

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences Humaines

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vu de l'obtention du master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

*La représentation de soi chez les femmes
ménopausées célibataires*

Réalisé par :

M^{elle} GUENANA Siham

M^{elle} HAMANI Soraya

Encadré par :

M^{elle} : BOUCHERMA Samia

Année universitaire : 2014/2015

Remerciements

Nous remercions tout d'abord le dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la connaissance pour mener à bien notre formation et notre travail.

Nous exprimons nos remerciements les plus sincères et notre vive reconnaissance à notre promotrice M^{me} BOUCHERMA, qui n'a jamais épargné ni son temps ni ses efforts pour nous conseiller et nous orienter vers le meilleur. Qu'elle puisse trouver ici notre plus profonde gratitude.

Nous remercions le président ou la présidente et tous les membres du jury de nous avoir honorés par leur présence et d'avoir accepté et pris de leur temps pour examiner notre travail.

Nous remercions Monsieur le directeur de l'hôpital d'AKBOU où nous avons effectué notre recherche, également les femmes qui ont participé à la réalisation de ce travail

Nous remercions la psychologue de service « médecine femme » M^{me} SAADI qui nous a accueillis chaleureusement dans son bureau, et d'avoir mis à notre disposition tout le matériel ainsi que ses connaissances et ses conseils qu'elle nous a prodigués durant les entretiens.

Nous remercions toute l'équipe de la Radio SOUMAM, en particulier Docteur HAJOUT qui a accepté de discuter notre thème de recherche et tous ceux qui nous ont accueillis dans leur émission

Nous remercions M^r GACI pour sa générosité, son aide et collaboration avec nous dans le cadre pratique.

Nous remercions M^r AGGOUNE ainsi que M^{me} AIT ATMANE pour l'aide et le soutien qu'ils nous apportaient.

Enfin, nous ne pouvons pas oublier le soutien affectif et matériel de nos familles, qu'elles trouvent ici, l'expression de notre attachement.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents, pour leurs sacrifices et amour, qui sont toujours là pour moi et me donnent un magnifique modèle de prévenance, que Dieu les protège.

Yemma, vava je vous aime

A mes frères Saadi, Oussama

A ma très chères sœurs Kenza et son mari, Messaad, Salma.

A mon âme sœur Karim

A mes oncles et tantes.

A mes cousins et cousines.

A tous mes amis(es) et mes camarades

SIHAM

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents, pour leurs sacrifices et amour, qui sont toujours là pour moi et me donnent un magnifique modèle de prévenance, que Dieu les protège.

Yemma, Vava je vous aime

A Mon adorable frère Halim

A ma très chère grand-mère, yemma Baya

A mes oncles et tantes.

A mes cousins et cousines.

A tous mes amis(es) et mes camarades

SORIYA

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Introduction	01
-Objectifs et choix du thème.....	03
-Problématique et hypothèses.....	04
-Définition des concepts	08

La partie théorique

Le Chapitre I : la ménopause

Introduction	
1- Définition de la ménopause.....	10
2- Historique.....	10
3- L'épidémiologie.....	11
4- Les étapes de la ménopause.....	11
a. Péri ménopause.....	11
b. Période de ménopause confirmée ou post ménopause.....	12
5- Les types de la ménopause.....	13
a. La ménopause précoce.....	13
b. La ménopause tardive.....	13
c. La ménopause chirurgicale.....	13
6- Les symptômes de la ménopause.....	14
7- Le diagnostique différentiel de la ménopause.....	17
8- Les risques relatifs à la ménopause.....	18
9- Le diagnostique et La prise en charge d'une femme ménopause	20
10- Le vécu psychologique de la femme ménopause célibataire.....	23
Conclusion	

Chapitre II : la représentation de soi

Introduction

1- Le soi.....	25
2- Représentation.....	28
3- Représentation Montale.....	28
4- Représentation de soi.....	30
5- Identité.....	33
6- Le moi.....	34
7- Image de soi.....	35
8- L'estime de soi.....	37
9- Confiance de soi.....	41
10- L'image de corps.....	42
11- La représentation sociale.....	44
12- Une interaction entre la représentation du soi et la représentation sociale.....	47

Conclusion

Chapitre III : la méthodologie de recherche

Introduction.....	62
1- La pré-enquête.....	62
2- La méthode de recherche.....	
3- Les stratégies de la méthode de recherche :	
3.1 - La méthode descriptive.....	63
4- Présentation du lieu de la recherche.....	63
5- Présentation de groupe de la recherche.....	64
6- Les outils de la recherche.....	65
6.1 - L'entretien clinique de la recherche.....	65
6.2 - L'entretien semi-directif.....	66
6.3 - Le guide d'entretien.....	66
7- L'analyse de l'entretien.....	67
8- Le test de rorschach.....	67
9- La méthode d'analyse du protocole du Rorschach.....	70

Conclusion

Chapitre IV : présentation et analyse des résultats

1- La présentation des cas et analyse des résultats.....	72
1.1- Analyse de cas de Malika	72
1.2- Analyse de cas de Nadia.....	80
1.3- Analyse de cas de Lila.....	88
1.4- Analyse de cas de Samira.....	96
2- Discussion des hypothèses.....	103

Conclusion.....

Liste bibliographique

Annexe

Introduction

Les sociétés et les cultures modulent nos relations et notre perception de la santé et de la maladie, de la douleur et de la souffrance. Cela explique la grande variabilité des plaintes ménopausiques et des symptômes, qui diffèrent selon les femmes même à l'intérieur d'une même culture.

La ménopause est l'arrêt définitif des règles. Une femme peut estimer qu'elle est ménopausée, si elle reste un an sans avoir ses règles. Le phénomène se produit avec l'épuisement du stock d'ovules contenus dans les ovaires qui ne répondent plus aux stimulations hormonales. C'est cet effondrement hormonal qui va provoquer les modifications physiques et psychologiques que l'on constate durant cette période.

La ménopause met fin aux capacités d'une femme célibataire d'avoir des enfants et même une chance de se marier. Cet événement qui traumatise la féminité de la femme célibataire va provoquer une altération de la représentation de soi même.

La représentation de soi est un contenant fantasmatique du sujet, manifestation de son unité et de sa cohérence, reflet de son niveau de développement et de ses investissements narcissiques, et agent premier de la relation. Elle étroitement dépendant du réseau de la relation que nous constituons et dans laquelle nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée.

Notre objectif, c'est de clarifier à la femme célibataire que la ménopause n'est ni une maladie ni la fin de la vie. Elle est une étape dans l'existence d'une femme. Elle a autant d'importance que l'adolescence ou l'âge adulte. Les droits des femmes à jouir du meilleur état de santé et de bien-être possible concernent également cette période de leur vie, d'autant plus qu'il existe une gamme de traitements adaptables à chaque femme et qui peut les aider à ne plus subir avec fatalisme et résignation les inconvénients inhérents à cette période.

Nous aborderons une recherche sur le thème « la représentation de soi chez les femmes ménopausées célibataires » nous avons choisi comme terrain d'étude le service hospitalier « médecine femme » qui a porté sur quatre cas ; celles qui sont malades, une qui est une sage-femme et l'autre est une garde malade.

Pour élaborer ce modeste travail nous avons présenté un plan de deux parties :

- La première partie traite le côté théorique qui contient deux chapitres :
- Le premier chapitre comporte la définition de la ménopause, et les principaux types et étapes pour la compréhension de cette période hormonale, les symptômes et le traitement physiologique, ainsi que le vécu psychologique des femmes célibataires.
- Le deuxième chapitre consacré à l'étude de la représentation de soi et les éléments principaux pour la compréhension générale de cette notion; la représentation mentale, identité, le moi, l'image de soi, l'image du corps, l'estime de soi, confiance de soi, représentation sociale.
- La deuxième partie traite le côté pratique qui contient deux parties :
 - Le premier chapitre est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on aborde les points suivants : la méthode de la recherche, la présentation de lieu de recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode utilisée dans l'analyse des cas.
 - Le deuxième chapitre pour l'analyse des résultats et discussion des hypothèses, et on termine par une conclusion.

Choix du thème

Nous avons tenté de comprendre les raisons de la création de cette frange sensible de la population féminine. Et le regard qui réserve la société à ce genre de phénomène dans un milieu comme celui de l'Algérie connu pour la rigueur de ses coutumes et de ses traditions. Le manque de travaux scientifiques en Algérie, traite ce genre de sujet sous l'angle psychologique

Objectifs

- ✓ Faire comprendre aux femmes célibataires que la ménopause est un phénomène naturel et est une réalité biologique, commune à toutes les femmes.
- ✓ En tant que des universitaires, on est interpellées à contribuer et à maitre nu tous les sujets considérés comme tabou dans notre société.
- ✓ S'agissant d'un sujet qui touche les femmes célibataires ménopause, et vu l'intérêt particulier qu'on porte à cette tranche de la société, ce travail nous a permis dans la mesure du possible de les approcher afin de comprendre leurs trajectoires personnelles, ainsi que toutes les conditions et les circonstances qui ont entouré leurs états hormonaux.
- ✓ L'identification des représentations individuelles dans le vécu de la ménopause chez les femmes célibataires.
- ✓ L'identification des rapports entre les représentations sociales et les difficultés que rencontrent les femmes pendant cette étape de la vie.
- ✓ La découverte des perceptions, des attitudes, des enjeux et des nouvelles valeurs inhérentes aux conditions des femmes ménopause célibataires.

