la prévalence estimée dans la population d'avoir trois avortements spontanés, de 0,4 % à 1 %. Une étude multicentrique évaluant l'incidence des avortements dans une population de patientes diabétiques insulino-dépendantes observe que 2,3 % des femmes témoins présentèrent trois avortement spontanés et plus. Le risque d'un nouvel avortement serait constant entre 12 et 15 %. Or ce risque augmente avec le nombre d'avortements. Alberman montre qu'après 1, 2, 3 avortements spontanés, le risque d'un nouvel avortement est respectivement de 16 %, 36 % et 60 % les résultats de cette étude ont été renforcés par d'autres études épidémiologiques, on cite à titre d'exemple les résultats de l'étude de : (Tournaire, 1997, p. 171-172).

- Wilcox (1988) le nombre de grossesses cliniques est de (154) et le nombre d'avortement de (18) et le risque d'avortement spontané est de (11,7 %)
- Regan (1988) le nombre de grossesses cliniques est de (226) et le nombre d'avortement de (23) et le risque d'avortement spontané est de (10,3 %).

La fausse couche est relativement fréquente en Algérie (une grossesse sur dix se terminerait par une fausse couche), elle n'en est pas moins un événement difficile à vivre, voir traumatisant, pour la femme comme pour le couple. Et ce, d'autant plus que les fausses couches se répètent. Les avortements spontanés représentent de 10 à 20 % des interruptions de grossesses (les chiffres sont incertains, car certaines femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autres ne consultent pas le médecin) Les avortements de ce type ont

généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation. (Khalid, 2014/2015, p. 1-2).

La maladie était toujours considérée à connotation négative par contre l'école de psychosomatique de P. Marty a rajouté que la maladie peut prendre une connotation positive afin de permettre une réorganisation.

Toute fois, après de nombreuses études auprès de patients atteints de maladies organiques, P. Marty et ses collaborateurs. (C. DAVID M. De M'uzan, M. FAIN) ont développé une nouvelle théorie qui s'est inspirée de la théorie psychanalytique, résumée dans leur livre « L'investigation psychanalytique », (1963) et qui définit le fonctionnement mental des sujets atteints d'une maladie organique. Ceci ne signifie nullement, que tous les patients ont un fonctionnement mental identique, mais plutôt un fonctionnement mental différent d'un patient à un autre, et chez la même personne à différentes périodes de sa vie.

P. Marty affirme et insiste sur le fait que quelque soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet par ailleurs, P. Marty insiste aussi sur le concept de la mentalisation qui «Concerne la quantité, la qualité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent, normales ou pathologiques, ainsi ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous ». (Marty, 1991, p. 11). Ce dernier caractérise le travail de l'appareil mental.

Pour résumer ce concept dans ce qui suit, la gestion des excitations, qu'elles soient internes ou externes, est différente d'une personne à une autre.

La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale et/ou caractérielle. Ce travail psychique apparaît chez des personnes dotées de mécanismes labiles ou rigoureux ainsi qu'une richesse fantasmatique.

Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique, qui ne peuvent élaborer les excitations et les diriger dans le secteur psychique seulement, sont forcés à ce moment là d'utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Si cela n'est pas possible, il en résulte une désorganisation somatique.

Cette désorganisation est contre le principe évolutif, elle touche les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentales) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatisation). Le symptôme organique, quelque soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en intégrant ce symptôme dans son économie psychosomatique.

A partir de ce point de vue, P. Marty a élaboré une nouvelle classification qui intègre la classification psychanalytique classique (névroses, psychoses) et dans laquelle il a décrit des unités cliniques nouvelles qui se caractérisent toutes par l'irrégularité du fonctionnement. Ces unités sont la névrose à bonne mentalisation, mentalisation incertaine et mauvaise mentalisation dans laquelle nous retrouvons les sujets qui présentent une névrose de comportement et donc plus exposés à la somatisation.

On s'inspire des résultats de recherches citées ci-dessus, nous avons voulu découvrir à partir de notre recherche sur le fonctionnement mental de l'avortement à répétition chez les femmes ayant la maladie abortive où nous avons posé les questions suivantes :

- Les femmes ayant des avortements à répétitions réjouissent-elles d'un fonctionnement mental homogène ?
- La qualité de la mentalisation des femmes ayant les avortements à répétitions influe-t-elle sur le parcours de la grossesse?

La pré-enquête représente une étape, importante voire indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les femmes ayant des avortements à répétitions s'est organisée par le biais d'une pré-enquête menée au sein de la maternité à Targua Ouzemour. Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude et d'apporter des modifications à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils (entretien semi directive et le teste de Rorschach). De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons formulé des réponses à ces interrogations déjà posées ci-dessus, en guise d'hypothèses vraisemblables, qui sont les suivantes :

Hypothèses générales

En s'appuyant sur la classification psychosomatique, les femmes ayant les avortements à répétitions ne réjouissent pas d'un même fonctionnement mental. Nous pouvons aussi bien trouver des patientes présentant une bonne mentalisation que celles qui présentent une mauvaise mentalisation ou encore une mentalisation incertaine. Cette variable indépendante qui est la mentalisation influe sur la variable dépendante qui est les avortements à répétitions. De ce fait, il existe une relation expulsive entre le fonctionnement mental et le sort de la grossesse.

Les hypothèses opérationnelles

Cerner le fonctionnement mental reste une étape capitale dans le pronostic le d'évolution de la grossesse:

Première hypothèse

La plupart des femmes qui ont un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle sera renforcée. Ce travail mental protégera le fœtus. Dans l'impossibilité de traiter les excitations au niveau mental chose qui incite deux possibilités peuvent se présenter :

- -L'apparition des maladies épisodiques (passagers).
- -Les mouvements des désorganisations progressives s'annoncent d'une manière rare, mais si elles se manifestent, la patiente a des prédispositions qui vont stopper cette évolution surtout si elle trouve les moyens thérapeutiques adaptés. Si la patiente subi une menace d'avortement, elle aura les aptitudes d'interrompre ce mouvement et de ne pas atteindre l'avortement.

Deuxième hypothèse

Les femmes qui réjouissent d'un mauvais fonctionnement mental :

- Certaines échappent à l'expulsion par le biais d'étayage et le soutien important de leur entourage et de l'équipe soignant c'est-à-dire l'environnement favorable.
- Si la femme subit des difficultés dans sa vie et elle ne réussit pas à recourir à la symptomatologie mentale, le risque d'avortement est très élevé et dans certains cas s'il n'atteint pas cette expulsion, on assiste aux grandes complications.

Troisième hypothèse

Les femmes qui réjouissent d'un fonctionnement incertain, la préservation du fœtus chez elles reste liée à la qualité de leur fonctionnement mental c'est-à-dire selon les moments en fluctuation, mais cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée si l'environnement est favorable.

❖ L'opérationnalisation des concepts

• L'opérationnalisation de la maladie abortive

- La maladie abortive, est la succession de trois ou plus d'avortements spontanés.
- Généralement les femmes ayant cette maladie présentent des douleurs abdominales et spasmes au bas ventre, durant le premier trimestre ou bien durant le deuxième trimestre.
- Hémorragie suite à la douleur, qui finit par l'expulsion du fœtus.

Opérationnalisation de la mentalisation à travers le Rorschach

La bonne mentalisation

- Compromis entre principe de plaisir/ déplaisir ainsi entre le désir et la défense.
- Le recours labile à la réalité F % F+%. En gardant la relation avec la vie interne.
- La présence des réponses Kinesthésiques associés à une forme positive qui signifie une vie pulsionnelle (libidinale et /ou agressive).
- L'utilisation du mécanisme de défense, le déplacement qui rend les pulsions sous forme d'images animales.
- La capacité de nouer des relations dans les planches Bilatérales (II, III, VII, VIII) avec l'existence des identifications.
- La capacité d'associer les représentations et les affects.
- La présence des réponses organisées associées à un déterminant Kinesthésique.
- La variation des contenus confirme les variations des investissements.
- La capacité de traiter certains contenus latents de certaines planches (IV, VI)
- L'intégration sensorielle (FC, CF, FE, EF, clob F, F clob) par exemple dans les planches chromatiques (VIII, IX, X).

La mauvaise mentalisation

- Refus de certaines planches donc certaines situations
- L'hyper investissement de la réalité extérieur des planches qui signifie le conformisme opératoire sans l'investissement de la vie interne.

- Manque de réponses Kinesthésiques qui signifie la grande carence de la vie pulsionnelle (libidinale, agressive).
- La répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche (stimulus) qui nous donne une persévération.
- Règne des contenues anatomiques avec la discrétion morcelée du corps.
- On peut trouver un pourcentage élevé des réponses banales qui s'inscrit beaucoup plus dans la recherche du conformisme.
- L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste une réponse sensorielle pure (C) évoqué dans les planches chromatiques, sont des sanctions relatives au stimulus extérieur de la planche.
- Critique de la situation
- le retournement des planches.

La mentalisation incertaine

Si on hésite après l'analyse du protocole à supposer l'hypothèse du fonctionnement mental du patient c'est qu'il n'appartient ni aux névroses à bonne mentalisation ni aux névroses de mauvaise mentalisation donc appartient aux névroses à mentalisation incertaines car ses réponses différentes englobent les réponses mentales, comportementales et caractérielles qui ne se classent pas dans un procédé bien déterminé.

CHAPITRE IV.

Démarche de la recherche et techniques utilisées

Introduction :

Dans ce chapitre nous allons montrer la méthode sur laquelle nous nous sommes basées pour effectuer notre recherche, le terrain, la population d'étude, ainsi que les outils de recherche que nous avons utilisés, l'entretien clinique semi directif et le test de rorschach et leurs analyses.

1. La démarche de la recherche

1.1. La Pré-enquête

La pré-enquête selon Claire Durant; «la pré-enquête est considérée comme, la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié». (Chahraoui. Benoney, 2003, p.126).

En effet, nous avons débuté notre recherche de travail par une pré-enquête qui a été effectuée, à la clinique mère-enfants du Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia (Targa Ouzamour), d'une durée de deux mois (Mars et Avril) durant laquelle nous avons eu la possibilité de rencontrer les femmes ayant des avortements à répétitions (plus de trois fois), et d'effectuer un entretien clinique, afin de cerner leurs vécu psychologique, et de discuter avec elles sur les différents symptômes et problèmes qui conditionnent leurs vies. Elle nous a permis de recueillir des informations sur le thème de recherche et à élaborer nos hypothèses.

Il est utile de rapporter que toutes les enquêtes effectuées auprès des patientes, ainsi que la consultation de leurs dossiers médicaux sont faites après leur consentement afin de participer à une investigation, qui comporte un ou plusieurs entretiens cliniques selon la richesse fantasmatique de chaque cas. Et une autre séance pour la passation du test projectif, le Rorschach pour cerner le fonctionnement mental.

Les informations recueillies lors de la pré-enquête nous ont permis d'émettre certaines modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses et aussi elle nous a facilité la formulation de notre guide d'entretien.

1.2. L'enquête

L'enquête est une étape indispensable, que nous avons adoptée avant d'entamer notre pratique qui a duré trois mois (mars, avril, mai). Tout d'abord nous avons travaillé avec les patientes qui ont donné leurs consentements pour participer à cette investigation. Pour cela nous avons adopté des outils de recherche qui nous ont facilité le travail avec ces patientes. Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été réalisés en langue française et la

langue maternelle des patientes. Vu que certaines patientes ne comprenaient pas bien la langue française.

1.3. Présentation du lieu de recherche

Il s'agit d'une clinique mère-enfant du Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia (Targa Ouzamour) qui a une capacité d'accueil de 60 lits, contenant quatre principaux services :

- Le premier service c'est les urgences obstétriques et gynécologiques, qui s'occupe de la femme enceinte plus de 7ème mois et aussi la femme enceinte moins de 7ème mois et les différentes pathologies gynécologiques.
- Le deuxième service est celui de la néonatalogie: qui prend en charge des bébés ayant des problèmes de santé et les prématurés.
- Le troisième service est celui de la gynécologie: chargé des hospitalisations des femmes avec des grossesses moins de 7 mois et les troubles gynécologiques.
- Le quatrième service est le service de maternité qui contient à son tour quatre unités : GHR, poste accouché, salle d'accouchement et la nurserie.

Ce dernier service (maternité) est le lieu de déroulement de notre recherche qui contient plus de 80 fonctionnaires entre : gynécologues, médecin, sage-femme, psychologue...ex.

1.4. La méthode clinique

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche. Nous avons donc décidé d'adopter la méthode clinique parce qu'elle nous permet de cerner le fonctionnement mental des femmes ayant des avortements à répétition.

La méthode clinique «est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (Sillamy, 2003, p.58).

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

1.5. L'étude de cas

L'étude de cas met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle permet la récolte des données très diverses. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier. (Herve. Chahraoui , 2003, p. 48).

Cette étude de cas est une étude approfondie sur un cas particulier soit il est une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c'est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources de données sont utilisées. (Herve. Chahraoui , 2003, p. 48).

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

2. Présentation de la population d'étude

Toute recherche scientifique s'intéresse nécessairement à une population étant donné que ses résultats seront mis à la disposition de celle-ci en vue de trouver la solution à un problème auquel elle est confrontée.

La population d'étude désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous, une même propriété et qu'ils sont de même nature. Selon Muchielli, la population d'étude est définie comme un groupe humain concerné par les objectifs de l'étude. (Mucchielli, 2005, p.15).

D'hainaut. L, quant à lui, définit la population d'étude comme étant un ensemble d'éléments parmi lesquels on aurait pu choisir l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des

éléments qui possèdent les caractéristiques que l'on veut observer (Herve. Chahraoui, 2003, p. 48).

Notre population d'étude comprend quatre (4) sujets que nous avons sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité dans la mesure où notre thème concerne des patientes ayant des avortements à répétitions plus de trois fois. Cependant, certains critères que nous avons jugés non-pertinents n'ont pas été retenus.

2.1. Les critères de sélection

Cette population était sélectionnée soigneusement parmi les femmes abortives hospitalisées au niveau du service de maternité.

Cette sélection est réalisée selon deux axes

2.2 Les critères pertinents retenus

Ces critères, que nous avons mis en évidence, se clarifient sous des exigences dans la quête du choix, et étant comme des indices évocateurs seuils de la recherche :

- Tous les cas ont eu des avortements à répétitions plus de trois fois ;
- L'avortement à répétitions n'est pas dû à une pathologie organique chez tous les cas.
- Tous les sujets sont des adultes, car à cet âge la personnalité des individus sera structurée et inamovible selon P. Marty

2.3 Les critères non pertinents

Pour éviter qu'une ségrégation ou de contrevenir à nos objectifs, nous n'avons pas tenu compte de certains critères, que nous avons estimé non pertinents pour la sélection, et certaines variables n'étaient pas prises en considération :

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car une maladie peut atteindre n'importe qui.
- Le niveau scolaire n'est pas pris en considération, car une maladie peut atteindre n'importe qui, avec n'importe quel niveau.

Tableau récapitulatif de la population d'étude

cas	Age	Profession	Nombre d'avortement	La durée de vie en couple
Fatima	40 ans	Femme au foyer	05 avortements	08 ans
Radia	40 ans	Greffière	05 avortements	05 ans
Salima	40 ans	Juriste	10 avortements	09 ans
Lilia	36 ans	Couturière	06 avortements	07 ans

Le tableau ci-dessus contient des prénoms pour chaque cas des patientes étudiées, ainsi que l'âge, le niveau d'instruction, leur profession, nombres d'avortements, et la durée de vie en couple.

3 Les techniques utilisées

Notre choix de techniques utilisées et emprunté essentiellement pour le seul but de la réalisation de cette étude et l'obtention des données et informations nécessaires pour la vérification des hypothèses.

Elle se focalise donc sur une technique de recueil des informations personnelles, qui nous permet d'accéder aux états psychologiques, aux aspects, familiaux et sociaux ; qui correspond fondamentalement à l'entretien clinique et un test projectif qui nous permet d'avoir les données qui se relie au fonctionnement mental chez les femmes ayant des avortements à répétitions.

3.1 L'entretien clinique et l'entretien de recherche

La première action que nous avons faite après la prise de contact avec les patientes est d'entretenir avec elles, par le biais de l'entretien clinique. L'entretien clinique est un outil visant nettement l'appréhension et la compréhension essentiellement du fonctionnement des états psychologiques d'un sujet, à travers son vécu et ses relations. Encore, en visant l'obtention d'information sur ses souffrances et «difficultés de vie, les évènements vécus, son

histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes ». (Benony. Chahraoui, 1999, p.11).

Dans le déroulement et l'application des outils d'approches et de recueils des données, on commencera particulièrement par un entretien, à savoir qu'il est le premier contact avec le sujet ainsi la voie facilitant l'accès aux tests.

Donc, il serait l'outil par excellence en psychologie clinique; il permet de recueillir le maximum d'information. Ces dernières ne peuvent ni n'être comprises qu'en référence au sujet auprès de lui-même; les difficultés d'un individu ne prennent sens que si seulement si elles s'identifient au cadre référentiel de l'histoire personnelle, familiale et relationnelle, du sujet lui-même et à sa personnalité et non pas être identifié ou restitué à un autre individu.

En psychologie clinique, l'entretien se définit par rapport aux trois niveaux d'investigations: en premier; d'aide ou de soins psychologiques, correspond à apporter un soutien, changement et apaisement, soit psychologique. Le deuxième, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, il concerne l'élaboration d'un diagnostic, soit en psychologie clinique ou en psychiatrie, des états et des souffrances qu'a le sujet. En dernier, de recherche clinique, il paraît qu'il se focalise sur l'étude de nouvelles problématiques, variables. (Benony. Chahraoui, 1999, p.13).

Donc, l'adoption d'un entretien s'avère l'outil parfait pour accéder aux informations les plus ardues à détecter, ainsi que l'analyse du discours et de son contenu s'annonce vraisemblablement à un instrument d'investigation, qui ressort les points les plus profonds que l'on a besoins. (Bardin, 2003, p.14).

La méthode d'analyse de l'entretien a un caractère qualitatif qui s'illustre par une « démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation des données d'enquête, dont la logique est la découverte et construction du sens ». (Mucchielli. Paille, 2005, p.5).

Dès lors, comme un but, de plus de ce qu'on a en main : un guide d'entretien, qui nous oriente et accompagne notre questionnement vers le bon sens et aux fins voulues et attendues, des informations fondamentales, donc ici, est de faire une analyse approfondie des faits et propos personnels de chaque cas entretenu.

❖ **L'entretien semi directif**

Dans l'entretien clinique, il en existe trois types : l'entretien directif, non directif et en dernier l'entretien semi-directif (Benony. Chahraoui. 1999, p.13) auquel on s'est intéressée dans notre recherche.

L'entretien semi-directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre être un compromis entre l'entretien directif et le non directif, qui se définit comme tel: « une technique directe d'investigation scientifiques utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurellement en profondeur les informations». (Engers, 1997, p.144).

Dans l'entretien clinique, plus précisément semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dit d'entretien, qui se décompose de plusieurs questions et items, réparties sur plusieurs axes, préparé au préalable et à l'avance, mais, qui ne doivent pas être posées qu'au moment opportun, de sorte qu'il soit une séquence associative entre les items, et encore, qu'il soit une certaine continuité du récit du patient. (Benony. Chahraoui, 2003, p.143).

❖ **Guide de l'entretien**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré: il s'agit d'un «ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance ».

Celle-ci sera nécessairement identique pour les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ; le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe.ils'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui. Herve, 1999, p66, p.69).

❖ **La présentation des axes du guide d'entretien :**

Dans notre recherche nous avons établi un guide d'entretien constitué de 4 axes :

➤ **Les renseignements personnels sur le sujet**

C'est pour recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse :

- Prénom :
- Age :
- Niveau scolaire :
- La profession :
- Date et l'âge de mariage :
- Niveau socioéconomique :

Axe 1 : l'état psychologique avant l'avortement

Dans ce premier axe on va essayer de rassembler des informations qui concernent l'état psychologique avant l'avortement :

- Votre mariage était-il désiré ?
- Qu'elle est votre attitude vis-à-vis du mariage ? votre vie sexuelle ? et vis-à-vis de la grossesse ?
- Votre grossesse est-elle désirée par vous ? quel est l'avis de votre mari ?
- Comment avez-vous accueilli l'annonce de la grossesse ?
- Avez-vous connu des moments difficiles pendant la grossesse ? citez les exemples ?
- Avez-vous eu des menaces au cours de la grossesse ?
- A quelle semaine de grossesse avez-vous avorté ?

Axe 2 : l'avortement

Dans cet axe l'intérêt sera porté sur l'avortement :

- Combien de fois avez-vous avorté depuis votre mariage ?
- Quelle sont les facteurs qui ont déclenché les différents avortements selon vous ? et selon votre médecin traitant ?
- Avez-vous des problèmes de la santé avant la grossesse ?
- Après le 2ème avortements spontané, comment avez-vous réagit ?

- Les circonstances vécues lors de votre premier avortement était-elle les mêmes pour les autres avortements ? expliquez ?

Axe 3 : Côté relationnelles du sujet

Cet axe nous permet de cerner le côté relationnelle du patiente, sa gestion des excitations interne et externes, voir les réactions, la fluidité et la richesse des réponses par rapport aux questions posées :

- Qu'elle était la réaction de votre époux après l'avortement ?
- Qu'elle était la réaction de deux familles ?
- Avez-vous été soutenu psychologiquement pendant cette période par votre famille ?
- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique ?
- Y' a-t-il d'autres personnes que vous connaissiez et qui ont déjà le même problème ?
- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
- Cet avortement a-t-il engendré des changements de votre mode de vie (comportement, sommeil, appétit...) ?

Axe 4 : Les informations qui cernent les caractéristiques du fonctionnement mental

Dans cet axe on va essayer d'aborder des éléments contenant les souvenirs, la vie onirique, les projets d'avenir afin de cerner le fonctionnement mental.

- Parlez-nous des souvenirs qui vous ont marqués ?
- Avez- vous vécu des traumatismes psychiques et /ou physiques (la perte d'un être cher, accident domestique)?
- Quelles sont vos passions (les loisirs) et vos activités ?
- Quelles sont les caractéristiques de votre vie onirique?
- Quelle est la nature de vos rêves ?
- Racontez-moi un rêve qui se répète ? Racontez-moi un rêve qui vous a marqué le plus ?

Axe 5 : la vision de future

Regard vers l'avenir, l'objectif de ce dernier axe est de savoir la manière de projection de l'avenir.

- Quel est votre présentation sur les femmes qui ont des enfants ?

- Comment voyez-vous votre avenir ? parlez-nous de vos projets ?
- Voulez-vous nous rajoutez quelques choses d'autre ?

Remarque : Si le patient à anticiper spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous- psychologue-nous éviterons de les poser ultérieurement.

3.2 Le test du Rorschach

- **Aperçu historique**

En 1920 apparaît sous la plume d'Hermann Rorschach, ce test qui est projectif et qui porte le nom de son créateur Rorschach, ce test se compose de dix planches, chacune d'entre elles représentant une tache d'encre soit monochrome (noir), bicolore (noir et rouge) ou multicolore (couleurs pastel) les dix planches sont non figuratives ou une tache d'encre apparaît sur un fond qui renvoie à un contenu manifeste et au contenu latent. Elles sont présentées au sujet examiné dans un même sens bien précis.

Donc le Rorschach publié pour la première fois en 1921 par le psychiatre suisse Herman Rorschach, le test rorschach basé, sur l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensive (plus active et affectives, et sensibles aux couleurs) et les personnalités introverties (plus réservé et sensible au mouvement). (Luc, 1998, p.87).

Le test de Rorschach est un test projectif de psycho-diagnostic le plus ancien. C'est une épreuve identitaire et identificatoire. (Chabert, 1998, p.66).

De même a montré la réciprocité entre les perceptions et les représentations des premières différenciations des limites (Moi-objet) sollicitant la projection de la construction de l'image du corps et la représentation de Soi. Ce test est composé de dix planches représentant chacune une tache d'encre symétrique. Cinq de ces planches sont noires (I- IV- V- VI- VII), deux sont noires et rouges (II- III) et trois sont des planches pastel (VIII- IX- X).

- **La situation de Rorschach**

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test, ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perceptive du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation, il y a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante, il ne suggère pas il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses). (Chabert, 1998, P.111).

- **Passation du test de Rorschach**
- **La consigne du test de rorschach**

Une consigne impersonnelle et au conditionnel du genre «ce qu'on vous demande de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces taches », offre toute chance de stimuler le sujet sans l'orienter, il est de dire ce qu'il veut (Anzieu. Chabert, 1961, P.5).

- **Le premier temps**

Le temps de la présentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujet. Les planches ont un haut et un bas sont présentées en position droite. Il n'est pas nécessaire d'inviter le sujet à les renverser de haut en bas ; on attend qu'il le fasse spontanément ou on lui permet s'il le demande.

L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet. (Anzieu. Chabert, 1998, P.57).

Le tableau de ces temps permettra ensuite de savoir à quelle planche le sujet s'est totalement écarté de sa moyenne habituelle et par conséquent, quels points vulnérables ont été touchés en lui.

L'examineur note également tous les changements dans les positions des planches (planche droite: \wedge ; planche renversée : \vee ; planche mise sur le côté : $<$ ou $>$) le retournement des planches signifient soit un esprit méthodique, qui explore systématiquement toutes les possibilités de la planche; soit une attitude d'opposition, qui consiste à prendre le contre-pied de ce qui est proposé.

Quand un sujet n'a pas interprété une découpe importante ou n'a pas vu une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire de déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un blocage passager et surmontable, soit une incapacité psychique fondamentale.

- **Le deuxième temps**

Une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a vue c'est l'enquête ; elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation ; déterminant ; contenu ; quatrième colonne servant seulement à noter les banalités et les tendances).

- **Le troisième temps**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle sont ses planches préférées, puis ses planches moins aimées. (Anzieu. Chabert, 1998, P.57).

4 Analyse des techniques utilisées

4.1 Les données de l'entretien

I. L'avortement

- a. La vie de couple et la grossesse
- b. Le vécu psychique des avortements
- c. L'avortement et la relation conjugale et familiale

II. Le fonctionnement mental à partir de l'entretien

- a. La qualité de la relation lors de l'entretien
- b. Les événements essentiels chez la patiente
- c. La qualité de la vie fantasmatique
- d. La nature de la vie onirique.
- e. Les projets d'avenir

4.2 L'analyse de Rorschach

➤ L'analyse du protocole RORSCHACH

Dans notre recherche on va adopter la méthode de (Chabert.C) pour l'analyse des protocoles qui se base sur la méthode de (N.R. de Traubenberg) dans ces travaux, donc la méthode est la suivante sur le plan quantitatif :

➤ La cotation

La cotation est réalisée pour chaque réponse produite, elle est assistée obligatoirement, du livret de cotation des formes de Cécile Beizman, la cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal ou non de la réponse.

➤ **Le Psychogramme**

Est une synthèse quantitative des différentes observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage ou quantités un certain nombre d'indice relatif au type d'appréhension, localisation, dominantes (D%, G%) au déterminants (F%, F+%) et au contenu (H%, A%...) (Traubenberg. 1970, p.70).

Sur le plan qualitatif, la procédure est comme suit :

1. Approche cognitive : comprend

1.1. Les modes d'appréhension

1.2. Les déterminants

2. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

2.1. Les réponses Kinesthésiques

2.2. Les réactions sensorielles (C. Chabert, 1983, p 281-294)

Concernant la cotation des réponses dans les protocoles RORSCHACH on a utilisé le livret de cotation de Cécile Beizmann, les banalités on s'est appuyée sur la liste algérienne de A.SiMoussi et collaborateur, à propos de l'analyse des protocoles on va se basé sur la méthode de Catherine Chabert. (SiMoussi. coll, 2004, P.356).

5. L'hypothèse du fonctionnement

En réalité on ne peut pas séparer l'étude des processus cognitifs de la dynamique conflictuelle du patient, car l'étude doit porter sur le contexte général du protocole et la relation de chaque réponse à celles qui la précède compte tenue des planches refusées ainsi que la symbolique de chaque planche. «Pour que l'analyse du matériel du test prend son sens opérationnel, lors de l'application des conceptions du contenu manifeste et celui des sollicitations latentes des planches qui est d'une dimension plus profonde des sollicitations perceptives, où elles évoquent la fantasmagorie et l'affectivité des différents contenus conflictuels, pour que le tout soit intégrer dans le dynamisme libidinal du développement » ..(Anzieu. Chabert , 1998, p.117)

6. La mentalisation à travers le RORSCHACH

6.1. Les névroses bien mentalisées

- Compromis entre principe de plaisir/ déplaisir ainsi entre le désir et la défense.
- Le recours labile à la réalité F %, F+%, En gardant la relation avec la vie interne.
 - La présence des réponses Kinesthésiques associées à une forme positive qui signifie une vie pulsionnelle (libidinale et /ou agressive).
 - L'utilisation de mécanisme de défense du déplacement qui rend les pulsions sous forme d'image animales.
 - La capacité de nouer des relations dans les planches Bilatérales (II, III, VII, VIII) avec l'existence des identifications.
 - La capacité d'associer les représentations et les affects.
 - La présence des réponses organisées associés à un déterminant Kinesthésique.
 - La variation des contenus confirme les variations des investissements.
 - La capacité de traiter certains contenus latents de certaines planches (IV, VI).
 - L'intégration sensorielle (FC, CF, FE, EF, Clob F, F Clob) par exemple dans les planches chromatiques (VIII, IX, X).

6.2. Les névroses mal mentalisés (névroses de comportement)

- Refus de certaines planches donc certaines situations.
- L'hyper investissement de la réalité extérieure des planches qui signifie le conformisme opératoire sans l'investissent de la vie interne.
- Manque de réponses Kinesthésiques qui signifie la grande carence de la vie pulsionnelle (libidinale, agressive).
- La répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche (stimulus) qui nous donne une persévération.
- Règne des contenus anatomiques avec la description morcelée du corps.
- On peut trouver un pourcentage élevé des réponses banales qui s'inscrit beaucoup plus dans la recherche du conformisme.
- L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste une réponse sensorielle pure (C, C`) évoquée dans les planches chromatiques, sont des sensations relative au stimulus extérieur de la planche.
- Critique de la situation.

- Le retournement des planches.

6.3. Les névroses à mentalisation incertaines

Si on hésite après l'analyse du protocole de supposer l'hypothèse du fonctionnement mental du patient, car il n'appartient ni aux névroses à bonne mentalisation ni aux névroses de mauvaise mentalisation, donc il appartient aux névroses à mentalisation incertaine car ses réponses différentes englobent les réponses mentales, comportementales et caractérielles qui ne se classent pas dans un procédé bien déterminé.

7. La présentation des cas

Après l'utilisation de la technique de recherche déjà citée, on peut résumer la méthode d'analyse et le traitement des données recueillies selon la succession des étapes suivantes :

- Nous allons présenter les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.
- Nous allons analyser les protocoles du (ROR), des femmes ayant la maladie abortive cas par cas, et de donner l'hypothèse du fonctionnement mental de chacun des patients.

Concernant la manière de présenter notre travail, nous allons exposer quatre cas illustratifs touchant les données de l'entretien clinique et l'analyse d'un protocole du Rorschach.

Puis nous effectuerons une conclusion englobant la relation entre la mentalisation et la tenue du corps notamment en matière d'avortement.

Enfin, nous allons effectuer un dernier chapitre où on présente la discussion des hypothèses de notre recherche à partir de nos résultats au cours de cette investigation.

Conclusion

Le chapitre méthodologique, joue un rôle principal dans notre recherche, c'est la base sur laquelle se construit l'étude empirique. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigations ainsi que l'analyse des données recueillies, elle assure l'organisation et la planification de cette recherche portée sur « le fonctionnement mental chez les femmes ayons les avortements à répétition », afin de vérifier les hypothèses élaborées au début de notre recherche.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre V.
PRESENTATION,
ANALYSE ET
DISCUSSION DES
RESULTATS

I. Présentation et analyse des cas

❖ Cas de Fatima 40 ans

Fatima mariée, âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant après cinq avortements, femme au foyer avec un niveau d'instruction primaire et un niveau économique moyen, son mari est ouvrier journalier.