1- Problématique :

Attendue par les unes, redoutée par les autres, la ménopause est une étape normale de la vie de chaque femme, et non une maladie, elle survient en moyenne à l'âge de 50 ans et entraîne parfois des symptômes gênants qu'un traitement adapté permet de soulager. Selon Rymer J. et Al. (2003) : « *la ménopause est un processus physiologique naturel définit par la disparition des règles depuis au moins un an, associé à un syndrome clinique* ». Et pour Marie Noelle (1993) : « *elle correspond à l'arrêt du fonctionnement des ovaires et s'exprime par l'arrêt des cycles menstruels* ». (Kahina.A – Nora.K -P.1).

Bien que la ménopause soit une étape de la vie qui touche toutes les femmes qui est une modification dans le fonctionnement des ovaires entraînant l'arrêt définitif des menstruations et se caractérisant par des changements significatifs dans le taux d'hormone sexuelle contenu dans le sang, mais cette période ne sera pas vécue de la même manière par chacune. D'abord l'âge peut varier de façon significative et les manifestations diffèrent également d'une femme à l'autre et ne sont pas d'une même intensité, elles peuvent même parfois être totalement absentes.

La ménopause est pour certaines femmes une libération, pour d'autres les règles jouent le rôle de purificateur, leur cessation met leur santé en danger et elle signifie essentiellement la fin de la fonction de reproduction et de la féminité et un mauvais indicateur du fonctionnement interne du corps, elle marque aussi l'événement de l'accession à une nouvelle classe d'âge de femmes ménopausées, stériles. Cette interruption de fonctionnement menstruel ne va pas être discrète ; cette cessation va être impertinemment l'objet d'interrogation et d'inquiétude que chaque société interprète selon ses propres normes culturelles édifiées à partir des croyances et des représentations populaires du sang des femmes et de sa cessation.

Le phénomène de l'acculement du sang féminin reste dans les esprits, ainsi le traitement symbolique de la ménopause et le statut social varient d'une société à l'autre, selon l'attention portée par le groupe au cycle féminin. Le vécu de l'arrêt des règles va dépendre de la vie antérieure de la femme parce que le sentiment de sa valeur provient de l'accomplissement du rôle social et l'image de soi est le produit de la façon dont nous croyons que les autres nous voient, ce qui est admis par la plupart des psychologues. Deutsch H.dit: « *la ménopause se passe sous le signe d'une humiliation narcissique qu'il est souvent difficile de surmonter* ». (SELLAHLI.F.Z, 2006-2007 P17).

Les représentations sociales sur la vision de la ménopause qu'adaptent les femmes, qu'elle soit positive ou négative ont un impact important sur le vécu de chaque femme durant cette étape en particulier la femme célibataire, qui est considérée comme une perte, une diminution, une dévalorisation. Lacoste Dujardin (1985. P 93) cite Genevois : « *la fille, est comme l'hirondelle sous le toit, elle n'est fixée nulle part tant qu'elle n'est pas mère féconde dans la famille des autres* ». (SELLAHI.F.Z, 2006-2007 P49).

Selon Sanglade (1990) : « *la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle* ». Le concept de *représentation de soi* est un concept récent en psychologie clinique et un concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « *un principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel* » (Rausch de Traubenberg, 1990) (S .CLAUDEL, 2012, P69).

L'image de la femme idéale « bonne épouse » n'est pas la seule exigence demandée de l'homme et de la société, il en existe d'autres nécessités, c'est d'avoir un enfant, qui est considéré comme un symbole de la féminité et l'issue normale de toute relation sexuelle durable. Donner naissance à un enfant renvoie une femme à sa propre naissance, à sa propre mère. Il faut parfois du temps pour intégrer en elle l'image de celle-ci, et lui permettre à son tour de le devenir. Il faut également renoncer à être la petite fille de sa propre mère pour pouvoir accéder soi même au statut de mère.

Le désir de l'enfant bien présent exprime le souhait d'accéder à la maternité et de s'inscrire dans l'ordre des générations et dans l'affiliation comme pour d'autres socialement plus favorisés. La perte de cycle menstruel et l'impossibilité d'enfanter charnellement à tout jamais touche plus particulièrement la féminité de la femme célibataire, cette perte engendre un sentiment de manque par rapport à d'autres femmes et un changement de son image de soi même qui menace profondément l'identité de la femme et sa représentation de soi.

Jusqu'à aujourd'hui, la perception de la ménopause est encore complexe, allant de l'optimisme à la résignation. Cependant, ce qui a changé aujourd'hui, est que la ménopause n'est plus l'objet d'une détresse. Mais les préjugés négatifs qui persistent à l'égard des femmes âgées, ménopausées et célibataires reste comme un sujet tabou auquel cette tranche de société refusent d'en parler, ces femmes subissent le martyre en silence. Elles font face seules aux préjugés ayant bouleversé leur vie en entier.

Alors que le mariage, dans la tradition musulmane et dans la législation algérienne, constitue le principe de base de la famille et sert ainsi de plate forme à toute l'organisation des rapports entre les individus et la société [AARDES, 1977; Boutefnouchent, 1982]. Le mariage est une institution fortement recommandée par l'islam. Il est considéré à la fois comme un devoir religieux, un acte social et juridique et un acte personnel ayant pour objectif amour et affection [Bourayou et Belhadri, 2000]. (**Z. Ouadah-Beddidi, 2005, p. 29, 50**).

Dans la société algérienne, le mariage a toujours été considéré comme une étape incontournable de la vie d'un individu et surtout de celle de la femme. Une femme qui ne se mariait pas faisait honte à ses parents et n'avait pas de statut dans la société. En demandant des nouvelles d'une fille perdue de vue depuis un moment, la première information généralement donnée est son statut vis-à-vis du mariage. « *Elle s'est mariée* », ou alors « Elle est fiancée et va bientôt se marier », ou encore, « *meskinet*, elle n'a pas pu se marier jusqu'à présent ». Aujourd'hui, la valeur sociale du mariage ne semble pas avoir changé; une femme mariée est toujours plus valorisée qu'une femme célibataire. Qui est malgré sa beauté, sa féminité et sa bonne carrière professionnelle elle reste seule dont l'espoir de trouver l'âme sœur et d'attendre son destin qui le rendre une femme mariée et prête à être fécondée, pour qu'elle assure son rôle sacré de la procréation, garantissant ainsi l'éternité de l'espèce.

Au moment que l'âge s'écoule, s'est la perte de la jeunesse et de la féminité, c'est le fantôme de vieillissement qui rapproche qui peut être ressenti comme une proximité de la mort. Mais le statut de cette femme est encore célibataire, à partir de cela elle cherche à trouver le meilleur moyen d'échapper au relâchement des muscles, à la descente des seins, la mollesse de la peau, et autres trucs anti-vieillesse. Et qui peut aboutir même à avoir un partenaire et faire des rapports sexuels hors de mariage.

L'impossibilité pour les femmes de trouver des maris pousse de nombreux nombres parmi elles, à la sexualité et les relations hors mariage qui peuvent constituer à la création d'un être nouveau, cette tranche qui est surnommée « mères-célibataires » doit assumer seule la prise en charge de son enfant. Cette maternité apparaît de ce fait, comme un état plus ou moins désiré, ou même craint. Ce phénomène est une réalité criarde. Mais le jugement d'une société qui refuse d'admettre ce fait social, qui prend de plus en plus d'ampleur, finit par contribuer à l'aggravation de ce phénomène et condamne les enfants nés sous X. La majorité des mères célibataires rejettent leurs enfants de peur d'être rejetées par leurs familles et par la société. (**J. Boukraâ, 2012**).

Une écoute des difficultés qui induisent une souffrance, est nécessaire, pour aider cette catégorie des femmes, car la ménopause ne fait souvent que révéler un malaise préexistant et les occasions d'être malheureuses dans le solo sont innombrables. Les règles qui s'arrêtent matérialisent le deuil de la fertilité, mais aussi la solitude. La ménopause n'est pas une maladie! Au contraire, cette phase passionnante, même si elle s'accompagne parfois de désagréments, est riche en découvertes et peut être le prologue à un chapitre de vie heureux et créatif.

Vu l'importance de l'impact de la ménopause sur la vie des femmes célibataires, nous tenons à contribuer par notre modeste travail à la compréhension de ce phénomène, en apportant quelques questions suivantes :

- 1- Comment la représentation de soi se manifeste chez les femmes célibataires ménopausées ?
- 2- Comment les femmes célibataires perçoivent-elles la cessation de cycle menstruel ?

2- Les hypothèses :

- ✓ La ménopause nuit à la représentation de soi chez les femmes célibataires.
- ✓ Les femmes célibataires perçoivent la ménopause comme une perte de l'identité féminine.