❖ Les données de l'entretien

I. L'avortement

1. La vie de couple et la grossesse

Fatima s'est mariée à l'âge de 32 ans ce n'était pas un mariage désiré mais plutôt en répondant au choix de sa famille (Mariage traditionnel), construire un foyer et avoir des enfants et les voir grandir est une suite logique dans la vie, comme tous ce dont elle rêvait. Concernant sa vie sexuelle elle n'a rien évoqué de particulier, elle a une bonne relation avec son conjoint. Après deux ans de mariage Fatima tombe enceinte pour la première fois suite à plusieurs tentatives d'avoir une grossesse sans suivi médical, c'était une grande joie pour elle ainsi son conjoint en disant: «cette nouvelle m'a vraiment rendue heureuse ainsi que mon mari», mais sa joie n'a pas duré très longtemps puisqu'elle a avorté au bout de huit semaines de sa grossesse, un avortement causé d'après elle par des travaux forcés qu'elle faisait chez elle à savoir l'élevage des vaches, les activités ménagères...etc. En déclarant : « des que j'ouvre mes yeux je ne m'arrête pas de bosser »².

2. Le vécu psychique des avortements

Fatima a connue cinq avortements après 2 ans de son mariage, dont le premier à l'âge de 34 ans (à 08 semaines) après avoir consulté son médecin traitant et effectué un bilan général, les résultats se sont avérés négatifs et n'expliquent pas les causes de l'avortement et le médecin lui conseille de ne retenter une grossesse avant de s'accorder une longue période de repos. Après six mois, Fatima subit une seconde grossesse mais elle le dit « je reviens aux mêmes circonstances »

¹ - Frhagh emi zerigh setadist argaziw daghen

² - Gma adldint walniw ohbsseghara secheghal wakham

¹ et au bout de la douzième semaine elle avorte pour la deuxième fois (12 semaines) et tout les bilans qui ont été demandés n'ont révélé aucune anomalie particulière. Fatima a décidé de retourner chez ses parents pour se reposer (environ 03 mois). Après son retour à son domicile Fatima a décidé de se désengager par rapport à sa belle famille pour qu'elle puisse se dégager de la charge et de la responsabilité familiale, mais son mari n'a pas approuvé cette décision. Fatima de son côté s'est résignée à ne plus revivre la même expérience dans de pareilles conditions. Deux ans plus tard, dans les mêmes conditions que celles d'auparavant, une troisième grossesse non désirée finit par un autre avortement, cet événement a déclenché une réaction négative chez son mari et son entourage familial. De nouveau Fatima prend la décision de repartir chez ses parents et de ne plus retourner à son domicile conjugal si les conditions familiales perdurent.

Fatima déclare qu'elle ne présente aucun problème de santé, soit avant la grossesse ou au cours de la grossesse et tout les bilans réalisés le prouvent, alors la seule explication d'après elle c'est les travaux forcés qu'elle faisait à la maison.

Après 09 mois de séparation avec sa belle famille, son mari a accepté ses conditions et décide de vivre indépendamment avec elle. Après un bout de temps, elle retombe enceinte pour la quatrième fois et par manque de moyens d'après elle, sa grossesse n'a pas été suivie complètement, elle avorte à nouveau, la chose qui a provoqué chez elle une grande déception et du désespoir en disant : « j'en veux plus de cette grossesse, je perds ma santé pour rien, et en plus je suis avancée dans l'âge »². Après cette douloureuse épreuve, Fatima est restée 02 ans avant qu'elle retombe enceinte pour la cinquième fois à l'âge de 39 ans, elle décide de ne pas retourner chez son mari jusqu'à son accouchement, elle a bien fait attention à ne pas fournir beaucoup d'efforts et cette fois-ci Fatima a réussi à mener à terme sa grossesse qui se conclut par la naissance d'un enfant en bonne santé. Elle retourne chez son mari et partage sa joie familiale.

3.L'avortement et la relation conjugale et familiale

Fatima souligne que tous les membres de sa famille étaient de son côté pour la soutenir, surtout sa grand-mère qui était une source de force pour elle, ainsi sa voisine, cette dernière lui rend visite à chaque fois pour la réconforter et l'encourager. Concernant son mari, qui est jugé comme un homme rigide et distant et aussi son absence quasi-totale au sein de la famille ce qui a

¹ - Teqalegh koles gher sebah-ni

² - Otebghigh ara tadist ayi, esserohagh esahaw ernouyas edigh gla3mer

laissé Fatima ressentir la négligence qui est de son tour sa source de son angoisse et de dépression permanente, en disant : « mon mari est indifférent complètement, je pense que mon existence ou mon absence est pareil pour lui »¹. Par apport à sa relation avec son entourage, Fatima a vécu des conflits de loyautés avec sa belle famille, d'une manière permanente, la chose qui a beaucoup influencé sa vie conjugale. Mais une fois qu'elle a accouché, Fatima reprend sa vie normale et pour elle la naissance de son enfant peut compléter son vide relationnel et émotionnel en déclarant : « je vais m'occuper de mon petit qui est tout pour moi ».²

II. Le fonctionnement mental à partir de l'entretien

1. La qualité de la relation lors de l'entretien

Fatima a accepté de participer à l'entretien, mais avec une certaine hésitation, elle nous paraît inhibée, moins motivée, s'appuie sur les questions qui lui sont posées avec des réponses restreinte, son fonctionnement est marquée par une certaine rigidité, elle a manifesté une certaine réticence par apport au test.

2. Les événements essentiels chez le patient.

Concernant les événements essentiels, Fatima n'a pas évoqué de ses souvenirs, et a également montré une certaine réticence à les narrer à l'exception des mauvais souvenirs qu'on a déjà cités les avortements.

3. La qualité de la vie fantasmatique

Sur le plan fantasmatique, Fatima paraît très inhibée, son discours été très carencé, et aucun investissement dans sa vie actuelle. Le seul désir que Fatima veut réaliser c'est d'avoir un deuxième enfant.

4. La nature de la vie onirique :

Durant l'entretien, nous avons trouvé que la vie onirique de Fatima se caractérise par des perturbations du sommeil et par l'absence des rêves. Elle déclare : « je me souviens pas du tout d'avoir fait un rêve, ou bien peut être je l'ai fais mais je m'en souviens pas »³. Elle rajoute : « j'ai un sommeil perturbé tellement que je suis épuisée toute la journée »⁴. Nous

¹ - Argaziw emkhalef oy3lim mayela ligh nagh olachiyi

² - Although demi daya

³ - ochefigh-ara targough, balek orgagh mi ochefough-ara

⁴ - se3igh etas erwi parceque 3ayough guzel secheghal

pouvons dire que la vie onirique de Fatima est pauvre. Selon Martyr .P : « On peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt, soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence de rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration oniriques ». (Martyr .P, 1984, P. 11 ,47).

5. Les projets d'avenir

Fatima n'a pas beaucoup de projet à l'avenir sauf qu'elle désire avoir un deuxième enfant.

Conclusion de contenu de l'entretien :

Fatima est une femme âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant après 05 avortements successifs, qui ont provoqué chez elle un état anxio-dépressif transitoire.

Concernant les caractéristiques de son fonctionnement mental on a pas pu le cerner par l'entretien, pour ce qui est des souvenirs, Fatima n'a pas eu la capacité de les évoquer, et ses projets d'avenir sont limité à son état actuel qui est les menaces d'avortements, elle souhaite avoir un autre enfant.

❖ L'analyse du protocole du Rorschach cas Fatima 40 ans

Protocole du Rorschach

Texte	Enquête	Cotation
I 10'' V - Λ-V 1. خريطة الجزائر 2. و لا عبد أيطير 3. و لا حيوان ''47	G Toute la planche (selon la forme)	G F± Géó G K+ H G F± A
II 20'' V 4- لم افهم on dirait خنزير. c'est ai rien compris'j tout هاو ليك نيفو لاصق من تحت رجليه ''50	G Toute la planche (A cause de la forme)	G F- A
III 10'' Λ - V 5- عبد-عبد و لكن زوج نتاع أعباد 35''	G Toute la planche (A cause de la forme)	G K+ H Ban Sym
IV 8'' V 6- خيال je ne sais pas خيال حيوان ''26	G Toute la planche (A cause de la forme)	G FE + A/Silh
V 9'' V 7- خيال نتاع فراشة 8- فراشة ''22	G Toute la planche (A cause de la forme)	G FE+ A/Silh G F+ A Ban
VI 12'' V 9- حوت في البحر ، حوت في البحر ''38	G Toute la planche (A cause de la forme)	G F- A
VII 15'' V 10- حيوان البحر c'est tout ''27	G Toute la planche (A cause de la forme)	G F+ A
VIII 10'' V 4. نتاع الجنب حيوان 5. الوسط خريطة معلابايش تاعش، 6. الفوق يشبه صواريخ ''44	D1 La partie rose latérale Rose et orange en bas D4 Gris en haut	D F+ A D F± Géó D F+ Obj
IX 20'' V 7. صور نتاع الأحوال الجوية : غيوم	G Toute la planche	G F± Frag

	''36 (A cause de la couleur et forme)	
X 10'' V لم افهم جيدا ، الإخطبوط ''26	G Toute la planche	G F+ A

Temps total : 12 minutes

Choix (+) : V, VIII

V : papillon, ça me plaît.

VIII: car y'a un peu de tout voila

Choix (-) : II, IX

II : Parce que je n'arrive pas à savoir c'est quoi.

IX : Je ne sais pas c'est quoi exacte, j'ai rien compris dans ces photos.

Psychogramme

R .15 TT 12'	G 12 D 3	ΣF 11 F+ 5 F- 2 F±4	A 7 Ad1 H 2	F% 73%↑ F+% 63%↓ F% élargi 100%↑ F+% élargi 73%↓
MD: G/D	G% 80 %↑ D% 20%↓		A/Slh 2	
TRI 2K>0C		K2 FE 2	Geo2 Objt1 Frag1	A% 47% H% 13%↓ Ban% 13%↓
Fc. 0k<1,E RC% 33%				
Choix(+) V VIII Choix(-) II IX			Ban 2 Sym 1	

Impression générale

La productivité des réponses est R 15, elle est inférieure à la norme qui est [20 à 30], il s'agit d'un protocole inhibé, dans un temps court 6' 25''. On souligne à partir de l'ensemble du protocole l'impression globale suivante ;

- L'appréhension de la réalité est variée par plusieurs règnes tel que : Animal, Humain, géographique, objet et fragment. Aussi Fatima a jumelé deux règnes Animal et silhouette dans les planches IV et V.
- Critique de soi dans les planches II, X « j'ai rien compris », « je ne sais pas ».
- La présence de la symétrie dans la planche III.

On va analyser le protocole du rorschach, en s'appuyant sur les réponses données dans le protocole et le psychogramme, il s'agit de l'axe paradigmatique qu'on va aborder ci dessous.

1. Approche cognitive

1.1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole de Fatima, on constate que le mode privilégié d'appréhension de la réalité extérieure dans sa globalité à G 80 %↑ d'une façon supérieur de la norme est [20-30-], par contre le mode d'appréhension de la réalité partielle D 20%↓ est inférieur à la norme [60-70].

Elle a appréhendé les planches en G simples dans les planches V, VII, X adapté à la réalité, puisqu'elles sont associées à une forme positive. Par contre dans les deux autres planches II, VI, il y'a un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elles sont associées à une forme négative (F-).

On trouve aussi dans le protocole des réponses G impressionnistes associés à une forme vague F± dans les planches I, VIII et IX qui signifie l'utilisation importante du mécanisme d'hésitation chez Fatima.

En outre on trouve des G accompagnées des déterminants en contrôlant l'anxiété adaptée à la réalité FE+

Les D associés à de bonne forme positive dans les planches VIII. Et dans la même planche on trouve un D associé à une forme vague F± qui signifie l'hésitation.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on constate que le pourcentage des F% 73 %↑ est supérieur à la moyenne [60-65], la patiente appréhende la réalité extérieure d'une façon privilégiée dans sa forme. Par contre la patiente présente un pourcentage bas dans F+% 63↓ qui est inférieur à la norme est [70-80], qui signifie que cette appréhension n'est pas adaptée à la réalité. A cet effet, on a été dans l'obligation d'aider Fatima par le F+% élargi qui est resté toujours moins de la norme F+% élargi 73%↓, donc Fatima a des difficultés d'adaptation.

Concernant le contenu Animal est A47% qui est dans la norme [35-60], par contre le contenu Humain H% 13% ↓ qui est inférieur de la norme est [15-20].

Concernant les banalités 2 par rapport à l'ensemble des réponses données par Fatima 13%↓ ce chiffre très inférieur reflète une insuffisance dans l'approche de la réalité commune habituelle.

Conclusion partielle

Fatima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que humain, botanique, géographique.

2. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime T R I 2K>0C c'est introversif mixte, la formule complémentaire fc.K0<1E donc les deux formes sont incompatibles, dont TRI ne va pas dans le même sens avec Fc.

2.1. Les réponses Kinesthésiques

La patiente n'a pas beaucoup donné des réponses Kinesthésiques qui sont comme suit :

Deux réponses kinesthésiques majeures humaines, une dans la planche I «un homme qui vole » qui est dans une position active, et l'autre dans la planche III « être humain, non c'est un être humain mais deux êtres humains » qui est aussi dans une position sthénique.

2.2. Les réactions sensorielles

Dans la planche IV paternelle, la patiente a donné une réponse globale accompagnée d'estompage, l'anxiété suscitée par cette planche est contrôlée efficacement FE+. Pareille dans la planche V d'adaptation.

Dans le protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F- signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suite :

Pour la planche II à symbolisme de la castration, associée un à contenu animal « je n'ai pas compris, on dirait couchant, c'est tout, voilà son nez attaché et au dessous ses pattes ».

La planche VI à symbolisme phallique, associée à un contenu animal « poisson dans la mer, poisson dans la mer ».

L'axe syntagmatique, c'est-à-dire la phrase dont on inspire de la grille du TAT de Vica Shentoub, les mécanismes de défenses utilisés par Fatima se présente comme suite dans le protocole :

- Précautions verbales : à la planche II « on dirait couchons », la planche VIII « en haut il ressemble aux fusés ».
- Précision des chiffres : à la planche III « deux être humains ».
- Hésitation : à la planche I « une carte géographique, ou bien un être humain qui vole, ou bien animal ».
- Insistance sur le repérage des limites et des contours : à la planche VIII « celle de côté, le haut ressemble ».
- Critique de soi : à la planche IV « je ne sais pas », planche VIII « je ne sais pas c'est quoi », planche X « je n'ai pas compris » et à la planche II « j'ai rien compris ».
- Détails narcissique : à la planche II « voici son nez attaché d'en bas et en dessous ses pattes ».
- Le recours aux comportements : par la manipulation des planches I et III.
- Persévérance du thème : à la planche I « animal », planches IV et VIII « être humain », planches I et III « une carte géographique ».

Conclusion partielle

Fatima a donné quelques réponses Kinesthésiques appropriées à la réalité, pareillement Dans les planches IV paternelle et la planche V d'adaptation elle a donné des réponses globales accompagnées d'estompage (FE+) dont l'anxiété suscitée par ces planches est contrôlée efficacement.

3. Hypothèse du fonctionnement mental

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches I et la planche VIII. Aussi, Fatima n'est pas caractérisée par une carence fantasmatique ni par la richesse fantasmatique.

4. Résumé du test du Rorschach

Fatima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que humain, botanique, géographique.

Fatima a donné quelques réponses Kinesthésiques appropriées à la réalité, pareillement Dans les planches IV paternelle et la planche V d'adaptation elle a donné des réponses globales accompagnées d'estompage (FE+) dont l'anxiété suscitée par ces planches est contrôlée efficacement.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches I et la planche VIII. Aussi, Fatima n'est pas caractérisée par une carence fantasmatique ni par une richesse fantasmatique.

Conclusion du cas Fatima

Fatima est une femme âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant après 05 avortements successifs, qui ont provoqué chez elle un état anxio-dépressif transitoire.