1- Définition des concepts :

1.1 La ménopause : la ménopause survient, habituellement, entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans. Elle entraîne des perturbations endocriniennes qui expliquent, en partie, la nervosité et la modification du caractère de beaucoup de femmes. Annonce de la vieillesse. **SILLAMY.N, (1999).**

C'est la Fin de la fonction menstruelle. Elle correspond à la cessation de l'activité ovarienne et s'accompagne d'une régression des caractères sexuels. De bouffés de chaleur et par fois, de perturbation psychiques et neuroendocriniennes. **GARNIER DELAMARE, DICTIONNAIRE Illustré DES TERMES DE M2DECINE, 30^e édition, ed : MALOINE, 2009. p 533**

1.2 La représentation de soi : Entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système. **H. Bloch, E. et al, P 1112.**

2- L'opérationnalisation des concepts :

2.1 La ménopause :

- Un processus naturel et biologique qui intervient chez la femme à la moitié de sa vie.
- La cessation des règles signifie essentiellement la fin de la fonction de reproduction
- C'est un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne
- Ce phénomène normal et inéluctable, passage obligé et parfois mal vécu
- Ce phénomène normal, et ce ni pas une maladie, c'est passage obligé pour toutes les femmes et parfois mal vécu.

2.2 La représentation :

- une façon que chacun construit son unité identitaire et se représenter à soi-même
- l'évolution que l'on fait de soi-même en rapport avec nos propres valeurs.
- un ensemble des représentations inconscientes et conscientes, et celle qu'on s'est construite de nous-mêmes
- Établir une bonne relation avec soi, se respecter, être congruent, être son propre destin, pour aboutir aux sources de soi

Partie théorique

Le premier
Chapitre
La ménopause

Introduction

La ménopause correspond à l'arrêt définitif des règles, et donc des fonctions cycliques ovariennes (fonction de reproduction et sécrétions hormonales). Toutefois, il est parfois difficile de préciser le moment où cet arrêt devient définitif. Dans un certain nombre de cas, il peut en effet se produire des reviviscences ovariennes lors de la première année qui suit l'arrêt des règles. C'est une étape de la vie génitale féminine, phénomène naturel, est aussi une période critique et un cap parfois difficile à franchir.

1 -Définition

C'est selon l'OMS l'arrêt des règles depuis plus d'un an sans cause physiologiques ou pathologique à un âge habituel de ménopause. L'arrêt des règles correspond à une perte de la fonction de reproduction des follicules primordiaux du parenchyme ovarien et par modification des sécrétions stéroïdiennes. **(J. Lansac et al, octobre, p 388).**

La ménopause est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme, elle survient en moyenne à 50 ans et elle confirmée après un an d'aménorrhée. **(B. COURBIERE. 2014, P 455).**

En effet, la ménopause ne se réduit pas aux modifications physiologiques qui la définissent mais inaugure, pour la femme, une période de bouleversements qui vont la conduire à un changement d'état physique et psychique mais aussi de statut social. C'est parce que ces changements nécessitent un effort d'adaptation à la recherche d'un nouvel équilibre que cette étape de la vie de la femme constitue une période de plus grande vulnérabilité psychologique, une période où les troubles psychopathologiques sont classiquement fréquents.

2- Historique

Le terme est connu depuis 1823 dans la langue française, les racines du mot proviennent du grec ; ménaia : menstruation et pausis qui signifie cessation. Les grands mères l'appelaient le retour d'âge, c'est un sujet tabou, perçu chez plusieurs comme une épreuve inévitable, et peu discuté **(Bélanger, M et al 2004)**

Depuis les années 70 et tout particulièrement depuis les années 80, s'est dessinée une nouvelle ouverture grâce à des femmes qui en ont eu assez de vivre anormalement des événements tout à fait normaux.

Néanmoins, la ménopause reste encore pour plusieurs, l'un de ces phénomènes naturels encore bien méconnus à une époque où nous avons les moyens d'aller au fond des choses.

Le monde médical et les féministes ont, tour à tour, porté un regard sur la ménopause afin de proposer des solutions et des moyens pour faire aux changements de leurs visions, et discours dominants, respectif produisent des impacts sur la santé des femmes (**Bélangier, M et al 2004**)

3- Epidémiologie

La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans dans les pays occidentaux, L'âge de la ménopause est déterminé par des facteurs génétiques et modulé par des facteurs environnementaux, comme le tabac et les hydrocarbonés aromatiques polycycliques.

Chez 1 à 2 % des femmes, un blocage de la maturation folliculaire ou un épuisement folliculaire apparaît avant l'âge de 40 ans définissant l'insuffisance ovarienne prématurée, Il est à noter que le chiffre de 40 a été déterminé de manière arbitraire suite à des analyses épidémiologiques. L'Insuffisance Ovarienne Précoce atteint 1/10 000 chez les femmes de moins de 20 ans, 1/1 000 chez les femmes de moins de 30 ans et 1 % chez les femmes de moins de 40 ans. Cette prévalence est stable d'après les dernières études épidémiologiques réalisées en Grande-Bretagne, en Italie, ou en France. D'après des études aux États-Unis les chinoises ou les japonaises ont moins d'Insuffisance Ovarienne Précoce que les caucasiennes ou les africaines avec des taux respectifs de 0,5 %, 0,1 %,1 et 1,4 %. (**Christin-Maitre S. 2006**)

4- Les étapes de la ménopause

4.1 Péri ménopause

Avec les premiers signes fonctionnels et les premières irrégularités menstruelles, c'est la péri ménopause qui débute; selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé «c'est

la période pendant laquelle apparaissent des signes cliniques et biologiques annonçant l'approche de la ménopause et, au moins, l'année qui suit les dernières règles ». Elle englobe donc la dernière menstruation.

La péri ménopause est une période d'anarchie hormonale, avec parfois retour provisoire à une fonction ovarienne normale. Elle évolue en deux phases dont la frontière n'est pas nette. Etat hormonal et symptomatologique peuvent varier et alterner dans le temps. **(C, MATERN, 2003 p 4, 5).**

Il s'agit d'une période longue, durable, extraordinairement variable. La péri ménopause est souvent vécue par les femmes comme une épreuve au moins aussi dure et pénible que la ménopause. **(David Elia, 2010, p3)**

Au fur et à mesure de l'âge, les cycles se raccourcissent progressivement (18 à 21 jours), la phase folliculaire va devenir plus courte (8jours), l'ovulation précoce et la durée du corps jaune initialement normale vont ensuite diminuer. Une élévation de FSH est observée à ce stade.

La péri ménopause débute vers 40 ans et sans doute avant, dès 35 ans. Les cycles irréguliers correspondent à une alternance de périodes où l'ovaire est réfractaire aux sollicitations hypophysaires des gonadotrophines. **(J. Lansac et al, 2012, P388)**

Il s'agit d'une « période charnière » qui est la traduction clinique des stades de la fonction cyclique ovarienne avant l'installation définitive de la phase post ménopausique. **(Patrice Lopès, Florence Trmollières, p25, 2004).**

4.2 Période de ménopause confirmée ou post ménopause.

La ménopause s'installe lorsque le nombre de follicules atteint le seuil critique d'environ 1000 follicules. **(Ibid. p 19).**

Les conséquences de la carence hormonale vont devenir manifestes puisque les sécrétions ovariennes se tarissent. Des épisodes de reviviscence ovarienne même très à distance de la ménopause sont possibles. **(C, MATRENE (2013), p 4, 5)**

Les règles sont absentes depuis au moins douze mois. Ainsi, les femmes qui n'ont pas eu leurs règles depuis plus de deux ou trois ans, voire plus, et qui viennent nous consulter, ne posent aucun problème diagnostique. **(David Elia, 2010, p 52)**

Elle survient en moyenne vers 50 ans (45-55 ans). Elle se caractérise par un arrêt définitif du fonctionnement ovarien : aménorrhée secondaire, anovulation et par la fin de la vie reproductive physiologique de la femme. **(B. COURBIERE, X. CARCOPINO, 2014 P 457)**

5- Les types de la ménopause

5.1 La ménopause précoce

Elle se définit par une aménorrhée hypergonadotrophique avec hypo-œstrogène, survenant chez une femme de moins de 40 ans. Elle représente 2 à 10% de l'ensemble des aménorrhées avant 40 ans. **(Clara Pélissier -Langbort, 2001, p137)**

Cette limite apparaît arbitraire puisque si en prenait en compte un écart type de deux déviations standard par rapport à l'âge moyen de la ménopause, on obtiendrait l'âge de 40 ans. **(Patrice Lopès, Florence Trmollières, p35, 2004)**

Plusieurs causes peuvent expliquer la survenue d'une ménopause précoce, et si la femme est très jeune, c'est au spécialiste qu'il faudra s'adresser pour retrouver :

- Des causes génétiques (mosaïques)
 - Des maladies auto-immunes, dont font partie les « ovaires résistants », dont lesquels il existe de nombreux follicules primordiaux, arrêt dans leur évolution au stade antral.
- (Clara Pélissier -Langbort, 2001, p137)**

-

5.2 La ménopause tardive

On qualifie la ménopause tardive, lorsqu'elle survient après l'âge de 55 ans. **(Patrice Lopès, Florence Trmollières, p2, 2004)**

5.3 La ménopause chirurgicale

La ménopause survient immédiatement dans le cas de l'ablation chirurgicale des deux ovaires (ovariectomie bilatérale). L'intervention chirurgicale pratiquée pour enlever l'utérus (hystérectomie) ne déclenche pas la ménopause si les ovaires restent en place, mais les

menstruations s'arrêteront. Les femmes qui ont subi une hystérectomie sont en ménopause deux à trois ans plus tôt que les femmes qui n'ont pas subi cette intervention. ((SIGMA), **La Société Canadienne de la Ménopauses P, 2**)