Concernant les caractéristiques de son fonctionnement mental nous avons pas pu le cerner par l'entretien, pour ce qui est des souvenirs, Fatima n'a pas eu la capacité de les évoquer, et ses projets d'avenir sont limité à son état actuel qui est les menaces d'avortements, elle souhaite avoir un autre enfant.

A partir du test du Rorschach, Fatima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que humain, botanique, géographique.

Fatima a donné quelques réponses Kinesthésiques appropriées à la réalité, pareillement Dans les planches IV paternelle et la planche V d'adaptation elle a donné des réponses globales accompagnées d'estompage (FE+) dont l'anxiété suscitée par ces planches est contrôlée efficacement.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches I et la planche VIII. Aussi, Fatima n'est pas caractérisée par une carence fantasmatique ni par une richesse fantasmatique.

❖ Cas de Salima 40ans

Salima est une femme mariée âgée de 40 ans, elle est petite de taille aux yeux verts, voilée, mère d'un seul enfant après 10 avortement, universitaire, occupe un travail de juriste. Salima a un niveau économique moyen, son mari est fonctionnaire dans un établissement économique.

❖ Les données de l'entretien

I. L'avortement

1. La vie de couple et la grossesse

Salima s'est mariée à l'âge de 31 ans, il s'agit d'un mariage consanguin du moins éloigné. en parlant de son engagement pour une vie de couple on a constaté que salima à été influencée par le fait que ses copines se sont mariées et les dires de son entourage qui valorise le mariage à un âge très jeune, donc la patiente se retrouve toute seule avec l'idée de s'engager à se marier, en disant : « le mariage pour moi c'est la dernière chose au quelle je pense, il ne m'intéresse pas du tout et comme c'est une obligation, je me suis mariée »¹. Concernant le coté sexuel du couple nous avons constaté que Salima présente un problème de vaginisme, elle éprouve des douleurs lors des rapports sexuels avec son conjoint qui d'après elle revient à l'absence relativement longue de son mari , en disant : « j'avais toujours mal parce que peut être nous n'avons pas été tout le temps ensemble, c'est pour ça que je ressens pas du plaisir »² Salima continu à parler de sa relation conjugale et on remarque qu'elle présente certaines mimiques qui démontrent son malaise en abordant ce sujet. La patiente nous fait savoir que sa première grossesse n'était pas désirée et que cette dernière est survenue sans se rendre compte, la chose qui peut expliquer qu'elle n'était pas prête à concevoir un enfant et qu'elle trouve que le fait que son époux n'est pas à ses cotés et que ce n'est pas une bonne idée d'avoir un enfant. Salima décide de laisser cette nouvelle à soi même, mais pas pour longtemps en disant : « ça m'a vraiment étonné de savoir que je suis enceinte je m'y attendais pas.. »³

¹ - Zewaj ghorl delhaja dangarouth itekhamimegh ochelihghera ghous mais obligé

² - Tewakrahagh koles balek emi ontila-ra kifkif tayi dese3ighara lplaisir

³ - Wahmagh emi zerigh setadisth eligh ,ot3ossegh-ara

dit-elle : « j'ai avorté avant même d'annoncer la nouvelle à mon mari »¹. Salima a avorté la première fois, à six semaines de grossesse.

2. Le vécu psychique des avortements

Salima a vécu dix avortements, une expérience difficile à surmonter comme elle le dit :

« Il faut du courage pour annoncer ce chiffre n'est ce pas ? »² D'après la patiente elle a consulté plusieurs gynécologues et à plusieurs reprises sans déterminer les causes de ses avortements, ce qui a rendu la patiente plus sensible au sujet d'une part et d'autre part, Salima à été incitée à tenter d'avoir un enfant derrière chaque échec. Puisque les résultats des analyses recommandées et les bilans établis restent sans signes alarmants, cette phase a laissé des interrogations sans réponse pour la patiente; d'ailleurs elle se demande en disant : « pourquoi ces avortements ? Pourquoi c'est moi ? »³ La patiente ne cesse pas de chercher des réponses à ses questions, rien ne va, pourtant elle ne souffre de rien comme problème de santé pour entraver de concevoir un enfant, après le quatrième avortement Salima fait un état dépressif qui s'est manifesté par une perte d'appétit, et des insomnies, et un comportement agressif dit-elle: « après mon quatrième avortement j'étais déçue au point de déprimer, je me sentais déprimée, je m'isolais, je ne mangeais plus, je ne dormais plus »⁴. , en parallèle de la dépression de Salima, ses deux sœurs ont accouché, dit-elle : « à chaque fois que j'avorte l'une de mes sœurs accouche »⁵. Salima se demandait : « est-ce t-elle une coïncidence ? Et pourquoi ? »⁶, Pour elle ce n'est plus un problème de santé physique et ce n'est plus une simple coïncidence elle commence à croire que le chemin de la religion est le remède à cette anomalie, elle a été voir un imam pour une roukia, elle se dit que peut être les versets du courant peuvent éliminer le mauvaisœil. Mais cela est loin d'être la limite de ce qu'elle cherche et c'est pour cela qu'elle a été voir un prévoyant.

¹ - Tekhesseriyyid tadist meme argaziw ogzer-ara

² - Ilak l'courage bach atezed le chiffre ayi, nagh khati

³ - Ewacho ekhessouren ayi ? ewacho neki ?

⁴ - Meba3ed akhessour wis rab3a depremigh, ortatsagh or guanagh tewkhiragh felghachi

⁵ - Melmi aydegheli tadisth yiweth guer estema atrow

⁶ - Ozerigh-ara ma akayi kan ?ewach?

Salima retombe enceinte mais cette fois-ci pour la bonne raison qu'on ignore, la grossesse a pris un chemin de développement naturel, Salima a été hospitalisée pour deux mois jusqu'à au moment où elle à accouché.

3. L'avortement et la relation conjugale et familiale

En ce qui concerne l'investissement relationnel, il s'agit d'une personne sociable facile à aborder communicante et bien intégrée dans son entourage.

Après ses expériences d'avortement, Salima est fortement soutenue par ses deux familles, parents et beaux parents surtout son mari, cela l'a aidé à remonter le moral après toutes ses déceptions, elle rapporte : « j'ai été soutenue par mes parents, mon entourage et surtout mon mari »¹ elle rajoute : « ainsi mes copines et mêmes mes collègues de travail d'ailleurs dès que je tombe enceinte ils ne me laissent rien faire »². La sensibilité de Salima est devenu une sorte d'angoisse, elle est devenue irritable, elle cherche la petite bête pour le moindre détail et à toute futilité, elle a renforcé des traits de caractères obsessionnels, seulement ceux qui l'entoure essaient de l'aider par tous les moyens.

II. Le fonctionnement mental à partir de l'entretien

1. La qualité de la relation lors de l'entretien

Salima s'est engagée pleinement à l'entretien, elle a manifesté un grand intérêt aux questions, elle s'associe sans blocage ou inhibition, nous paraît détendue et à l'aise, avec un fonctionnement plutôt souple et équilibré.

2. Les événements essentiels chez la patiente

Concernant les souvenirs, Salima à vécu des événements tristes difficiles qui ont marqué sa vie, ce sont des mauvais souvenirs liés à ses avortements. et la souffrance d'expulsion ainsi les difficultés d'accepté cette réalité. Salima na pas soulever un moment heureux dans sa vie appart la naissance de sans enfant a l'âge de 40ans après 10 avortements.

¹ - Ofigh eyidissiw emawlani ,argaziw daghen

² - Ofigh timdokaliw ,wid ekhedmagh déjà madrafdagh oytajan adekhamagh kerra

3. La qualité de la vie fantasmatique

Salima présente une richesse fantasmatique, elle a pu évoquer son passé avec des représentations riches en se focalisant sur la grossesse et un regard sur l'avenir qui se manifeste par son désir d'immigration à l'étranger.

4. La nature de la vie onirique

La vie onirique de Salima est pauvre, elle ne se souvient pas de ses rêves à part un seul qui se répète à chaque fois et puis c'est son mari qui le lui raconte, à chaque fois elle se lève avec des cris élevés comme si elle se dispute avec une personne et elle parle à haute voix.

Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (P. Marty, 1984, P.1150).

5. Les projets d'avenir

Concernant les projets d'avenir, la patiente a un espoir d'avoir un autre enfant dans les plutôt possibles, frère ou sœur à son petit malgré son âge 40 ans comme elle le dit : « j'aimerais bien avoir un autre enfant facilement cette fois-ci malgré que je suis âgée, je veux que mon fils soit accompagné d'un frère ou d'une sœur ». Et un regard sur l'avenir qui se manifeste par son désir de l'immigration à l'étranger.

Conclusion de l'entretien

Salima âgée de 40 ans, présente 10 avortements, et un vaginisme non traité, elle est atteinte par la maladie abortive qui lui a causé une dépression non suivie.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, Salima semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Salima garde les mauvais souvenirs sur sa maladie abortive et les avortements. Ses meilleurs souvenirs c'est d'aboutissement à une grossesse à terme et la naissance de son enfant. On trouve que la vie onirique de Salima est pauvre, elle ne se souvient pas de ses rêves à part un seul qui se répète à chaque fois. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense. (Marty, 1984, P.1150)

Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'est pas claire, en attendant pour cette question les résultats du rorschach.

❖ L'analyse du protocole du Rorschach cas Salima 40 ans

Protocole du Rorschach

Texte	Enquête	Cotation
I 10 '' V		
1. Insecte, par rapport aux petits pince-la de celui du milieu	D4 Partie médiane entière (à cause de la forme)	D F+ A Ban
2. Je pense aussi qu'il ressemble un petit peu à la chauve souris voila ses ailles et la nuque	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ A Ban
30 ''		
II 30'' V.Λ		
3. On dirait c'est un papillon	D3 rouge bas (la forme)	D F+ A Ban
4. Celle-ci c'est est une pince	D4 Pointe médiane supérieure (la forme)	D F+ Obj
5. Les cotés c'est des poumons	D6 Les deux parties latérales noires (la forme)	D F- Anat
'm' 211		
III 4'' ^		
6. Deux statuettes africaine face à face.	G Toute la planche	G K+ Objt Ban
7. Au milieu un petit papillon, deux hommes on les appels statuettes en Afrique	D3 Rouge médian (à cause de la forme)	sym D F+ A Ban
58''		
IV 8'' ^		

<p>8. Comment il s'appel déjà ? il vit dans l'eau, ohh j'ai oublié son nom, comme les Mickey maos, voila la tête et la queue au milieu</p> <p style="text-align: right;">''44</p>	<p>G Toute la planche (à cause de la forme)</p>	<p>G F+ A</p>
<p>V 5'' ^v</p> <p>9. Chauve souris ça se voie directe, voila la tête, les pieds et les ailles</p> <p style="text-align: right;">''20</p>	<p>G Toute la planche (à cause de la forme)</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>VI 4'' ^</p> <p>10. Une feuille morte on fais ça a l'époque , ياخي الأساتذة demande aux élèves de prendre une feuille d'un arbre et de la mettre dans le cahier, voila au milieu le milieu de la feuille morte</p> <p style="text-align: right;">35''</p>	<p>G Toute la planche (la forme)</p>	<p>G FE+ Bot</p>
<p>VII 5'' ^</p> <p>11. Dessin animé, voila le petit lapin,</p> <p>12. au dessous c'est des visages, Voila les</p>	<p>1^{ier} Tiers deux cotés ensemble (la forme)</p> <p>D3 2^{eme} Tiers</p> <p>D4 3^{eme} Tiers entière</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F+ Hd</p> <p>D CF+ A</p>

<p>oreilles</p> <p>13. Et celui-ci c'est un papillon</p> <p style="text-align: right;">50''</p> <p>VIII 10'' ^v</p> <p>14. Deux animaux sur les coté ça se vois les têtes et les pieds.</p> <p>15. Deux papillons au milieu</p> <p>37''</p>	<p>(à cause de la couleur et la forme)</p> <p>D1 Partie rose latéral (la forme)</p> <p>D5 2eme Tiers bleu et rose et orange en bas (la forme)</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F+ A</p>
<p>IX 10'' ^</p> <p>16-Vraiment rien ? attend on dirait une carte géographique en deux cotés.</p> <p>17-Le haut on dirait c'est une vague de chaleur</p> <p>18-En bas c'est une vague de froid, comme celui qui se présente à la météo</p> <p>1m,15''</p>	<p>D11 Deux parties vert latéraux vues ensemble (la couleur et la forme)</p> <p>D/Db1 Grande lacune et partie brunes latérales (la couleur et la forme)</p> <p>D6 Partie rose entière en bas (la couleur et la forme)</p>	<p>D F± Géo</p> <p>sym</p> <p>D EF- meteo</p> <p>D EF- meteo</p>

Psychogramme

<p>R .21 TT 15'</p> <p>MA: G/D/</p> <p>TRI 1<3C Fc. 0k<2,5,E RC% 38 %↑</p> <p>Choix(+) VIII X Choix(-) I V</p>	<p>G 6 D 15</p> <p>G%28 % D%71% ↑</p>	<p>Σ F 14 F+ 12 F±1 F- 1</p> <p>K1 CF 3 FE 1 EF-2</p>	<p>A 11 Hd1</p> <p>Objt4 Mteo2 Anat1 Bot1 Geo1</p> <p>Ban 7 Sym 2</p>	<p>F% 67%↑ F+% 89% ↑</p> <p>A%52% H% 5%↓ Ban% 33%↑</p>
--	---	---	---	--

Impression générale

La productivité est R 21, elle est dans la norme [20 - 30]. On constate la richesse des contenus, objets, météos, anatomiques, botaniques, géographiques.

Toutefois on remarque la dominance du contenu animal, par rapport au règne Humain qui est très bas H% 8%.

1. Approche cognitive

1.1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole on remarque que Salima appréhende la réalité extérieure dans le coté global G 28% dans la norme [20-30], pour le pourcentage de l'appréhension en détaille D 71%↑ est supérieur de la norme [60-70].

Elle a traité les G simples dans les planches, I, IV, V, adaptées à la réalité. Puisqu'elles sont associées à des formes positives. En outre on souligne la présence d'une réponse G accompagnée d'estompage contrôlé et approprié à la réalité dans la planche VI. Par contre dans la planche X, il y'a un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elle est associée à une forme négative.

Les D associés à de bonnes formes positives dans les planches I, II, III, VII, VIII, X. Les D associés à des formes négatives, inadaptés à la réalité extérieure dans la planche II à symbole de la castration.

Les réponses D dont le déterminant contient des affects comme estompage dans la planche XI.

L'appréhension détaillée D dans les planches VI et X dont l'affect est exprimé et qui a pris le dessus sur le contrôle d'où il reste adapté à la réalité.

Aussi la réponse détaillée à la planche IX dont on souligne l'estompage signifiant la sensibilité inadéquat à la réalité.

En outre, on trouve dans tout le protocole un D accompagné d'un F ± qui signifie l'utilisation du mécanisme d'hésitation.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 67↑ supérieur par rapport à la norme [60-65], qui signifie que Salima persuade la réalité dans le coté formel. Chose qui nous

oblige à chercher à savoir la qualité de cette perception $F^+ \% 89\% \uparrow$ qui est supérieure par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste l'adaptation à la réalité externe.

Concernant les contenus, on trouve que la patiente a utilisé des contenus variés: $A \% 52\% \uparrow$ qui est moyen dans la norme [35-60], $H \% 5\% \downarrow$ est très inférieure à la norme [20-23].

En ce qui concerne les banalités 7, $Ban \% 33\%$ élevé par rapport à la norme [20-23], qui relève d'une adaptation sociale qui se confirme par le pourcentage de $F^+ \%$.

Conclusion partielle

Salima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe une adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que : Animal, humain objets, météos, anatomiques, botaniques, géographiques.

2. Facteur relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonances intime TRI $1 < 3C$ c'est extratensif mixte et la formule complémentaire $Fc 0k < 2,5E$ donc il y'a la compatibilité FC qui va dans le même sens avec le TRI.

2.1 Les réponses Kinesthésique

La patiente a donné une seule Kinesthésie majeure humaine passive dans la planche III «deux statuettes africaines face à face», on signale également une absence de réponse kinesthésique mineurs animale qui témoigne d'une carence fantasmatique dans sa vie interne.