6- Les symptômes de la ménopause

6.1 L'arrêt des règles

« Il s'agit bien évidemment du signe vedette. Pourtant, de nombreuses femmes « ne voyant plus leurs règles » aux alentours de la cinquantaine,... », Cet arrêt des règles peut être isolé ou, au contraire, accompagné de signes évocateurs tels que les bouffées de chaleur, les suées, les migraines, les douleurs articulaires. Nous sommes alors dans un contexte d'hypoestrogénie totale, les ovaires ont stoppé leur production hormonale, l'arrêt de fonctionnement ovarien de la ménopause se caractérise par son aspect définitif et irréversible. **(David. E, 2010, P26)**

6.2 Les bouffées de chaleur

Symptôme le plus fréquent (70 % des patientes). Elles sont d'intensité variable, au maximum, elles se traduisent par une sensation de chaleur intense, brutale, transitoire, accompagnée de rougeurs de la face, de tronc et de sueurs profuses. Elles sont essentiellement nocturnes et participent aux troubles de sommeil. **(B. COURBIERE 2014, P 455)**

6.3 Les transpirations

Les transpirations suivent la survenue des bouffées de chaleur ou elles peuvent être isolées, survenant dans ce cas là le plus souvent la nuit. Les œstrogènes constituent le traitement le plus efficace contre les bouffées de chaleur et les transpirations. Ces symptômes disparaissent en général après 2 à 4 semaines de traitement. Leur persistance devra inciter le médecin à augmenter la posologie quotidienne des œstrogènes. **(BERDAH. S, 2010-2011, P 13, 14).**

6.4 La fatigue

La ménopause fatigue énormément. Il ne s'agit pas d'une petite lassitude, de celle dont on se relève facilement après une bonne nuit. Non, ici, c'est plus sérieux. De nombreuses

femmes, à partir du moment où leurs règles disparaissent, se plaignent d'être exténuées, vidées de tout ressort, hors service. **(David. E, 2010, P 34)**

6.5 Les maux de tête

Les maux de tête accompagnent souvent le déclin de la fonction ovarienne et peuvent être un symptôme aussi typique que les bouffées de chaleur. Il se classe en deux espèces : les migraines, et les céphalées. Quand elle décrit son mal, la femme parle de sa tête comme de quelque chose d'étrange, d'inconfortable dont elle voudrait bien se débarrasser. **(E PARKER M. D, P 329)**

6.7 La nervosité

A ce moment là. Une femme peut se sentir nerveuse au point d'en être malade, malheureuse, inefficace. La perte de sentiment de bien-être, de la confiance et de contrôle d'elle-même peut provoquer un profond malaise et la rend difficile à vivre.

Cette « nervosité » signifie que la femme est perpétuellement tendue et incapable de se laisser aller. Elle est en proie à une poussée intérieure qui la garde sans jamais rien finir, et sans n'en retirer aucune satisfaction. **(E. PARKER. M. D, P328)**

7.8 La déprime

Il ne s'agit pas de la grande dépression des psychiatres : on peut encore se lever le matin et avoir des échanges affectifs avec l'entourage. Non, c'est plutôt une démotivation, une morosité, un « bof de la vie », une mélancolie et une tristesse tout à fait inhabituelles, Et l'on se plaint amèrement de ce changement d'humeur. Quant à celles qui ont toujours été fragiles de ce côté, les choses ne vont pas en s'améliorant, loin de là. Certaines même « plongeront » vraiment vers la dépression nerveuse au sens psychiatrique du terme. Cette déprime devient parfois inquiétante et domine alors tous les autres symptômes de la ménopause. **(David. E, 2010, P 36)**

7.9 L'insomnie

L'insomnie est un symptôme particulièrement éprouvant car on ne remue jamais tant d'idées noires et défaitistes que pendant ces longues heures volées à la nuit. D'autre part, la fatigue et la dépression sont bien sûr les résultats traditionnels de ce manque de sommeil chronique. **(Ibid, 2010, P 38)**

6.10 La sécheresse vaginale

Le vagin est un organe particulièrement sensible aux estrogènes. C'est grâce à ces hormones qu'il reste souple, humide, « vivant ». La lubrification vaginale, contemporaine du rapport sexuel, est l'expression physique du désir sexuel ressenti par la femme. Cette lubrification est assurée par le col de l'utérus et sa glaire cervicale, les parois vaginales elles-mêmes qui « transpirent » et, à un moindre degré, la lubrification assurée par les glandes lubrificatrices de Bartholin et de Skene.

Sans estrogènes, le col devient sec, les parois vaginales se révèlent incapables de former quelque lubrification que ce soit, la muqueuse vaginale elle-même devient fine, fragile, sèche. Quant à la vulve, au fil du temps, elle a souvent tendance, elle aussi, à s'atrophier. (Ibid. E, 2010, P 40)

6.11 Troubles urinaires

La ménopause est essentiellement responsable d'infections urinaires favorisées par l'atrophie de la muqueuse et par les modifications de la flore vaginale. La fréquence des infections croît avec l'âge des patientes, La pathologie génito-urinaire qui réunit l'association d'un prolapsus et de troubles urinaires et / ou de troubles sexuels est un problème particulièrement important dans cette période de la vie. Par sa fréquence élevée, elle doit être recherchée car elle est rarement un motif de consultation. (BERDAH. S, 2010-2011, P 13, p14)

6.12 Modification de la sexualité

A l'installation de la ménopause et dans les années qui suivent, une majorité de femmes rapportent des modifications de la sexualité à savoir la diminution du désir, de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels. La qualité se traduit par la diminution des sécrétions vaginales, la diminution des orgasmes et l'augmentation des dyspareunies. (BERDAH. S, 2010-2011, P 13, p14).

6.13 Troubles de la peau et des phanères

Le vieillissement de la peau débute vers 30 ans. La peau perd de son élasticité, s'amincit et des rides apparaissent. La carence hormonale de la ménopause accélère le processus du vieillissement cutané : la peau s'amincit, devient plus rugueuse et donne l'impression d'être sèche. En réalité la teneur en eau de la peau ne se modifie pas

mais celle-ci s'appauvrit en fibres élastiques et en collagène, devient plus terne et se ride plus facilement. (BERDAH. S, 2010-2011, P13, p14).

6.14 Modification du poids

La prise de poids est souvent associée à la ménopause, et, de ce fait, particulièrement redoutée par les femmes en tant que manifestation du « vieillissement ».une augmentation linéaire du poids avec les années, sans accentuation particulière à la cinquantaine. (BERDAH. S, 2010-2011, P13, p14)

6.15 Les ballonnements

Le ventre a tendance à être gonflé et ballonné pour un rien. Ce phénomène est directement directement lié à la baisse des estrogènes dans le sang. (Marie-claude delahaye, p 116, 1992)

6.16 Altération de la qualité de vie

Par l'ensemble de ces symptômes, la qualité de vie des femmes ménopausées se détériore à long terme. C'est une notion relativement récente en médecine. L' Organisation Mondiale de la Santé l'a définie en 1993 : « c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe, par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (BERDAH. S, 2010-2011, P 13, p14).

7- Diagnostique différentiel :

A cette période, en pratique, deux problèmes peuvent se poser.

7.1 Diagnostic d'une grossesse tardive chez la femme en aménorrhée : il faut penser à la grossesse bien qu'elle soit rare à 50 ans (1/30 000 naissance). Il y a 80 % de fausses couches à cet âge mais un risque de mole élevé.

- **L'aménorrhée gravidique** s'accompagne :
 - de la visualisation d'un sac ovulaire intra-utérin

- d'un abaissement des taux de FSH et de LH, la prolactine, par contre, élevée.
 - **Dans l'aménorrhée ménopausique :**
- Les estrogènes sont normaux ou bas.
- FSH et supérieure à LH.
 - **L'aménorrhée iatrogénique** lors de la prescription de progestatifs s'accompagne :
- D'estrogènes bas ;
- De FSH ou LH plasmatiques normales ou basses ;

7.2 devant les irrégularités menstruelles :

Le problème est de savoir s'il s'agit d'irrégularités simple ou de métrorragies pré-voire post ménopausiques nécessitant un bilan.

Les femmes qui ont un saignement qui survient après un syndrome prémenstruel (seins tendus, prise de poids, douleurs pelviennes), ont un cycle irrégulier. Ne s'agit pas ici de métrorragies, mais de règles, l'échographie permet parfois de montrer la maturation de quelques follicule.

Par contre, après la ménopause, toute métrorragie après une période d'aménorrhée de quelques mois, doit être explorée complètement surtout si les facteurs de risques sont réunis (obésité, diabète, hypertension, cancer familiale l'endomètre).

7.3 Tumeurs ovariennes hormonosécrétantes :

Tout signe d'hyper estrogène permanent doit faire rechercher tumeur ovarienne sécrétant ou une hyperplasie du stroma. (**Patrice Lopès, Florence Trmollières, p34, 2004**)

8- Risques reliant à la ménopause :

8.1 Ostéoporose post-ménopausique :

Elle se définit par un état du squelette caractérisé par une diminution de la solidité osseuse exposant la femme à un risque accru de fracture.

L'ostéoporose par déminéralisation osseuse est un phénomène physiologique lié au vieillissement mais dont le processus s'accélère à la ménopause. La perte osseuse est de 1 à 2 % par an à cette période contre 0,3% à 30 ans. Elle constitue un réel problème de santé publique. Elle atteint une femme sur quatre.

L'ostéoporose post-ménopausique constitue la complication la plus grave de la carence oestrogénique responsable d'une accélération brutale de la perte osseuse. Elle se manifeste 7 à 10 ans après l'arrêt des règles. Sur les 10 millions de femmes françaises ménopausées, 2,5 millions seront donc atteintes de cette maladie.

L'importance de l'ostéoporose dépend de deux éléments : la vitesse de résorption osseuse et la masse osseuse initiale atteinte à la puberté. Ces deux éléments sont dépendants de facteurs génétiques et de facteurs comportementaux.

D'autres facteurs aggravent l'ostéoporose : la malnutrition, le tabac et l'alcool.

L'ostéoporose favorise la survenue de fractures pour des traumatismes minimes. Les fractures sont la conséquence d'une diminution de la solidité osseuse. Cette solidité doit intégrer la masse osseuse et la qualité osseuse. Les fractures les plus fréquentes siègent au niveau des vertèbres et des poignets, alors que les fractures liées à l'âge sont celle des os longs. Par ordre de fréquence, ce sont les fractures du rachis puis de poignet et enfin du col fémoral. ces fractures grèveront lourdement l'avenir des femmes concernées par ce problème avec 40% de complications et une mortalité de 25%.

Le nombre de fractures du col du fémur double tous les 5 ans après 60 ans chez la femme, contre tous les 7 ans chez l'homme. 40% des femmes âgées de 80 ans ou plus ont été victime d'une fracture uni ou bilatérale du col du fémur.

Le risque de fractures est apprécié par l'analyse :

- De l'âge ;
- Des antécédents : fractures ostéoporotiques dans la famille, antécédents de fractures ;
- Personnelle ;
- Des risques de chute ;
- Et par un examen : la densitométrie osseuse

8.2 athérosclérose coronarienne :

Avant la ménopause, les maladies coronariennes sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que la femme, après la ménopause, progressivement la fréquence des coronaropathies féminines va rejoindre celles des hommes. Le rôle respectif de l'âge et de la carence ostrogénique est controversé. Les autres facteurs sont :

- Les modifications du métabolisme lipidique (cholestérol total, LDL- cholestérol) ;
- Les modifications de certains facteurs de coagulation ; la glycémie ne varie pas physiologiquement à cette période.

Il existe un doublement de la fréquence des accidents coronariens après la ménopause, actuellement les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez la femme en France. Un certain nombre d'études semble confirmer l'effet favorable des traitements ostrogéniques chez la femme ménopausée sur le risque cardiovasculaire si ce traitement est administré précocement en prévention de l'athérosclérose avec l'œstradiol par voie transdermique (patch) et des molécules progestatives non thrombogènes (progestérone orale micronisée). (H.-J. Philippe et al octobre 2010 P 70, 71)

8.3 Troubles cognitifs et qualité de vie :

La qualité de vie peut être appréciée par le bien être physique, mental et social. Sous THS, on observe une amélioration de tous les aspects de la qualité de vie.

L'impact favorable des œstrogènes sur la maladie d'Alzheimer ainsi que sur les fonctions cognitives des patientes âgées est actuellement controversé.

9- Le diagnostic et la prise en charge clinique :

9.1 Le diagnostic :

9.1.1 Interrogatoire :

- Age.
- Antécédents personnels médico-chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux et familiaux (âge de la ménopause de la mère).

- Date des dernières règles et existence de trouble de cycle ayant pu précéder l'aménorrhée (exemple : ménorragie).
- Existence d'un éventuel syndrome climatique dont on précise la sévérité et la tolérance.

9.1.2 Examen clinique :

- Pouls, tension artérielle, poids.
- Examen clinique général et gynécologique complet.
- Examen bilatéral et comparatif des seins.
- Palpation abdominale, inspection vulvaire, examen au spéculum et toucher vaginal.
- Réalisation d'un frottis cervico-utérin de dépistage.

9.1.3 Examens complémentaires :

- La pratique d'un bilan par dosage des taux de FSH, LH et de 17 β -œstradiol(E2) n'est justifiée que dans certaine indication :
- Doute ou difficulté diagnostique (exemple : patiente ayant eu une hystérectomie, prise d'une contraception oestroprogestative).
- Suspicion d'insuffisance ovarienne précoce (âge < 40 ans) (**BLANDINE COURBIERE, 2014, p 458**)

9.2 Le traitement

9.2.1 Le traitement hormonal substitutif :

Le traitement hormonal est proposé aux femmes pour lesquelles pré ménopause ou ménopause provoquent une gêne importante, sous réserve de l'absence de contre-indications. Il est d'apporter à l'organisme les hormones manquantes que ne produisent plus les ovaires. (**Lucien CHABY, p72, p73**)

Il s'agit d'un traitement substitutif. Cela suppose qu'on ne le commencera que lorsque les ovaires auront cessé définitivement de travailler, c'est-à-dire qu'ils ne produiront plus ni progestérone ni estrogènes. (**David Elia, 2010, P52**)

De quelque façon que l'hormone soit utilisée ; comprimés, injection, gouttes ou crèmes, ces dernières à résorption rapide ou retarder, il faut respecter un principe : le but de

traitement est d'adoucir la transition, non pas de la retarder ou de la prolonger. (**E. PERKER. M. D, p 337**)

En effet il existe deux principales cibles traitement hormonal substitutif :

- **Au court terme** : le traitement hormonal substitutif diminue fortement ou fait disparaître les signes fonctionnels liés à l'hypoestrogénie et, dans une moindre mesure, les troubles psychologiques. Il améliore ainsi la qualité de vie.
- **Au long terme** : il a des effets positifs sur diverses pathologies tissulaires, avec une efficacité variable selon les cas.

Le cancer du colon voit son incidence diminuer

L'ostéoporose, même fractionnaire, est très souvent prévenue et ralentie

Les accidents cardiovasculaires ischémiques : l'efficacité du THS en prévention primaire est actuellement discutée.

La peau pourrait en tirer bénéfice (épaississement du derme)

Les fonctions cognitives semblent améliorées (mémorisation plus facile)

Le risque vasculaire cérébral n'est pas modifié. (**Girand. J. R, 1989, P263**)

Le choix de la durée de traitement optimale n'est pas clairement établi. Elle doit être ajustée aux objectifs du traitement. Il est cependant recommandé de le limiter à 5 ans et d'évaluer tous les ans la balance bénéfices / risques. La voie d'administration doit privilégier les formes non orales pour diminuer les risques thrombotiques. (**H.-J. PHILIPPE p 72**).

9.2.2 Quelles sont les alternatives thérapeutiques

Elles sont actuellement envisagées en cas de contre-indications du THS ou lorsqu'il n'est pas souhaité par la femme. Il s'agit de :

- œstrogènes à action locale pour traiter la sécheresse vaginale, trophigil, colpostrophine,
- Sédatifs pour les bouffées de chaleur (Abufène, Centralgol),
- Androgènes : pour améliorer le bien-être et la libido,
- Biphosphonates (Didronel et Fosamax) actifs sur la minéralisation au stade fracturaire,

- Parfois des lubrifiants vaginaux pour les rapports (Taido*, Replens*, Sensilube*),
 - et de nouveaux produits :
 - SAS (Stéroïde à action sélective) : Livial (tibolone) : actif sur l'ostéoporose, le vagin, les bouffées de chaleur et sans action sur les seins, l'endomètre. Dose : 2,5 mg/j,
 - SERM (analogue sélectif des œstrogènes) : Evista (raloxifène) : actif sur l'ostéoporose,
- (Gynécologie- Polycopié National, 2003, P 222)**

X- Le vécu psychologique de la femme ménopause célibataire :

Le vécu de la ménopause varie selon les femmes et leur histoire Personnelle, mais derrière la diversité des mécanismes psychiques mis en jeu, il existe un fond fantasmatique commun qui est d'origine culturelle.

Dans les sociétés traditionnelles, la ménopause permet aux femmes d'accéder à un statut nouveau, puisqu'elles ne représentent plus ni souillures ni fertilité, alors que dans les sociétés modernes, la prise en charge médicale, établit des cycles artificiels, gomme les effets secondaires de la privation hormonale, dissimule la disparition de la féminité. Pour cela le regard négatif de la société envers la femme célibataire ni pas seulement d'être solitaire mais aussi une femme inféconde qui est ressentie comme une perte, une diminution, une dévalorisation « le corps stérile informe, par une sorte d'analogie inversée, que le corps fécond est survalorisé. La réalisation au corps grévise est honorée par son association à la divinité créatrice ». **(Malek Chebel, 1984)**

La connaissance du fait qu'elle ne peut plus avoir d'enfants peut ouvrir pour les femmes célibataires la porte à des angoisses graves, en particulier toutes celles qui se rapportent aux fantasmes d'un corps détruit à l'intérieur et stérile. Pour M.Klein. « Ne pas pouvoir créer un enfant vivant est senti comme le fait de contenir des corps morts. Ces sentiments éveillent la peur de la mort propre » **(Douki S. Naff F. Bouzid R. Choubani Z)**

Plus encore, les hommes et les mères qui sont à la recherche d'une belle-fille, préfèrent aujourd'hui des jeunes filles moins de 30 ans qui peuvent être mères et être capables de

fondu une famille. Alors que, les autres femmes qui ont dépassant l'âge idéal de mariage, elles ont terminé son existence en tant que créatrice d'une vie nouvelle, elles ont atteint sa fin naturelle. Si le début de la ménopause.