2.2 Les réactions sensorielles

La patiente a utilisé le CF^+ dans la planche VII «et celui-ci c'est un papillon», la planche maternelle, elle a donné une réponse couleur dans sa forme positive témoignant que l'affect submergé en première position.

Le cas est similaire à la planche X «des courailles de morjan» qui symbolise l'individualité et la séparation, cette planche a suscité par sa constitution, une réponse couleur qui reste d'une bonne qualité, en première position et le contrôle en seconde position.

La patiente a donné une réponse (CF^-) dans la planche X dont Salima a terminé son protocole par un dérapage «on dirait que c'est la chaine télévisée National Géographique, c'est une image vivante».

Comme on trouve des réponses FE+ dans la planche VI planche phallique «une feuille morte, on fait ça à l'époque, les profs demande aux élèves de prendre une feuille d'un arbre et de la mettre dans le cahier. Voila au milieu, le milieu de la feuille morte » qui peu signifié le contrôle de l'anxiété.

Dans ce protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F- signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suit :

Dans la planche II planche de castration, on trouve un dérapage associée à un contenu anatomique « les cotés c'est des poumons ».

L'axe syntagmatique, c'est-à-dire la phrase dont on inspire de la grille du TAT de Vica Shentoub, les mécanismes de défenses utilisés par Salima se présente comme suite dans le protocole :

- Précaution verbales tels que : ça ressemble, je pense, on dirait dans les planches I, II, IV, X
- Des réponses spéculaires symétriques : « deux statuettes » planche III, planche VIII « deux animaux, deux hommes », et dans la planche X « deux crabes »
- Insistances le repérage des limites et des contours: « les cotés c'est les poumons » à la planche II, au milieu deux papillon » à la planche III.
- Détails narcissiques : planche IV « la tête et la queue au milieu, à la planche V « les pieds et les ailles, planche VI au dessous visage et oreilles, à la planche I « voila ses ailles et ma nuque ».
- Recours aux comportements par la manipulation dans les planches II, V, VIII.
- L'étayage sur le clinicien à la planche IV et VI les deux planches phallique.et à la planche IX.
- Persévération dans les planches IV et VII « dessin animé », aux planches III et VII.
- Sensorielles à la planche IX « le haut on dirait une vague de chaleur, en bas une vague de froid »

Conclusion partielle

La patiente a donné une seule Kinesthésie majeure humaine passive, on signale également l'absence de réponse kinesthésique mineurs animale qui témoigne d'une carence fantasmatique dans sa vie interne. La patiente a utilisé le CF+ dans la planche VII et X témoignant le coté affectif lié à la réalité. Par contre Salima a donné une réponse (CF-) dans la planche X attestant le dérapage par rapport à la réalité externe aussi par la présence des réponses F- qui attestent ce dérapage.

3. Hypothèse du fonctionnement mental

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches VII et la planche X. Aussi, Salima n'est pas caractérisée par une carence fantasmatique ni par la richesse fantasmatique, malgré son adaptation à la réalité externe.

4. Résumé du test du Rorschach

Salima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe une adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que : Animal, humain objets, météos, anatomiques, botaniques, géographiques.

La patiente a donné une seule Kinesthésie majeure humaine passive, on signale également l'absence de réponse kinesthésique mineurs animale qui témoigne d'une carence fantasmatique dans sa vie interne. La patiente a utilisé le CF+ dans la planche VII et X témoignant le coté affectif lié à la réalité. Par contre Salima a donné une réponse (CF-) dans la planche X attestant le dérapage par rapport à la réalité externe aussi par la présence des réponses F- qui attestent ce dérapage .Donc Salima est dotée par une mentalisation incertaine.

Conclusion du cas Salima

Salima âgée de 40 ans, présente 10 avortements, et un vaginisme non traité, elle est atteinte par la maladie abortive qui lui a causé une dépression non suivie.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, Salima semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Salima garde les mauvais souvenirs sur sa maladie abortive et les avortements. Son meilleurs souvenirs c'est d'aboutissement à une grossesse a terme et la naissance de son enfant. On trouve que la vie onirique de Salima est pauvre, elle ne se souvient pas de ses rêves à part un seul qui se répète a chaque fois. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (Marty, 1984, P.1150). Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'été pas claire.

Dans le Rorschach, Salima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe une adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que : Animal, humain objets, météos, anatomiques, botaniques, géographiques.

La patiente a donné une seule Kinesthésie majeure humaine passive, on signale également l'absence de réponse kinesthésique mineurs animale qui témoigne d'une carence fantasmatique dans sa vie interne. La patiente a utilisé le CF+ dans la planche VII et X témoignant le coté affectif lié à la réalité. Par contre Salima a donné une réponse (CF-) dans la planche X attestant le dérapage par rapport à la réalité externe aussi par la présence des réponses F- qui attestent ce dérapage. Donc Salima est dotée par une mentalisation incertaine.

❖ Cas de Radia 40 ans

Radia est une femme mariée, âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant après cinq avortements, elle est petite de taille aux yeux verts, universitaire, occupe un travail de greffière. Radia à un niveau économique moyen, son mari fonctionnaire dans un service d'état civil.

❖ Les données de l'entretien

I. L'avortement

1. La vie de couple et la grossesse

Radia nous a appris que son mariage été une suite logique à leurs relation et sentiments. Pour eux, ce qui compte c'est le mariage il n'a pas besoin d'une détermination de critère, beauté, âge.... ex, le plus important c'est la conviction des deux sujets de cette envie comme elle le dit : « moi et mon époux on s'est mit d'accord pour les bonnes raisons de ce mariage ». En revanche la belle famille n'est guère d'accord avec ce mariage, la raison est le fait que Radia est plus âgée que son mari et leur semblait avoir des difficultés pour procréer et donner une progéniture saine et sauve pour leur fils. Radia raconte par ses propos : « je ne savais pas que c'était la raison pour laquelle me refuse ma belle famille »² elle a par hasard entendu sa belle mère parler à son fils à ce propos lui disant qu'elle l'a averti dès le départ que Radia n'était pas un bon choix et qu'il fallait qu'il épouse une jeune fille prête à procréer fertile comme elle le déclare : « ça m'a vraiment fait mal au cœur d'entendre tout ce blabla, ses mots raisonnent encore dans mes oreilles et depuis je la hais »³ . En revanche son mari a était de grande patience et compréhensif, il était un soutien psychologique pour elle en disant : « à chaque fois d'ailleurs mon mari leurs répond toujours par le mot c'est Dieu qui donne la vie »⁴.

Concernant leur vie sexuelle elle n'a pas du tout voulu aborder le sujet, elle nous a fait comprendre que tout va bien et que c'est une intimité à ne pas dévoiler.

Après 2 ans de mariage, Radia est tombée enceinte pour la première fois après plusieurs tentatives sans résultats, et cela sans aucun traitement médical. Radia contente surtout d'être une

¹ - Neki dorgaziw nemsafham fezwaj-ayi

² - Ozerigh-ara dacho edessaba emi-yekbil-ara akhamnssen

³ - Eqrhiyi lehal melih goliw emi sallagh dacho hedran felli, lahdour ni mazel-ithan gmazougheniw

⁴ - Koless argaziw etarayassen d rebbi editreziqan

maman mais surtout contente d'avoir prouvé d'être le contraire de ce que disait les personnes de son entourage. Cette grossesse est la bonne réponse pour sa belle mère en disant : « j'étais très contente et super joyeuse, car c'est la bonne réponse pour tout ce qui a été dit sur ma fertilité¹. Son mari va vite annoncer la nouvelle à sa mère, mais sa joie n'a pas pu durer, elle a malheureusement avorté après deux mois de grossesse, cet événement lui a bouleversé la vie.

2. Le vécu psychique des avortements

Radia consulte son gynécologue qui suit sa grossesse, mais revient déçue car après cet avortement il lui fallait un suivi médical et lui a prescrit un traitement. Elle est allée de ce fait voir un autre gynécologue, ce dernier lui donne un traitement pour encourager une deuxième grossesse uniquement, mais sans aboutir à quoi que ce soit parce que car elle a fini par avorter encore une autre fois au bout d'un mois de sa grossesse chose qu'ignorait sa famille. Radia désespéré elle a décidé de partir en France chez ses frères et sa belle sœur qui travaille dans le domaine médical en tant que médecin. Après son deuxième avortement radia réalise une multitude de bilans et d'analyses qui ne relèvent aucune anomalie et pour une troisième fois radia retombe enceinte mais fini par un avortement au bout de quatre mois. Ce dernier événement lui a déclenché une scoliose lombaire mais elle n'était pas la raison de ses avortements, selon les médecins. Après 18 mois de son retour en Algérie, elle fait une quatrième grossesse, malgré toutes les précautions prises en place pour préserver l'embryon, repos total, mise en place d'un cerclage, prise d'un traitement en progestérone pour arrêter les contractions, mais le quatrième avortement est survenu et met radia en crise de dépression ce qui nécessite un traitement psychiatrique (hypnotique) pour ses insomnies et ses anorexies, un traitement qui a duré un an. Radia rajoute qu'elle a pris une mise en disponibilité au moment de son traitement, car pour elle son travail est difficile et peut être la raison de ses avortements.

Après tout son vécu et toutes ses déceptions radia réussit à avoir une grossesse à terme, radia était contente, mais tellement fatiguée physiquement et moralement.

¹ -ligh frhagh car erayassen ayeni ebeghigh fayen hedran feli

3. L'avortement et la relation conjugale et la familiale

Radia est reconnaissante pour l'aide qu'elle a reçu de tous les membres de sa famille et beaucoup plus celui de son frère émigré qui l'a soutenu psychologiquement et même financièrement elle apporte : « mon frère est ma main droite, et si ce n'était pas lui je pouvais rien faire ». Radia rajoute que son mari aussi était à ses côtés tout le temps : « mon mari est un ange, malgré toute la pression que j'ai vécu de la part de sa famille il est resté à mes côtés »¹. Elle rajoute : « mon mari est ma main gauche »². D'autre part Radia a montré nous a confié que sa relation avec sa belle famille est ainsi perturbée on dit : « ils me font sentir que je suis étrangère et je ne le suis pas la bienvenue parmi eux »³.

II. Le fonctionnement mental à partir de l'entretien

1. La qualité de la relation lors de l'entretien

Radia a accepté de participer à l'entretien que nous lui avons proposées avec un peu d'hésitation, mais elle était coopérative par la suite, elle s'associait librement avec un besoin d'étayage, elle a manifesté une gêne par rapport au test mais chose qui ne l'a pas empêché de continuer jusqu'à la fin.

2. Les événements essentiels chez la patiente

Concernant les événements essentiels, Radia n'a évoqué que son vécu de ses avortements spontanés, et aussi son problème de scoliose.

3. La qualité de la vie fantasmatique

Radia manifeste une pauvreté sur le plan fantasmatique, elle n'a pas évoqué les souvenirs, ses désirs sont limités au niveau de la procréation des enfants sans beaucoup de projet à l'avenir.

4. La nature de la vie onirique

¹ - Aguma dafoussiw ayfouss lokan machi denta ozerigh-ara amek

² - Argaziw d'elmalaykath neta dafoussiw azelmat

³ - Etehasseniyi tabranith guarassen oserahbn-ara degui guarassen

Les rêves de Radia sont répétitifs associés à des cauchemars, ils sont centrés sur ses moments d'expulsion. Elle rêvait souvent avoir une grossesse gémellaire et que va perdre l'un des deux : « je rêve toujours de ces moments d'expulsion, ainsi de porter des jumeaux mais fini par perdre l'un des deux »¹.

5. projet d'avenir

Radia souhaite un bon avenir pour sa petite famille dans l'espoir d'enfanter à nouveau aisément et sans complications.

Conclusion des données de l'entretien

Radia est une femme âgée de 40 ans qui présente 05 avortements, elle est atteinte par la maladie abortive, pressant la scoliose lombaire mais qui n'a pas été la cause de ses avortements.

Concernant le fonctionnement mental, on n'a pas pu le cerner par l'entretien, par contre on a pu soulever quelques éléments dont on souligne que la vie onirique de Radia est caractérisée par des rêves répétitifs associés à des cauchemars, sont centrés sur ses moments d'expulsion. Elle rêvait souvent avoir une grossesse gémellaire et va perdre l'un des deux. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (P. Marty, 1984, P.1150). (Marty, 1984, P. 11 -47). Dans l'espoir aussi d'enfanter à nouveau sans complications au plus tôt possible.

¹ - targugh toujours sikhesuren n tadist

❖ L'analyse du protocole du Rorschach cas Radia 40 ans

Protocole du Rorschach

	Texte	Enquête	Cotation
I 13''	V. Λ 1. Bassin d'une femme 2. Alwalda 55''	G Toute la planche (à cause de la forme) G L'utérus (toute la planche à cause de la forme)	G F+ anat G F- anat
II 17''	V Rien juste n'importe quoi 25''	J'ai rien compris	Refus
III 14''	V. Λ 3. Papillon 4. Walda d'une femme 45''	D3 Rouge médiane (la forme) D7 toute la partie noir inferieurs médiane (la forme)	D F+ A Ban D F- sex
IV 34''	V 5. خفاش 6. شكل غريب 52''	G Toute la planche (la forme) G Toute la planche (la forme)	G F+ A Ban G FClob+ Abstr
V 7''	V 7. يشبه الخفاش 100% Voila ses yeux et ses jambes 29''	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ A Ban

VI 12''	V. Λ	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F- A
8. ثعلب c'est bon, car je vois sa tête	39''		
VII 8''	V. Λ	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ Hd
9. Dans le tout, deux têtes des petites filles.		D5 saillie supérieure du 1	sym Ad
10. Voila la queue de cheval	30''	Tiers (la forme)	
VIII 13''	V. Λ	D1 Partie rose latérale	D Kan+ A
11. Deux animaux je ne suis pas sur qui s'accrochent .Voila la tête.	52''		
IX 27''	V	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F- Hd
12. Deux têtes d'un garçon c'est tout. Je le vois bien	35''		
X 52''	V	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F- Anat.
13. L'utérus d'une femme avec des ovaires	53''		

Temps total :9,26

Choix (-): PL4 et PL1 car elles sont noir

Choix (+) :PL10 et PL9 car y'a des couleurs qui donne un espoir.

Psychogramme

R .13	G 9	Σ 11	A 5	F% 85%↑
TT 9'26''	D 3	F+ 6	Ad1	F+%
MA:	Dd1	F- 5	Hd 2	55%↓
G/D/Db	G%69	Fclob1	Anat 3	F%élargi
TRI	%↑	Kan 1	Sex 1	100%↑
OK=0C	D%		Abst1	F+% élargi
Fc. 1k>0,E	Dd 8%↓			62%↓
RC%				A%46%
23%↓			Ban 3	H% 15%
Choix(+)			Sym 1	Ban% 23%
X IX				
Choix(-) I				
IV				

Impression générale

La productivité est 13 elle est au dessous de la norme qui [20-30]. Les contenus sont peu variés le règne Animal, Humain, anatomique, sexe, abstrait.

On constate aussi le recours à la symétrie qui indique le double lien dans la planche VII .

Dans le protocole on trouve un refus dans la planche II symbole de castration. Donc Radia n'a pas pu traiter toutes les planches, c'est-à-dire toutes les situations.

1. Approche cognitive**1.1 Les modes d'appréhension**

D'après le protocole on remarque que Radia appréhende la réalité extérieure dans le coté global G 69%↑ qui est supérieur à la norme [20-30] .Par contre le pourcentage de l'appréhension en détaille D 23%↓ qui est inférieur à la norme [60-70].

Radia a traité en G simples avec une forme positive F+ dans les planches I, IV, V, VII adaptées à la réalité puisqu'elles sont associées à une forme positive.

Et en G avec une forme négative F- dans les planches, I, VI, IX, X il y'a un dérapage par rapport à la réalité puisqu'elles sont associées à une forme négative.

Le D est associé à une bonne forme positive dans la planche III et en petit détail Dd à la planche VII.