Avec la cessation de la reproduction, l'activité de tout l'appareil glandulaire est interrompue ou a diminué. Les organes génitaux s'atrophient et le reste du corps montre peu à peu les signes de vieillesse. Deutsch H, souligne : qu'avec la régression des processus génitaux, l'activité embellissant des sécrétions internes décline, et les caractères sexuels secondaires sont affectés par la disparition progressive de la féminité. Ce signal intérieur associé à la perception des premiers signes de vieillesse, renforce l'intérêt que la femme porte à son corps. Pour protéger la féminité maintenant en voie de disparition, Une lutte s'installe. Deutsch H. rappelle, que « toutes les forces du Moi sont mobilisées pour obtenir une meilleure adaptation à la réalité, les anciennes valeurs s'effondrent, et un désir de vivre quelque chose de nouveau, d'excitant, se fait sentir». (Deutsch H. Edition de 1987, p. 396)

Conclusion

La ménopause est une étape très importante dans la vie d'une femme. Ce phénomène normal et inéluctable, passage obligé, est parfois mal vécu. Appréhendé comme un symbole de vieillissement, il s'accompagne souvent de désagréments et de bouleversements tant physiques que psychologiques. Cependant, la plupart des problèmes qui surviennent à cette période peuvent être soulagés, de sorte qu'on puisse préserver au mieux sa qualité de vie. Ce chapitre permet de comprendre le rôle essentiel des hormones réglant la vie génital de la femme ainsi que les symptômes et le traitement de la ménopause.

Le deuxième chapitre
la représentation de soi

Introduction :

Contrairement à une idée reçue et largement partagée par les médecins, qui réduisent cette période de transition à un évènement biologique, la ménopause est un processus à la fois biologique et social et représente une étape délicate pour la femme célibataire, car elle révèle le sentiment de perte de la féminité et de la fécondité, ainsi qu'elle sert à rompre la construction psychique de soi et l'identité de la femme célibataire

Nous avons fréquemment évoqué dans le deuxième chapitre la représentation de soi avec sa construction et ses déférentes structures.

1. Le soi :

Le soi est une notion antique introduite par la célèbre question métapsychologique du philosophe Socrate : « qui suis-je ? ». En psychologie, le soi est associé à la « conscience de soi » et ne peut se définir que par le sentiment que nous en avons. Il est particulièrement difficile à définir dans la littérature psychanalytique parce que principalement utilisé en relation avec d'autres concepts.

Freud (1936) ne définit pas le soi comme une entité particulière de l'appareil psychique mais comme la façon dont le sujet s'appréhende. **(FREUD S. 1936)**

Il décrit sa construction selon 3 axes : un premier axe qui est le résultat du narcissisme infantile, un second qui a son origine dans l'expérience de toute puissance pour la réalisation de l'idéal du moi, et un troisième qui provient de la satisfaction de la libido objectale. **(GOLSE B. 2008).**

Spitz (1979), qui a dégagé une conception intégrée de la genèse du soi, date son apparition au 15ème mois. Selon lui, le soi est : « le produit de la conscience du sujet d'être une entité sentante et agissante, séparée et distincte des objets de l'entourage ». Il renvoie à l'élaboration de l'expérience émotionnelle et somatique au fil du processus d'individualisation du sujet. **(Ibid. 2008)**

A noter encore l'apport considérable de Kohut (1978) qui a développé une métapsychologie du soi pour la clinique des personnalités narcissiques. Il définit le soi comme un contenu de l'appareil mental qui recouvre les autres instances (ça, moi, surmoi) et s'exprime dans la cure comme un ensemble de représentations investies sur un mode narcissique sous la forme d'un transfert en miroir. Ainsi, le soi émergerait selon lui au cours

de la cure « à la manière d'une abstraction psychanalytique de niveau relativement peu élevé, c'est-à-dire assez proche du vécu ». (**Kohut, 1991**).

Le soi représente le noyau concret de l'identité. C'est lui qui assure un lieu aux différents sentiments de permanence (c'est-à-dire le sentiment d'être au monde), de continuité (être le même aux différents moments de l'existence), de cohésion (se sentir unifié), et de cohérence (être sensé).

Il se constitue à partir de toutes les expériences proprioceptives et réflexives de la vie. Les premières expériences corporelles ainsi que les images de soi-même que les autres renvoient vont permettre à l'individu d'établir les limites de son corps et de son psychisme, et l'amener ainsi à se considérer comme sujet à la fois distinct et semblable aux autres. (**SANGLADE A. 1990, p 10, 15, 34**).

C'est le soi selon elle qui contient, organise et donne sens à nos expériences. Ainsi, il serait « le dénominateur commun de toutes nos expériences ». Précurseur narcissique du moi qui se distinguerait peu à peu du non-moi à partir de l'indifférenciation somato-psychique du jeune enfant (Bergeret, 1996), le soi serait donc intimement lié aux processus de séparation et d'individuation. Difficilement appréhendable, il pourrait se révéler à travers la représentation de soi. Ainsi, le soi peut se comprendre en quelque sorte comme ce qui fonde l'identité du sujet, et la représentation de soi apparaît dans la manière dont le sujet s'exprime dans son rapport au monde. (**Ibid. 1990**)

Le Soi est un concept difficile parce que jamais encore vraiment défini pour lui même dans la littérature psychanalytique, mais principalement utilisé en relation avec d'autres concepts, celui de moi en particulier. Cette difficulté est amplifiée par le problème des traductions

Lorsque Freud introduit la seconde topique, les Français traduisent d'abord « das es » par « le Soi » bien que cette traduction se retrouve encore chez de rares auteurs, le terme presque unanimement adopté est « le ça », celui de « Soi » étant préservé pour rendre le terme anglais de « self » ou allemand de « selbst ».

Par ailleurs dans son travail sur le concept de narcissisme, Freud est amené à élaborer sa recherche autour du sentiment de soi-même, de la conscience de soi-même de l'amour de

soi ou de l'estime de soi, sans pour autant définir le Soi comme une entité particulière de l'appareil psychique, mais plutôt comme la manière dont le sujet s'appréhende.

S'attachant à retrouver la genèse du Soi, Freud constate qu'une partie de ce sentiment « est primaire », c'est le résultat du narcissisme infantile ; une autre partie a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute puissance (la réalisation de l'Idéal du Moi), alors qu'une troisième partie provient de la satisfaction de libido objectale.

Ainsi A. Freud décrit un Soi-corps qui serait une conscience de son propre corps, avant même que le Moi ne soit conscient du sujet comme d'une entité sentante et agissante ; tandis que E. Jacobson, en relation avec ses découvertes dans les analyses d'adultes psychotiques dégage le Soi comme terme descriptif pour désigner la personnalité en tant que sujet et l'opposer au monde des objets.

La conscience, fonction du Moi, passe à travers toute une série d'étapes de développement, dont celle de la conscience de soi.

Le Soi est conçu par Spitz comme une élaboration idéationnelle de l'expérience émotionnelle et somatique dépendant de la réalisation d'être séparé, d'être un individu. Comme le « Je » de Spitz, Soi serait un « précipité cognitif de l'expérience », mais à un niveau plus élevé.

Il est le produit de processus intrapsychiques résultant de l'accroissement progressif de l'investissement objectal et de la structuration de plus en plus complexe du Moi qui forcerait celui-ci à prendre conscience de la fonction du « Je » dans les relations objectales.

Pour Winnicott le concept du self se fonde sur le sentiment de la continuité d'exister et désigne la personnalité corporelle sous sa forme biologique et psychologique.

Pour Lacan enfin, ce qui peut donner accès au sentiment du Soi, c'est la « parole plein », celle qui s'approche au plus près du Soi intime. Cette découverte du Soi se fait notamment à travers le stade du miroir grâce à une série d'identifications primaires qui permettent d'approcher la vérité de soi-même malgré les pièges et les illusions du narcissisme.