Un D est associé à une forme négative dans la planche III à symbolisme l'identification sexuelle et relation.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole Radia appréhende la réalité par le coté formel qui est élevé F% 85% ↑ cette valeur est supérieur à la norme [60-65], mais cette appréhension n'est pas efficace en se référant F+% 55% ↓ qui est inférieur à la norme [70-80]. On ce qui concerne le F%élargi 100% ↑ est élevé qui indique que la réalité est toujours appréhendé dans son coté formel, mais toujours d'une façon inefficace malgré l'aide octroyée par F+% élargi 62%↓ .

Concernant le contenu on trouve que la patiente a utilisé un contenu peu varié :

- Le contenu Animal est à 46% qui est dans la norme [35-60]
- Le contenu humain est aussi peu 15% est dans la norme [35-60]

En ce qui concerne les banalités, on trouve que 3 réponses 23% [20-23] dans les planches III, IV et V, on déduit que cette valeur relève une certaine adaptation à la réalité.

Conclusion partielle

Radia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été peu varié tel que : Anima, humain, sexe, abstraits.

2. Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime $TRI \ 0K=0C$ Coarté, alors que la formule complémentaire, $Fc. \ 1k>0,E$, donc les deux formules se rapprochent

2.1 Les réponses Kinesthésiques

La patiente a donné une seule réponse Kinesthésique animal Kan+qui est dans la planche VIII qui symbolise la relation générale avec la réalité « deux animaux je ne suis pas sur qui s'accrochent, voila la tête », qui est dans la position active.

2.2 Les réactions sensorielles

Dans tout le protocole aucune réponse sensorielle (FC,CF,C , FE , EF, E) qui signifie l'absence d'utilisation des affects et le sensoriel. Par contre on souligne la présence d'une seule réponse Fclob+ signifiant la sensation de la peur qui est maîtrisée et contrôlée dans la réalité à la planche IV « une forme blizzard ».

Dans ce protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F - signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suit :

Dans la planche I au symbole évocatrice des relations précoce avec le premier objet associé à un contenu anatomique « utérus ».

Pour la planche III, au symbolisme d'identification sexuelle et relation, associée à un contenu sexe « utérus d'une femme ».

Dans la planche VI au symbolisme phallique associée à un contenu animal « renard, c'est bon, car je vois sa tête » .

Aussi dans la planche IX embryonnaire associée à un contenu humain détaillé «deux têtes d'un garçon, c'est tout, je le vois bien ».

La planche X au symbolisme d'individualisation et de séparation associée à un contenu anatomique « l'utérus d'une femme avec des ouvert ».

Par ailleurs on trouve dans le protocole de la patiente le refus de la planche II qui symbolise la castration.

L'axe syntagmatique, c'est-à-dire la phrase dont on inspire de la grille du TAT de Vica Shentoub, les mécanismes de défenses utilisés par Radia se présente comme suite dans le protocole :

Précision chiffrées : à la planche VII « deux têtes des petites filles », planche IX « deux têtes » et à la planche VIII « deux animaux ».

Précaution verbales : à la planche V « il ressemble à une chauve souris », à la planche III « je ne suis pas sûr ».

Détails narcissiques : à la planche V « voila ses yeux et ses jambes »,à la planche VI « renard ,je vois sa tête »,à la planche VII « deux têtes »,à la planche VII « la queue de cheval » et à la planche VIII « voila la tête ».

Persévération du thème : « l'utérus » dans les planches I et III, « une chauve souris » dans les planches IV et V.

Conclusion partielle

La patiente a donné une seule réponse Kinesthésique animale Kan+ adapté à la réalité. Par contre les réactions sensorielles, on souligne l'absence des réponses sensorielles (FC, CF, C, FE, EF, E) qui signifie l'absence d'utilisation des affects et d'utilisation du sensoriel. Par contre on souligne la présence d'une seule réponse Fclob+ signifiant la sensation de la peur qui est maîtrisée et contrôlée. Aussi dans le protocole on trouve des dérapages à travers les réponses F – signent d'émergence en processus primaire.

3. Hypothèse du fonctionnement mental

En conclusion, il semblerait que l'hypothèse du fonctionnement mental de Radia est dans la mauvaise mentalisation.

4. Résumé du test du Rorschach

Radia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été peu varié tel que : Anima, humain, sexe, abstraits.

La patiente a donné une seule réponse Kinesthésique animale Kan+ adapté à la réalité. Par contre les réactions sensorielles, on souligne l'absence des réponses sensorielles (FC, CF, C, FE, EF, E) qui signifie l'absence d'utilisation des affects et d'utilisation du sensoriel. Par contre on souligne la présence d'une seule réponse Fclob+ signifiant la sensation de la peur qui est maîtrisée et contrôlée. Aussi dans le protocole on trouve des dérapages à travers les réponses F – signent d'émergence en processus primaire.

En conclusion, il semblerait que l'hypothèse du fonctionnement mental de Radia est dans la mauvaise mentalisation.

Conclusion du cas de Radia

Radia est une femme âgée de 40 ans qui présente 05 avortements, elle est atteinte par la maladie abortive, pressant la scoliose lombaire mais qui n'a pas été la cause de ses avortements.

Concernant le fonctionnement mental, on n'a pas pu le cerner par l'entretien, par contre on a pu soulever quelques éléments dont on souligne que la vie onirique de Radia est caractérisée par des rêves répétitifs associés à des cauchemars, centrés sur ses moments d'expulsion. Elle rêvait souvent avoir une grossesse gémellaire et va perdre l'un des deux. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (P. Marty, 1984, P.1150). (Marty, 1984, P. 11 -47). Dans l'espoir aussi d'enfanter à nouveau sans complications au plutôt possible.

A partir du test du Rorschach, Radia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été peu varié tel que : Anima, humain, sexe, abstraits.

La patiente a donné une seule réponse Kinesthésique animale Kan+ adapté à la réalité. Par contre les réactions sensorielles, on souligne l'absence des réponses sensorielles (FC, CF, C, FE, EF, E) qui signifie l'absence d'utilisation des affects et d'utilisation du sensoriel. Par contre on souligne la présence d'une seule réponse Fclob+ signifiant la sensation de la peur qui est maîtrisée et contrôlée. Aussi dans le protocole on trouve des dérapages à travers les réponses F – signent d'émergence en processus primaire.

En conclusion, il semblerait que l'hypothèse du fonctionnement mental de Radia est dans la mauvaise mentalisation.

❖ Cas de Lilia 36 ans

Lilia âgée de 36 ans, belle femme, petite de taille aux yeux marrons, benjamine d'une fratrie de 04 enfants, mère d'un seul enfant nouveau-né après 6 avortement, couturière de profession. Son niveau scolaire est moyen ainsi que niveau de maîtrise des aspects économiques.

Quant à son mari il est travailleur journalier.

❖ Les données de l'entretien

▪ L'avortement

1. La vie de couple et la grossesse

Lilia est une jeune femme ambitieuse qui rêve d'un foyer et d'un couple en communion orné d'amour et de bonheur avec l'homme qu'elle connaissait depuis cinq ans, elle voit dans le mariage un projet planifié pour l'avenir, elle avait hâte de se réunir avec son homme et de construire sa vie conjugale. Pour elle c'est un rêve qui vient de se réaliser comme elle le dit : « j'ai hâte de me marier avec celui que j'aime »¹. Concernant sa vie sexuelle, Lilia la vit sans aucun problème, d'ailleurs elle s'est contentée de nous dire : « tout va bien, je n'ai aucun problème, ni de mon côté ni de celui de mon mari »².

En revanche elle voit la vie imparfaite sans une progéniture, désirer une grossesse pour Lilia c'est désirer la vie, elle ne peut pas cacher ses émotions en parlant des enfants, ses yeux harmonieuses révèlent cette envie de devenir maman, elle nous a dit qu'elle a accueilli sa grossesse avec joie en disant : « quand j'ai su que j'allais devenir maman, je n'ai pas pu exprimer le bonheur dans lequel je planais »³.

2. Le vécu psychique des avortements

Lilia vit avec la grande famille de son mari, dans des conditions ordinaires et cumule les tâches ménagères plus son travail à l'atelier, ce rythme la laissée épuisée et lui provoque des douleurs au niveau du bas ventre qu'elle considérait comme de simples contractions qu'elle négligeait totalement et dont elle ignorait leurs conséquences en déclarant : « j'ai cru que c'était à

¹ - Oyssagh adzawjagh dewin hamlagh

² - Kolech bien ,Orse3igh ula d probleme am neki am orgaziw

³ - Emi zerigh adkldgh maman ozerigh-ara amek adbaynagh lefarhiw

cause du développement du fœtus »¹. Lilia continue à ressentir des douleurs en permanence et fini par se rendre à l'hôpital pour consulter, en y rentrant elle fait une hémorragie sur place. Le choc n'a pas laissé de place aux larmes par contre après qu'elle s'est mise à chagriner elle dit: « le lendemain j'ai déclenché une crise de larmes et je n'arrivais pas à m'abstenir, alors que sur place j'étais en état de choc », Lilia a avorté à un stade avancé de sa grossesse (05 mois).

Après six mois, Lilia retombe enceinte dans les mêmes conditions de vie, elle avorte pour la deuxième fois puis pour une troisième fois respectivement au bout de six à huit semaines de sa grossesse. Elle a tenté à ce moment de prendre un congé et de séjourner chez ses parents pour se reposer mais elle a enduré en cette période des problèmes familiaux qui la rendait beaucoup plus stressée comme elle le dit : « ma belle-sœur qui été enceinte me taquinait »² et le faits que ses grossesses à elle lui fait remonter de mauvais souvenirs dû aux avortements. Elle est, depuis, partie consulter plusieurs gynécologues qui la rassuraient de ne souffrir d'aucune anomalie. Elle prenait pour seuls responsables de son avortement sa belle famille, elle décide donc malgré son chagrin de passer la totalité de la période de sa grossesse chez ses parents si toutefois elle retombe enceinte compte tenu de la corvée que lui infligeait sa belle famille (le ménage, cuisine...). Deux mois après elle est retombée enceinte et comme prévu elle est partie chez ses parents, elle affirme : « dans cette maison je n'aboutis jamais à une grossesse »³. Hélas malgré ses précautions Lilia avorte chez ses parents pour la quatrième fois et c'est la chose au quelle elle ne s'attendait pas et dont elle n'a pas informé sa belle-famille. Depuis, elle a pris la décision de ne plus consulter et de ne plus prendre un traitement médical car, selon elle n'aboutie en rien. Elle décide de se retourner vers la hijama et la rokia auxquelles on l'a conseillée pour préserver le bébé et atteindre sa guérison car elle est convaincue que le problème est spirituel. Après ces démarches et contre toutes ses attentes, Lilia avorte pour la cinquième et la sixième fois chose qui lui a provoqué une dépression, surtout avec toute la souffrance qu'elle endurait au cours de ses avortements. Au bout de ses six avortements, Lilia arrive enfin à retomber enceinte et arrive à terme de sa grossesse.

¹ - Newigh deseba lbebe emi etimghour

² - Azkani tetfiyi la crise emtawen ohomlgh-ara, alor etefiyi le choc

³ - Talostiw setadisth tetqamariyi

3. L'avortement et la relation conjugale et familiale

Lilia est reconnaissante pour toute l'aide que sa famille lui a apportée et plus particulièrement son époux ; elle rapporte : « mon mari est mon ombre toujours à mes cotés, heureux pour moi , triste avec moi et me console à chaque fois »¹ elle rajoute : « je remercie Dieu de m'avoir bénie avec un mari pareil »², mais la belle-famille par contre a malheureusement démontré une réaction plutôt blizzard raconte Lilia : « il me semble qu'elle était impatiente de savoir que j'ai avorté de nouveaux »³, pour dégager toute part de responsabilité puisque Lilia a construit à ce moment son petit nid loin de ses beaux parents. Alors pas de raison de culpabiliser autrui pour quoi que ce soit.

II. Le fonctionnement mental à partir de l'entretien

1. La qualité de la relation lors de l'entretien

Lilia a accepté facilement notre demande de participation à l'entretien, elle était coopérative en manifestant un intérêt particulier aux questions posées, mais un esprit peu critique. Sa production associative paraît riche avec une souplesse dans ses associations. Elle paraît calme et intéressée tout le long de l'échange.

2. Les événements essentiels chez le patient.

Lilia nous apprend que le seul événement qui a pu influencer sur son équilibre personnel était celui du problème de ses avortements à répétition et rien d'autre.

3. La qualité de la vie fantasmatique :

Concernant ses souvenirs, Lilia se souvient de bons moments passés avant son mariage, mais depuis, sa vie est marquée par le stress et l'angoisse qui règne sur l'ensemble de sa vie à cause ses avortement a répétitions. Concernant les projets d'avenir, Lilia pense à s'investir dans

¹ - Makimagh dayi del mohal aderafdagh

² - Argaziw tiliynou sidisiw koles ma ligh ferhagh nagh hezenagh

³ - Adchekragh rabbi eydifkan argazayi

sa profession la couture pour garantir un meilleur avenir à son enfant. Avec un désir d'enfanter le plus tôt possible.

4. La nature de la vie onirique :

Concernant la vie onirique, Lilia souffre d'insomnies, elle se caractérise par la rareté et la pauvreté des rêves, elle se souvient d'un seul rêve qui revient à chaque fois, raconte Lilia : « je rêve toujours que je me dirige vers ma table de nuit pour prendre un vase et ce dernier finit toujours par se casser entre mes mains ».¹

5. Le projet d'avenir

Lilia souhaite un bon avenir pour sa petite famille dans l'espoir aussi d'enfanter à nouveau aisément et sans complications au plus tôt possible.

Conclusion des données de l'entretien

Lilia âgée de 36 ans, présente six avortements successifs, sans autres antécédents particuliers, l'exploration de cette maladie n'a relevé aucune étiologie organique ce qui nous ramène à penser fortement à l'étiologie psychologique dans l'explication de ses avortements à répétition.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve que la vie onirique de Lilia se caractérise par un seul rêve qui se répète à chaque fois. Lilia souffre d'insomnies, ses rêves sont rares, elle rêve peu, seulement elle se souvient d'un seul rêve qui revient à chaque fois, raconte Lilia : « je rêve toujours que je me dirige vers ma table de nuit pour prendre un vase et ce dernier qui finit toujours par se casser entre mes mains ». Concernant ses souvenirs, Lilia ne se souvient que des bons moments passés avant son mariage, mais depuis, sa vie est marquée par le stress et l'angoisse qui règne sur l'ensemble de sa vie. Concernant les projets d'avenir, Lilia pense à s'investir dans sa profession de couturière pour garantir un meilleur avenir à son enfant. Avec un désir d'enfanter le plus tôt possible.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental à partir de l'entretien, on n'a pas pu la cerner. On va se référer aux résultats du test de Rorschach.

¹ - Echebayid teqlaq atzer ma tegheliyid tadisth

❖ L'analyse du protocole du Rorschach cas Lilia 36 ans

Protocole du Rorschach

Texte	Enquête	Cotation
I 8'' ^ 1. Atir glahwa etfarfir nagh khati ? .Thiyi edfrawnis daya kan. 28''	G Toute la planche	G Kan+ A Ban
2. Delhaja dakhel ou3bout nagh khati ? kima les poumons 3. Eloun-ayi azgagh didaman 1m ;2''	D1 Les deux parties latérales noires (couleur et la forme) D2-D3 Rouge haut extérieur et rouge bas (couleur et la forme)	D CF- Anat D C sang
III 2'' ^v 4. Sin le3ibad on dirait beghan adedman lehaja nagh beghan adqal3an on dirait lehaja dakhel el3abd. 5. Wayi d'el papillon 58''	D1 Les deux parties noir latérales D3 Rouge médian (la forme)	D K+ H Ban sym D F+ A Ban
IV 15'' ^ 6. Teban dechajra nagh dla fleur	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ Bot G F+ A

7. temchabah un papillon 1m ;1''		
^ V 2'' 8. Papillon voila oui faracha voila tifratinis ,tazhaftis , la tête daya 57''	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ A Ban
VI 8'' ^ 9. etbiniyid نوع من الحشراتhathan la tête athaya chaklis ashigh esmiss 45''	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F- A
^ VII 16'' 10. Cheghal dassigna 11. On dirait la radiologie ni les poumons ''25 '1	G Toute la planche (à cause de la forme)	G F± Frag G F- Anat
VIII 5'' ^ 12. sin lehayawen talin chejra .tayi dechajra 13. je peux dire حيوان زعما في الطبيعة 14. ولا واحد طالع في شجرة و يشوف انعكاس انتاعو في البحر خطرش الشجرة تطل على البحر ''58	D1 Deux parties rose latérales D1 Rose latérale (la forme) G Toute la planche (à cause de la couleur et la forme)	D Kan+ A/Bot sym D F+ A G Kan+ Pays → CF+
IX 19''	G Toute la planche	

^ 15. Lewalda n-tmatuth 16. Le sexe n-tmatuth « مهيل » dayen kan 43''	(à cause de la forme)	G G	F+ F-	Anat sex
X 15'' ^ 17. On dirait خريطة 18. لا لا شاطئ معمر بأنواع الحشرات. هادي عقارب 19. نمل تحمل الحبوب 20. هذا مقام الشهيد ''15 '2	Le bleu latéral (4) D Gris latérale en haut et jaune latérale (la forme) D11Gris médian entier en haut (la forme)	G D D D	CF- F+ Kan- F+	Géo A ban A Arch

Temps total 14 minutes

Choix (+) sont :

PL5 : elle est bien dessinée et c'est facile de la comprendre,.