Le Soi ou self n'a jamais été décrit, nous l'avons vu, comme une instance psychique, mais plutôt comme une formation psychique dépendant de façon peu définie encore du ça ou du Moi selon les auteurs. **(Bernard. Golse, 2006. P 211, 212, 213,214)**

2. La représentation

La représentation en psychanalyse, est une forme élémentaire de ce qui s'inscrit dans les différents systèmes de l'appareil psychique et, notamment, de ce sur quoi porte le refoulement

La représentation constitue classiquement, dans le vocabulaire de la philosophie, le « contenu concret d'un acte de pensée ». S. Freud reprend ce terme mais son sens est évidemment modifié du simple fait de l'hypothèse de l'inconscient. Ainsi, dès ses premiers ouvrages, Freud oppose représentation et affect. Lorsqu'un événement traumatise, voire une simple perception, s'est révélé inassimilable, l'affect qui lui était lié est déplacé ou converti en énergie somatique, formant ainsi le symptôme. C'est la représentation qui est à proprement parler refoulée. Elle s'inscrit dans l'inconscient sous forme de trace mnésique. **(Bloch, H, 1999).**

S. Freud (1915) utilise le terme de représentation pour désigner l'inscription dans le psychisme d'excitations corporelles. Le travail des pulsions s'inscrit dans cette logique qui comporte l'établissement de traces mnésiques, et la transformation économique des énergies liées (affects), celles dont le mouvement vers la décharge est retardé. Les difficultés d'inscription sont à la source des traumatismes psychiques et des symptômes, les énergies déliées pouvant elles aussi subir des destins psychiques et somatiques. **(bloch et al Dictionnaire, 2002, P1111).**

La représentation peut être définie comme « le résultat d'activités ou d'échantillonnage et de mises en relation de différentes dimensions des objets et de leurs variations, réalisées au moyen de systèmes de codage et de traitement. Les représentations sont donc des modèles qui fonctionnent, organisent et structurent de manière interne au sujet les contenus du réel. **(Mounoud et Vinter, 1985).**

3- La représentation mentale

C'est en psychologie sociale que l'on trouve une littérature abondante sur le concept de représentations. Partant du principe que le monde tel qu'on le perçoit n'est qu'une construction mentale de la réalité et non son reflet exact, le réel est filtré et mis en forme par nos cadres mentaux. Les représentations sont donc des ensembles structurés d'objets mentaux

qui correspondent à une connaissance sur le monde. Elles sont des représentants mentaux des objets, issus de la perception ; qui correspond à la façon dont chaque individu prend conscience de son environnement, l'enregistre, le répertorie et l'interprète par rapport à ses représentations. **(Dussart, C. (1983)).**

La perception a deux facettes : la sensation du stimulus par les sens et le processus d'interprétation ou encodage dont les représentations constituent le résultat. Organisées en mémoire, les représentations vont ensuite servir de filtre à la perception et de référence à l'interprétation. Les représentations ne sont pas homogènes : le terme désigne à la fois le processus, c'est-à-dire l'activité qui produit l'entité, et l'entité elle-même. Elles sont "le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle l'individu reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique". **(Abric, Elles J.C. (1989)).**

D'après Denis, la représentation mentale constitue sur le fondement des processus cognitifs et de la structure cognitive. Elles sont donc autonomes de par leur fonctionnement et leur contenu. En outre, elles se distinguent de l'imagerie mentale qui élabore des instruments de *figuration* mentale des objets, tandis que les représentations codent la *signification* de l'énoncé. **(Denis, M. (1994)).**

Cette définition envisage ici les représentations à un niveau individuel, mais la recherche sur les représentations, issue des travaux fondateurs de Moscovici en 1961, est née en psychologie sociale. Aussi, les représentations ont des spécificités individuelles mais également un noyau partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture, d'une part parce qu'elles portent sur des phénomènes sociaux (dont l'art), d'autre part parce qu'elles sont issues et héritées de la société.

La représentation mentale peut donc être définie comme un ensemble de productions mentales et de schémas mentaux. Elles se distinguent par conséquent des opinions, des attitudes, qui ne sont que des mécanismes partiels de connaissance, orientés vers la mise en œuvre de comportements spécifiques. Ainsi, les représentations s'accompagnent d'attitudes, qui elles-mêmes s'expriment dans des comportements. **(Gallen, C. 2001).**

4- La représentation du soi :

Le soi et la représentation de soi se construisent au cours du développement de l'enfant. Au fil des différentes étapes de maturation, l'enfant se constitue en tant que sujet qui peut dire « Je ». Aussi, « Là où existe une personne qui dit « je », devrais être un soi, c'est-à-dire une réflexion de « je » sur « moi-même ». La représentation de soi englobe donc l'image du corps, l'identité et les identifications. (SANGLADE. A. 1990, 34, 10-15).

Le soi, toutefois, ne peut-être saisi, décrit directement, mais à travers la représentation que nous en avons utilisée dans des perspectives variées selon les courants théoriques en psychologie, le concept de représentation de soi est un concept récent en psychologie clinique.

Concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « un principe unificateur qui, centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel ». (Rausch de Traubenberg, 1990, 34, 17-24).

Selon Sanglade (1990), la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à tout à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle. Constituée de souvenirs successifs, elle se construit en interaction avec les premières, expériences relationnelles et corporelles, et résulte de la confrontation permanente du sentiment de soi avec les attentes du monde extérieur et avec les idéaux du moi. La représentation de soi est donc tributaire du réseau de relations que nous constituons et dans lequel nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée, s'éprouvant solide ou détruite, désirée ou rejetée. Aussi, Sanglade (1983) la situe comme étant "au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle". (SANGLADE A. 1990, 34, 10-15).

En étroite dépendance avec le schéma corporel et l'image du corps, la représentation de soi correspond à la troisième étape dans la construction du soi :

- Initialement, le schéma corporel, qui s'élabore dans la période sensori-motrice de l'enfance, permet au sujet de se constituer dans un espace rythmé.
- Sous l'effet de la différenciation soi-non soi, l'image du corps se dégage progressivement du schéma corporel, et permet au sujet de s'éprouver dans le temps.

- L'image du corps annonce la représentation de soi dans la mesure où l'image de soi est inséparable d'un soi pour l'autre, et plus précisément au début de la vie d'un soi par l'autre (SANGLADE A. (1983) P 28, 104, 111).

L'acquisition de l'identité se poursuit par l'élaboration des identifications qui vont permettre au sujet de se vivre et de se représenter dans ses interactions avec le monde et avec les autres. (WINNICOTT D.W. 1971).

La représentation de soi constitue d'une « notion inconsciente qui recouvre autant l'image du corps fantasmé que les relations instaurées découlant de cette image et/ou la structurant ». (Rausch de Traubenberg, 1990) P34, 17, 24).

Ainsi définie, la représentation de soi peut se comprendre comme la version psychologique de la notion psychanalytique de Moi-Peau qui donne corps à l'appareil psychique (SANGLADE, 1990).

La caractéristique essentielle de la représentation de soi relève d'une porosité des limites qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors. Nous pouvons, cette fois encore, évoquer les travaux de D. Anzieu sur le Moi-peau. On se souvient de la définition qu'il en propose : « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ». (ANZIEU D, 1985, P 39).

Le Moi-peau à l'instar du moi freudien compris comme « interface », possède un feuillet interne, « enveloppe » psychique contenante, et un feuillet externe, lieu de mise en contact du psychisme avec le monde extérieur. Un certain nombre de fonctions sont attribuées au Moi-peau qui, selon D.Anzieu, s'étaient sur les fonctions suivantes :

- **La maintenance** ; proche du *holding* (tenir) de Winnicott ; cette « fonction sac » contient et retient le bon et le plein des soins maternels et ceci permet l'érection du penser.

- **La contenance** ; proche du *handling* (soigner) maternel, permet les jeux entre le corps de la mère et celui de l'enfant et leurs sensations respectives. Ceci a une fonction de marquage de la limite entre le **dedans et le dehors**.
- **La constance** ; fonction de protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que Freud nomme **pare-excitation**. Défense contre l'effraction pulsionnelle endogène tout en laissant une place à l'appétit d'excitation.
- **L'individuation** ; Permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu.
- **La correspondance** ; L'inter-sensorialité qui relie entre elles les sensations de diverses natures.
- **La sexualisation** ; Les contacts peau à peau avec la mère, les soins maternels préparent l'autoérotisme et le plaisir. Le Moi-peau exerçant la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle assure une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels du penser.
- **L'énergisation** ; Sert de recharge libidinale du fonctionnement psychique.
- **La signifiante** ; C'est lieu d'inscription et de trace des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques, comme si le Moi-peau était recouvert de cire.
- **Le rejet et la toxicité**. Comparable à la fonction auto-immune qui rejette l'organe étranger non seulement le non-moi mais aussi le soi, sorte de retournement de la pulsion. **(C.Chabert, 2012, P 141, 142)**.

La recherche d'une identité stable, dont la permanence demeure en dépit des repères spatio-temporels, reste l'objectif majeur de la centration narcissique de tout un chacun. Lorsqu'elle s'inscrit dans un fonctionnement psychique suffisamment harmonieux, la représentation de soi se définit dans un système de relations objectales dont l'économie est gérée par un équilibre effectif entre investissements narcissiques et investissements objectaux. L'individu se situe toujours par apport à l'autre et l'édification de son identité se construit en même temps que se développent ses relations d'objet. La continuité du sentiment d'exister est donc tributaire de l'établissement d'un moi suffisamment différencié pour assurer sa permanence dans un environnement permettant une réalisation positive puisqu'elles centrent

les expériences et le vécu sur le « JE » d'individu qui s'affirme ainsi comme être séparé de l'autre. (*ibid.*, P 97, 98).