PL8 : elle exprime la beauté de la nature.

Choix (-) sont :

PL2 et PL4 : y'a le rouge, c'est du sang et je n'aime pas le sang et je vois les organes internes de l'être humain. Ainsi la forme me fait peur en plus elle est floue et ces couleurs ne me plaisent pas

Psychogramme

R .20 TT 14' T/R MD: G/D	G 11 D 9	ΣF 12 F+ 8 F- 3 F±1 K1 Kan4 CF2 C1	A 8 H1 Anat 3 Bot1 Song1 Frag1 Sex 1 Geo1 Arct1 A/Bot1 Pay1 Ban 5 Sym 2	F% 60% F+% 71%
TRI 1K<3,5C Fc. 4k>0E RC% 45%	%↑ G%55 D% 45%↓			A%40% H% 5%↓ Ban%
Choix(+) V VIII Choix(-) II IV			25%↑	

Impression générale

La productivité du nombre de réponses est R 20, qui est dans la norme est [20 à 25]. Les contenus sont variés: Animal, humain, anatomique, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecture, dont le contenu animal est le plus dominant.

Présence des repenses symétriques dans les planches III et VIII

La nécessité de poser des questions au clinicien dans la I, PL II, avec l'utilisation dans la majorité des planches des précautions verbales« on dirait, il me semble, ressemble ».

On va analyser le protocole du rorschach, en s'appuyant sur les réponses données dans le protocole et le psychogramme, il s'agit de l'axe paradigmatique, qu'on va aborder ci dessous.

1. Approche cognitive

1.1 les modes d'appréhension

D'après le protocole de Lilia, on constate que le mode privilégié d'appréhension de la réalité extérieure dans sa globalité G 55% donc elle est supérieur de la norme [20-30] , par contre pour le pourcentage de l'appréhension en détaille D45% est inférieur de la norme est [60-70] .

Elle a traité en G simples avec des formes positives F+ dans la planche IV, V, IX, adapté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives.

Et en G simples avec des formes négatives F- dans les planches VI, VII, IX .Il y'a un dérapage par rapport à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes négatives.

En outre, on trouve dans tout le protocole un G accompagné d'une forme vague $F \pm$ qui signifie le recours au mécanisme d'hésitation.

Les D sont associés à de bonnes formes positives dans les planches III, VIII, X.

D'autre D sont accompagné par des réponses kinesthésiques humaines et animales ainsi que les réponses affectives.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole Lilia appréhende la réalité par le coté formel qui F%60% cette valeur est dans la moyenne [60-65], toute fois cette appréhension est efficace en se référant F+%71% qui est à la moyenne de la norme [70-80].

Concernant le contenu on trouve que la patiente a utilisé un contenu varié A%40% qui est dans la norme [35-60], animal, humain, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecte, paysage.

Les banalités, on trouve que 5 réponses dans les planches : I, III, V et X, on déduit que cette valeur est dans la norme [5-7], qui relève l'adaptation sociale qui se confirme par le pourcentage de F+%.

Conclusion partielle

Lilia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe d'adaptation. Concernant le contenu qui été varié tel que : Animal, humain, anatomique, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecture

2. Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime TRI $1K < 3,5C$ est extratensif mixte, alors que la formule complémentaire, $Fc. 4k > 0E$, donc les deux formule sont incompatibles, dont TRI va pas dans le même sens avec Fc .

.1 Les réponses Kinesthésiques

La patiente a produit des réponses Kinesthésiques qui sont comme suit ;

Une kinesthésie humaine (K) présentée dans la planche III au symbolisme d'identification sexuelle et de la relation « deux êtres humain on dirait ils veulent prendre quelque chose ou veulent arracher on dirait », qui est dans la position active. Cela signifie que Lilia appréhende les relations dans sa vie d'une façon efficace.

Des Kinesthésie animal (Kan) ont les trouves dans :

- la planche I « un oiseau en l'air qui vole ou bien ?voila ses ailles, c'est tout », qui est dans la position active.
- la planche VIII qui symbolise la relation générale avec la réalité on trouve deux réponses Kan « deux animaux monte un arbre, celle-ci est un arbre », « ou bien une personne montant un arbre en regardant son ombre dans la mer, car l'arbre même à une vue sur la mer » qui est dans la position active.
- la planche X qui symbolise l'identification et la séparation (Kan-) associée a une forme négative « des fourmis portent des graines » qui est dans la position active.

2.2 Les réactions sensorielles

Dans la planche II qui symbolise la castration, la patiente a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais se contrôle n'était pas efficace. Le CF- « une chose a l'intérieur du ventre, ou bien, comme les poumons ».

En outre la patiente a utilisé le CF- dans la planche X qui symbolise l'identification et la séparation, dont Lilia a terminé son protocole par un dérapage « On dirait une carte géographique » .

On trouve aussi le C dans la planche II symbole de castration « cette couleur rouge c'est du sang » qui peut refléter un signe d'agressivité chez Lilia.

Dans ce protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F- signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suit :

Dans la planche VI à symbolisme phallique associée à un contenu Animal « il me semble un genre d'insecte, voilà sa tête, voilà sa forme, j'ai oublié son nom ».

Aussi dans la planche VII la planche maternelle associée à un contenu anatomique « on dirait la radiologie de poumons ».

Dans la planche IX embryonnaire associée à un contenu sex « le sexe d'une femme, vagin, c'est tout ».

L'axe syntagmatique, c'est-à-dire la phrase dont on inspire de la grille du TAT de Vica Shentoub, les mécanismes de défenses utilisés par Lilia se présente comme suite dans le protocole :

- Précautions verbales : à la planche II « comme les poumons », à la planche III « on dirait », la planche VI « il me semble une genre de », à la planche VIII « je veux dire », et à la planche X « on dirait une carte ».
- Relation spéculaire : à la planche X « ou bien une personne montant un arbre en regardant son ombre dans la mer, car l'arbre même à une vue sur la mer ».
- Réponses symétriques : à la planche III « sur être humains on dirait »
- Les détails narcissiques : à la planche I « voici ses ailles », à la planche V « ses ailles, sa nuque, la tête ».
- Recours aux comportements : dans la planche III par manifestation des planches.
- Etayage sur le clinicien dans les planches I et II.
- Préservation du thème aux planches : III et IV « papillon ».

Conclusion partielle

Lilia a produit plusieurs réponses Kinesthésiques notamment animales qui sont souvent liées à la réalité, et une kinesthésie humaine, qui est dans la position active.

Par contre le coté affectif, la patiente a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais se contrôle n'était pas efficace CF-.

3. Hypothèse du fonctionnement mental

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches VIII et la planche X. Aussi, Lilia est caractérisée par la présence d'une certaine vie fantasmatique, mais parfois elle n'est pas adaptée à la réalité.

4. Résumé du test du Rorschach

Lilia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe d'adaptation. Concernant le contenu qui été varié tel que : Animal, humain, anatomique, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecture

Lilia a produit plusieurs réponses Kinesthésiques notamment animales qui sont souvent liées à la réalité, et une kinesthésie humaine, qui est dans la position active.

Par contre le coté affectif, la patiente a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais se contrôle n'était pas efficace CF-.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches VIII et la planche X. Aussi, Lilia est caractérisée par la présence d'une certaine vie fantasmatique, mais parfois elle n'est pas adaptée à la réalité.

Conclusion du cas Lilia

Lilia âgée de 36 ans, présente six avortements successifs, sans autres antécédents particuliers, l'exploration de cette maladie n'a relevé aucune étiologie organique ce qui nous ramène à penser fortement à l'étiologie psychologique dans l'explication de ses avortements à répétition.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve que la vie onirique de Lilia se caractérise par un seul rêve qui se répète à chaque fois. Lilia souffre d'insomnies, ses rêves sont rares, elle rêve peu, seulement elle se souvient d'un seul rêve qui revient à chaque fois, raconte Lilia : « je rêve toujours que je me dirige vers ma table de nuit pour prendre un vase et ce dernier qui finit toujours par se casser entre mes mains ». Concernant ses souvenirs, Lilia ne se souvient que des bons moments passés avant son mariage, mais depuis, sa vie est marquée par le stress et l'angoisse qui règne sur l'ensemble de sa vie. Concernant les projets d'avenir, Lilia pense à s'investir dans sa profession de couturière pour garantir un meilleur avenir à son enfant. Avec un désir d'enfanter le plus plutôt possible.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental à partir de l'entretien, on n'a pas pu la cerner. On va se référer aux résultats du test de Rorschach.

A partir du rorschach, Lilia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe d'adaptation. Concernant le contenu qui été varié tel que : Animal, humain, anatomique, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecture

Lilia a produit plusieurs réponses Kinesthésiques notamment animales qui sont souvent liées à la réalité, et une kinesthésie humaine, qui est dans la position active.

Par contre le coté affectif, la patiente a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais se contrôle n'était pas efficace CF-.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches VIII et la planche X. Aussi, Lilia est caractérisée par la présence d'une certaine vie fantasmatique, mais parfois elle n'est pas adaptée à la réalité.

CHAPITRE VI.
DISCUSSION DES
HYPOTHESES

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie psychosomatique de Marty .P.

Première hypothèse

Dans la plupart des femmes qui ont un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle sera renforcée. Ce travail mental protégera le fœtus. Dans l'impossibilité de traiter les excitations au niveau mental chose qui incite deux possibilités peuvent se présenter :

-L'apparition des maladies épisodiques (passagers).

-Les mouvements des désorganisations progressives s'annonce d'une manière rare, mais si elles se manifestent, la patiente a des prédispositions qui vont stopper cette évolution surtout si elle trouve les moyens thérapeutiques adaptés. Si la patiente subi une menace d'avortement, elle aura les aptitudes d'interrompre ce mouvement et de ne pas atteindre l'avortement.

On n'a pas trouvé de cas dotés de bonne mentalisation dans la population d'étude – quatre cas-. Toutefois, P. Marty a soulevé à partir de ses travaux sur les malades organiques, que cette caractéristique de bonne mentalisation reste rare chez eux. Selon la classification psychosomatique de P. Marty, où il a souligné que chez les personnes dotées du fonctionnement psychosomatique, la présence généralement de trois catégories de mentalisations : la bonne mentalisation, la mentalisation incertaine, la mauvaise mentalisation.

Suite à nos résultats, et en se référant à l'étude qui a été réalisée (en 1987), par P. Marty , J-B Stora et R. Herzberg-Polo-niecka qui s'est intéressée à la classification psychosomatique de 51 malades (dont 80% de femmes) porteurs de cancers et traités à l'HPP - Hôpital de la Poterne des Peupliers -. Ils confirmé le petit taux de cancéreux bien mentalisés qui ne dépasse pas les (14%) par rapport au taux de cancéreux à mentalisation incertaine ou mal mentalisés qui s'élève à (80%). (Marty, 1988, p. 178-179).

Deuxième hypothèse

Les femmes qui réjouissent d'un mauvais fonctionnement mental :

- Certaines échappent à l'expulsion par le biais d'étayage et le soutien important de leur entourage et de l'équipe soignant c'est-à-dire l'environnement favorable.

- Si la femme subit des difficultés dans sa vie et elle ne réussit pas à recourir à la symptomatologie mentale, le risque d'avortement est très élevé et dans certains cas s'il n'atteint pas cette expulsion, on assiste aux grandes complications.

On a pu trouver dans notre population d'étude un cas doté d'une mauvaise mentalisation, il s'agit du cas Radia.

Cas Radia : Radia est une femme âgée de 40 ans qui présente 05 avortements, elle est atteinte par la maladie abortive, pressant la scoliose lombaire mais qui n'a pas été la cause de ses avortements.

Concernant le fonctionnement mental, on n'a pas pu le cerner par l'entretien, par contre on a pu soulever quelques éléments dont on souligne que la vie onirique de Radia est caractérisée par des rêves répétitifs associés à des cauchemars, centrés sur ses moments d'expulsion. Elle rêvait souvent avoir une grossesse gémellaire et va perdre l'un des deux. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (P. Marty, 1984, P.1150). (Marty, 1984, P. 11 -47). Dans l'espoir aussi d'enfanter à nouveau sans complications au plus tôt possible.

A partir du test du Rorschach, Radia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été peu varié tel que : Anima, humain, sexe, abstraits.

La patiente a donné une seule réponse Kinesthésique animale Kan+ adaptée à la réalité. Par contre les réactions sensorielles, on souligne l'absence des réponses sensorielles (FC,CF,C , FE , EF, E) qui signifie l'absence d'utilisation des affects et d'utilisation du sensoriel. Par contre on souligne la présence d'une seule réponse Fclob+ signifiant la sensation de la peur qui est maîtrisée et contrôlée. Aussi dans le protocole on trouve des dérapages à travers les réponses F – signent d'émergence en processus primaire.

En conclusion, il semblerait que l'hypothèse du fonctionnement mental de Radia est dans la mauvaise mentalisation.

Vu que Radia est dotée d'une mauvaise mentalisation et pour garder sa grossesse à terme, il lui faut un apport de l'environnement positif loin des problèmes avec la belle famille.

Puisque selon Marty.P et Stora .J.B l'apport de l'environnement positif peut substituer l'appareil psychique défaillant.

Troisième hypothèse

Les femmes qui réjouissent d'un fonctionnement incertain la préservation du fœtus reste liée à la qualité de leur fonctionnement mental c'est-à-dire selon les moments en fluctuation mais cette valeur fonctionnelle se stabilise et devienne équilibrée si l'environnement est favorable.

On a trouvé trois cas dotés de mentalisation incertaine, il s'agit de Fatima, Salima et Lilia. Qui sont comme suit :

Cas Fatima : Fatima est une femme âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant après 05 avortements successifs, qui ont provoqué chez elle un état anxio-dépressif transitoire.

Concernant les caractéristiques de son fonctionnement mental on a pas pu le cerner par l'entretien, pour ce qui est des souvenirs, Fatima n'a pas eu la capacité de les évoquer, et ses projets d'avenir sont limité à son état actuel qui est les menaces d'avortements, elle souhaite avoir un autre enfant.

A partir du test du Rorschach, Fatima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon inefficace signe de difficulté d'adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que humain, botanique, géographique.

Fatima a donné quelques réponses Kinesthésiques appropriées à la réalité, pareillement Dans les planches IV paternelle et la planche V d'adaptation elle a donné des réponses globales accompagnées d'estompement (FE+) dont l'anxiété suscitée par ces planches est contrôlée efficacement.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches I et la planche VIII. Aussi, Fatima n'est pas caractérisée par une carence fantasmatique ni par une richesse fantasmatique.

Cas Salima : Salima âgée de 40 ans, présente 10 avortements, et un vaginisme non traité, elle est atteinte par la maladie abortive qui lui a causé une dépression non suivie.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, Salima semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Salima garde les mauvais souvenirs sur sa maladie abortive et les avortements. Ses meilleurs souvenirs c'est d'aboutissement à une grossesse à terme et la naissance de son enfant. On trouve que la vie onirique de Salima est pauvre, elle ne se souvient pas de ses rêves à part un seul qui se répète à chaque fois. Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (Marty, 1984, P.1150). Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'été pas claire.

Dans le Rorschach, Salima a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe une adaptation. Concernant le contenu a été varié tel que : Animal, humain objets, météo, anatomiques, botaniques, géographiques.

La patiente a donné une seule Kinesthésie majeure humaine passive, on signale également l'absence de réponse kinesthésique mineurs animale qui témoigne d'une carence fantasmatique dans sa vie interne. La patiente a utilisé le CF+ dans la planche VII et X témoignant le coté affectif lié à la réalité. Par contre Salima a donné une réponse (CF-) dans la planche X attestant le dérapage par rapport à la réalité externe aussi par la présence des réponses F- qui attestent ce dérapage. Donc Salima est dotée par une mentalisation incertaine.

Cas Lilia : Lilia âgée de 36 ans, présente six avortements successifs, sans autres antécédents particuliers, l'exploration de cette maladie n'a relevé aucune étiologie organique ce qui nous ramène à penser fortement à l'étiologie psychologique dans l'explication de ses avortements à répétition.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve que la vie onirique de Lilia se caractérise par un seul rêve qui se répète à chaque fois. Lilia souffre d'insomnies, ses rêves sont rares, elle rêve peu, seulement elle se souvient d'un seul rêve qui revient à chaque fois, raconte Lilia : « je rêve toujours que je me dirige vers ma table de nuit pour prendre un vase et ce dernier qui finit toujours par se casser entre mes mains ». Concernant ses souvenirs, Lilia ne se souvient que des bons moments passés avant son mariage, mais depuis, sa vie est marquée par le stress et l'angoisse qui règne sur l'ensemble de sa vie. Concernant les projets d'avenir, Lilia

pense à s'investir dans sa profession de couturière pour garantir un meilleur avenir à son enfant. Avec un désir d'enfanter le plus plutôt possible.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental à partir de l'entretien, on n'a pas pu la cerner. On va se référer aux résultats du test de Rorschach.

A partir du rorschach, Lilia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace signe d'adaptation. Concernant le contenu qui été varié tel que : Animal, humain, anatomique, botanique, sang, fragment, sexe, géographique, architecture

Lilia a produit plusieurs réponses Kinesthésiques notamment animales qui sont souvent liées à la réalité, et une kinesthésie humaine, qui est dans la position active.

Par contre le coté affectif, la patiente a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais se contrôle n'était pas efficace CF-.

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mentalisation incertaine qui se caractérise par une fluctuation entre les réponses au sein des planches VIII et la planche X. Aussi, Lilia est caractérisée par la présence d'une certaine vie fantasmatique, mais parfois elle n'est pas adaptée à la réalité.

Effectivement, nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses concernant le fonctionnement mental chez les femmes ayant des avortements spontanés à répétitions. Il reste à souligner que nos hypothèses sont réfutables et non absolues, car les résultats obtenus de notre population d'étude qui est restreinte, ne représentent pas la population mère de tous les cas d'avortements.

Conclusion générale

La prise en charge de la maladie somatique dans le passé se faisait seulement par le recours au médicament en négligeant ainsi toute autre dimension de la structure humaine.

Les données de la psychologie clinique ont pu démontrer les failles de l'approche médicale qui focalise son intérêt sur le côté biologique, et en s'intéressant à l'individu dans son aspect partiel ignorant la dimension humaine et l'aspect psychique de la personne soulignons que l'accompagnement psychologique contribue au soulagement et parfois à la guérison du malade.

Cependant, le développement remarquable de plusieurs domaines de la psychologie notamment les efforts faites en psychopathologie en terme de nosographie citant la nosographie de P. Marty qui se base sur la nosographie classique de S. Freud comme référence en lui rajoutant d'autres types.

C'est dans ce sens que les études et les recherches actuelles en psychologie confirment et considèrent l'être humain dans sa globalité. Dans cette vision, que l'école psychosomatique de P. Marty s'est approfondie en démontrant que le déséquilibre dans l'organisation mentale provoque des régressions qui peuvent conduire l'individu soit à la symptomatologie mentale ou à des atteintes physiques, cette dernière peut dans certain cas avoir une valeur réorganisatrice, de ce fait la maladie selon P. Marty est chargée d'une valeur positive.

Dans ce sens notre étude concerne la qualité du fonctionnement mental des Femmes ayant une maladie abortive en se référant à la théorie psychosomatique de P. Marty et à partir de la classification nosographique en s'appuyant sur les différents niveaux de mentalisations : la bonne mentalisation qui se caractérise par la capacité de traiter et de négocier l'angoisse, une bonne qualité d'élaboration psychique et aussi une richesse fantasmatique. La mentalisation incertaine dont la symptomatologie est douteuse, l'irrégularité du fonctionnement mental est patente. Enfin, mauvaise mentalisation, dans laquelle, en intégrant les sujets représentant une névrose du comportement qui se caractérise par une pauvreté des représentations et c'est les plus exposés à la somatisation. Dans notre recherche on n'a pas pu trouver des cas dotés d'une bonne mentalisation vu que cette qualité selon l'étude menée sur les femmes atteintes de cancer, par Marty. P et ses collaborateurs restent rares chez les malades dotés d'un fonctionnement psychosomatique. En outre la population d'étude est restreinte, elle contient que quatre cas. On a confirmé qu'il existe une relation expulsive entre la qualité du fonctionnement mental et le sort de la grossesse.

CONCLUSION GENERALE

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour un dispositif de recherche qui comporte l'étude de cas à partir de l'entretien clinique semi directif et le test projectif le Rorschach. En ce qui concerne l'entretien clinique, il permet la compréhension approfondie des sujets en collectant des informations sur lui et sur son comportement. Pour le Rorschach qui permet une évaluation psychologique du patient, d'analyser sa personnalité et son fonctionnement mental.

Les résultats obtenus de notre analyse sur les quatre cas cliniques étudiés qui représente notre population d'étude démontre les différents types de fonctionnement mental chez les femmes ayant des avortements spontanés à répétitions, à l'exception de la bonne mentalisation. Ce fonctionnement mental diffère d'une femme à l'autre et d'une situation à l'autre. Il y a trois cas dotés d'une mentalisation incertaine (Salima, Fatima et Lilia) et un cas caractérisé par la mauvaise mentalisation(Radia), selon la nosographie de P. Marty.

Cette recherche a abouti aux remarques suivantes :

Chez radia doté d'une mauvaise mentalisation, elle peut enfanter en gardant sa grossesse à terme si son entourage sera favorable. Dans le cas dont cet environnement est absent, elle risque fort bien d'autres maladies accompagnées de complications.

Par contre la mentalisation incertaine oscille entre la bonne mentalisation - doté d'un travail psychique qui protège le corps- et la mauvaise mentalisation, et le devenir de la grossesse est lié à la qualité du fonctionnement mental et de l'apport de l'environnement notamment si il est favorable , il va contribuer à mener la grossesse à terme.

Ce modeste travail nous a permis de confirmer nos hypothèses à propos des avortements spontanés à répétitions, qui sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique reste relative, non statique et non absolu par rapport la population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit:

- Comment elle est la qualité du vécu psychologique chez les femmes ayant des avortements spontanés à répétitions et qui n'ont pas d'enfants ?
- Comment elle est la qualité de vie chez les femmes stériles ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Alou. D. (2006). *Fausses couches spontanées à répétition à l'hôpital mère-enfant le Luxembourg et à la clinique Farako*. (thèse en vue d'obtention le diplôme de doctorat en médecine, université de Bamaco). Mali.Bamaco.
2. Anzieu. D, Chabert. C (1961). *Les méthodes projectives*, Paris, France. PUF
3. Bardin. L. (2003) : *L'analyse de contenu*. Paris, France .PUF.
4. Bédinielli. L.J. (2006). *introduit à la psychologie clinique*. Paris, France: PUF
5. Belleau. J. (2016). *L'expérience des femmes consultant pour un avortement, spontané sans prise en charge chirurgicale au CHU Saintejustine mémoire présenté à l'université du Québec*. Canada : université de Québec
6. Bénony. H, Chahraoui. Kh, (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France. PUF
7. Benony.H., Chahraoui. KH. (2003). *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*. France, Paris:DOUN
8. Bergert. J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique, théorie et clinique* Paris, France: Masson.
9. Bowlby J. (2002) *Attachement et perte, l'attachement.(5ème éd)* Paris, France: PUF.
10. Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique, L'aube des liens*. Bruxelles : Fabert.
11. Chabert. C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*.Paris, France: DOUN.
12. Chabert. C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach* . France, Paris : DOUN
13. Chemouni J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte* Paris, France: PUF
14. Delaisi de Parseval G. (2012) *Les deuils périnataux*. Paris, France.
15. Diiancoumba. M. (2008). *Avortement spontané, prise en charge au centre de santé de commune v et vi de district de Bamako*. Mali, Bamako : université de Bamako.
16. Doucet. D, (2000) *La psychosomatique théorie et clinique*. Paris, France: Masson
17. Engers M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* université d'Alger : Casbah
18. Freud, F. (1915). *La représentation consciente englobe la représentation de chose plus*

la représentation de mot correspondante Paris, France. Masson

19. Garel, M. & Legrand, H. (2005). *L'attente et la perte du bébé à naître*. Paris, France : A. Michel.
20. Godin. L. (2016). *dictionnaire attachement et neurosciences affectives. (1ère édition)*. Canada, Québec.
21. Grimm ER. (1962). *Psychological investigator of habitual abortions* Canada : Psychom Med .
22. Hanus, M. (1998). *Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris, France : Maloine.
23. Herve,B et Chahraoui, K.(2003). *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : DOUND
24. Hirsch E. (2004). *Face aux fins de vie et à la mort. Ethique et pratiques professionnelles au cœur du débat. Espace éthique*. Paris, France: Vuibert.
25. Jacqueline. R, (2009). *Manuel du test de Rorschach*». Bruxelles, Boeck.
26. Kamienieck, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique*. France, Paris: PUF.
27. Keita. N. (2008). *Prise en charge des avortements spontanés au centre de santé de référence de la commune du district de Bamako à propos de 156 cas* Bamako, Mali : université de Bamako.
28. Lejeune, V. & Carbonne, B. (2007) *Fausse couches et morts fœtales*. Paris, France: Masson.
29. Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique. (2011).. Paris, France.
30. Marie Lacombe. (1998) *Les perceptions des infirmières de la situation des femmes qui vivent une fausse couche* Canada. (thèse pour le doctorat) Québec, Canada : de l'université de Québec.
31. Marty. P, (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. France. Paris : Payot.
32. Marty. P, (1980). *L'ordre psychosomatique des mouvements individuels de vie et de mort/2*. Paris, France, Payot.
33. Marty. P, (1990). *que sais-je ? La psychosomatique de l'adulte* Paris, France: PUF.
34. Marty. P, (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. France, Paris : Collection les

empêcheurs.

35. Merger. R (2003). *Précis d'obstétrique* (6eme éd). France, Paris : Masson,.
36. Mucchielli. A. Paille. P.(2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
37. PBARDIN L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris, France: PUF.
38. Perron R. (1985). *Genèse de la personne*. France, Paris : PUF.
39. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. (2008) *L'impact psychologique de la fausse couche*. La Revue Sage femme. Paris, France.
40. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. (2011). *Avortement spontané et culpabilité, une étude qualitative*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Canada, Québec.
41. Sennaoui Khalid. (2014/2015). *Fausses-couches spontanées*. Algérie, Tlemcen : université Aboubakr Belkaid.
42. Sillamy .N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France . VUEF,
43. Simoussi. A, Benkhelifa. M, (2004) *Psychopathologie analytique et projective*. Algérie, Université d'Alger.
44. Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide*. Toulouse, France : Erès.
45. The Elliot Institute. (2000). *A List of Major Psychological Sequelae of Abortion* Quebec, Canada.
46. Tournaire. M, (1997). *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris, France. Masson.
47. Tourris. H. (2003). *Gynécologie et obstétrique, manuel illustré* Paris, France: Masson.
48. Traubenberg. N. R, (1970). *la pratique du rorschach*. Paris, France.
49. Traubenberg. N. R, (2010) *Elaboration de la grille de soi au Rorschach* Paris, France
50. Witzel, P. & Chartier B. (1989). *Les répercussions psychologiques non reconnues d'une fausse-couche*. Santé mentale au Canada Québec, Canada : université Québec.

ANNEXES

Le guide dentretien

Almoalomate égaanane tamotinte

- amek ismime ?
- achhal galaamrime ?
- lami danida ithekrete ?
- achou ithkhadmete ?
- awkathe itthzewdjete ?
- amek alhalanwane ghakhame:

Axe 1: lehala netenafssith okbal ogheloy n'tadisth

- aslabghime ithzewdjete ?
- achou itenite gazwadje ? dachou itenite gthadhisste ?
- tadistayé aslabghime ? dachou daray nourgazime ?
- amek istkablete lakhbare antadistime ?
- tasaadate lawkate andiri gmi atalite astadiste ?
- trouh amdekhssare tadistime yakane ?
- achhale thadhissime mimdekhssare ?

Axe 2 : ayane ianane akhasoure antadhiste

Dans cet axe l'intérêt sera porté sur l'avortement :

- achhale antadoussine imdakhasrene sagmi itzewdjate arthoura ?
- aken ithmayzete,dhachou dhassaba nokhassoure antadhoussinime ? dhachou daray natbibe igatabaane thadhissime ?
- tasaite kra lahlak tdawate falass akbal tadhissime ?
- ambaade akhassour wisse sine amek imtadhra ?

- kif kif kane athataichite mkoul tadhiste ? asfahmiyede amek ?

Axe 3 : ayen ianane alalakate natmoutinte

- amek isdhatra iwargazime agmi amdakhssare thadiste ?
- amek isantatra étfamiltim, lwahi dhlafami nourgazime ?
- tafamiltim thala sidhissime mimkhasrante dadhoussinne ?
- trouhate tazrite yakane tbibe natnafssite ?
- yala hade itasnate isaa aghablayé noukhassour antadoussine ?
- amek ithtaachane slahlakayé yare ntfamiltim ?
- ? khassour antadoussinime ibadlam tamachtime (itssime, almakla.....)

Axe 4 : ayen ianane essifath n'fonctionnement mental

- hadraghde fachfayate ikmichaghbane ?
- Tala yakane alhadja taachate atkarhame ama dhessahame ama dhelaklim ?
- dachou ithhamlate atkadmata gadounithim ?
- Amlaghide mayala tatargoute ?
- amak amougante thergayname ?
- ahkouyed targuitha taawadhtasse achhale dabride ? targuitha ikmichaghbane ?

Axe 5 : thamoughli naghrazethe

Regard vers l'avenir, l'objectif de ce dernier axe est de savoir la manière de projection de l'avenir.

- dachou ithenite galkhalate issaane adaria ?
- amek imdatbane tamaaichtime ghardezathe ? hadraghade dachou idhassirmime gharezathe ?
- matabghite, hadreghide fayane imyahwane ?

Annexe II : le test de Rorschach



Planche I

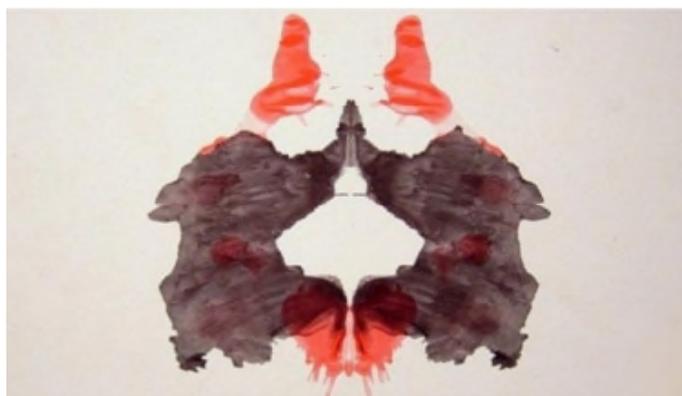


Planche II



Planche III



Planche IV



Planche V



Planche VI



Planche VII

Planche VIII



Planche XI

Planche X