5- Identité :

L'identité est la conscience d'être le même, cette opération mobilise bien un processus de modélisation du Soi. L'identité est le produit des événements quotidiens dont le Sujet mobilise certains souvenirs dans la perspective de constituer une représentation abstraite. L'identité est étroitement liée à la notion de différence. Par exemple, si l'on essaie de décrire une personne dont on a oublié le nom à un ami, nous essayons de trouver des signes qui le distinguent de quelqu'un d'autre. L'identité est alors dépendante du contexte. Si vous évoquez « un homme brun » absent du champ de vision, il y a fort à parier que votre interlocuteur ne l'identité pas précisément. Vous devrez requérir à des signes moins ordinaires pour le caractériser. Ainsi, l'identité, de ce point de vue, ne peut pas consister en des signes communs et partagés. (**Fanny GEORGES, 2009, P 169**).

L'identité se construit à partir d'un processus qui intègre la dichotomie de la société comme réalités objective et subjective induisant une objectivation sociale expérientielle et axiologique. En outre, les approches de Berger et Luckmann souffrent d'un même présupposé qui réduit la construction identitaire à une intégration sociale reposant non plus sur l'objectivation sociale mais sur la prescription qui conditionne la socialisation, le sujet se constituant comme un "*prisonnier légitimé*". On peut aussi révéler un autre présupposé: la notion d'unité, de cohérence du monde social. On peut faire l'hypothèse que même si le sujet tend vers une "congruence" qui signifie étymologiquement adaptation, il existe des conflits, des incertitudes qui animent des réseaux processuels complexes, influençant l'interaction sociale. Cette dernière est souvent faite d'antagonismes, de ruptures, d'aléas. Nous pourrions évoquer la notion de "corégulations fluctuantes" si l'on introduit la variable temporelle. Si l'identité est un produit résultant d'une construction sociale impliquant des pratiques, des expériences et des représentations, il ne faut point omettre la conservation des valeurs qui est un point fondamental conditionnant "le positionnement "du sujet dans sa trajectoire identitaire, ce processus est particulièrement saillant dans la construction de l'identité et la recherche que nous avons réalisée sur la représentation professionnelle des formateurs, a permis de révéler des formes de consonance axiologique. (**Costalat-Founeau, A-M. 1994**).

L'identité se constitue à partir d'une interaction entre l'individu et la société, à l'intérieur d'un univers symbolique intériorisé avec des légitimations variant d'un individu à l'autre. La notion d'identité n'est compréhensible que si elle se situe dans une interaction avec l'environnement social, le milieu où le sujet vit, parle, demeure et évolue, dans son contexte. L'identité est une interaction active et ne peut se concevoir que dans un mouvement temporel, "identité en suspens temporel "continuité". Leur modèle ego-écologique intègre cette complexité. (Zavalloni M, Louis-guérin C, 1984).

6- Le moi

Selon S. Freud, le moi est le siège de la conscience et aussi lieu de manifestations inconscientes ; le moi élaboré par Freud lors de sa deuxième topique (le moi, le ça et le sur moi), (Henriette Bloch et al, 2011, p 582).

C'est à ce Moi, prétendons-nous, que se rattache la conscience, c'est lui qui contrôle et surveille les accès vers la motilité, c'est-à-dire l'extériorisation des excitations. Nous voyons dans le Moi l'instance psychique qui exerce un contrôle sur tous ses processus partiels, qui s'endort la nuit et qui, tout en dormant, exerce un droit de censure sur les rêves. C'est encore de ce Moi que partiraient les refoulements, à la faveur desquels certaines tendances psychiques sont, non seulement éliminées de la conscience, mais mises dans l'impossibilité de se manifester ou de s'exprimer d'une façon quelconque. (Sigmund Freud, 1923, p11)

Le Moi représente ce qu'on appelle la raison et la sagesse (ibid. p18).

• Les fonctions de moi selon S. Freud :

Le moi est décrit par Freud comme une instance mouvant en perpétuelle réélaboration, mais il le décrit aussi passif et agi par des forces impossibles à maîtriser, se faisant la dupe de ça.

Les fonctions de moi sont multiples :

- Il est capable d'opérer un refoulement ;
- Il est le siège des résistances ;
- Il essaye de gérer le rapport « principe de plaisir »-« principe de réalité » ;
- Il participe à la censure, aidé en cela par le sur moi, qui n'est qu'une différenciation du ça.

- Il est capable de construire des moyens de protection ;
- Véritable lieu de passage de la libido ;
- Toute sublimation se produit par l'intermédiaire du moi, qui transforme la libido d'objet sexuel en libido narcissique ;
- Il est le siège des identifications imaginaires. (**H. Bloch et al, 2011, P 583**).

7- L'image de soi :

L'image de soi est le produit de la façon dont nous croyons que les autres nous voient ce postulat est admis par la plupart des sociologues, psychiatres et psychologues.

A la naissance, nous n'avons aucun sens de nous-mêmes, de notre soi. En grandissant, nous essayons d'"être", les gens qui nous entourent, nous plaisent ou nous fascinent. Nous les imitons et nous identifions à eux (l'enfant joue au papa, à la maman, au soldat, l'adolescent à Zidane, etc.) L'enfant peut ainsi tester les comportements et prévoir des réponses. Ces interactions le conduisent à avoir conscience du "Je". En retour il apprend ce qui est bien ou mal, ce qu'il peut faire ou ne doit pas faire. Avec l'âge, l'enfant n'a plus à jouer ces rôles extérieurement, il peut les imaginer. Berlo dit qu'il y a « prise de rôle symbolique ».

La façon dont les gens parlent de nous durant ces périodes façonne notre perception de nous-mêmes. Une vision positive rend l'enfant positif et optimiste, une vision négative rend l'enfant négatif et pessimiste. Cela nous conduit fréquemment à agir en fonction de ce que nous pensons que les gens attendent de nous et pas en fonction de ce qu'ils attendent réellement de nous.

On entre alors dans un processus infernal où la mauvaise perception de soi conduit à des comportements inadaptés qui renforcent la mauvaise image de soi. (Les réactions confirment ce que nous pensions initialement).

Inversement une bonne perception de soi entraîne un processus positif de valorisation personnelle. (**Cterrier, 2011, communication**).

L'Image *de soi* » se définit comme étant la représentation mentale de la désignation de l'individu dans son unicité. En d'autres termes, cette Image de soi peut être conçue comme « *la représentation mentale que chacun a de sa propre personnalité* ». Dans la même optique, «

l'Image de soi », d'après S. Moscovici (1994) : « est l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même, y compris sur son rôle (métier, classe sociale, etc.), ses traits de caractère et son corps ». (**KHILSTROM, J. F. & al. 1990, p. 58**).

Le concept « d'*Image de soi* » est ainsi perçu comme une représentation cognitive et conative de la personne par l'individu lui-même et de ses relations avec les êtres et les choses qui l'entourent : son environnement au sens large. Cependant, l'introduction de ce nouveau concept ne simplifie pas réellement la définition de « l'*Image de soi* ».

L'Image de soi présenté comme constituant une sous-structure qui comporterait les descriptions des aspects de l'expérience (aspirations, sentiments et émotions, goûts et intérêts, capacités et aptitudes, qualités et défauts et enfin l'énumération des activités). Ces différentes composantes de « l'*Image de soi* » sont dépendantes les unes des autres et aucune d'elles ne rend compte à elle seule de « l'*Image de soi* » : pluridimensionnelle. (**L'ECUYER, R. 1978**).

L'Image de soi peut renvoyer à l'identité sociale lorsqu'elle se réfère au soi déclaratif, réflexif, c'est-à-dire au discours du sujet sur lui-même. Dans ce cas, le soi déclaratif, réflexif renvoie aux attributs du « Soi » valables pour un ensemble de groupes sociaux et à l'Image de soi, lorsqu'elle permet de rendre compte de l'identité personnelle et sociale. Par conséquent, l'image que l'individu a de lui-même devrait être en concordance avec l'identité du groupe car, justement, chacun trouve auprès de lui les caractéristiques qui permettent de s'auto définir. (**ABANG SAKOU, 2010**).

L'image de soi est constituée des impressions qu'un sujet a envers ses propres caractéristiques. C'est comme un lexique interne de concepts relatifs aux caractéristiques de soi même. Beaucoup de ces impressions sont immédiatement accessible à la pensée conscience. En effet, celles qui sont indésirables ou conflictuelles sont réprimées, voire refoulées.

Bien que l'on puisse parfois résumer mentalement les impressions de soi en des termes généraux (je suis comme tout le monde, je ne suis pas quelqu'un de bien), les éléments de ce lexique d'impressions sont souvent conçus plus spécifiquement sur un continuum tel que brillant/terne, séduisant/laid, ouvert/timide, etc. beaucoup d'impressions peuvent être formées

sans point de référence comme par exemple : créatif, vulnérable, gentil, aimable, sensible, sincère, confiant etc. même quand il existe une possibilité de comparaison.

Ce lexique se construit au fil de l'expérience individuelle, et beaucoup des caractéristiques qu'une personne s'attribue à elle-même dérivent d'expérience réelle. Il se peut toutefois que certains termes du lexique se soient forgés à partir de malentendus, et certains sont totalement imaginaires. Quelle qu'en soit l'origine, le lexique des caractéristiques perçues une présentation interne du soi tel que l'individu le perçoit. Le degré de congruence de l'image de soi avec la réalité entre pour beaucoup dans le potentiel d'adaptation. (JOHN E. EXNER, JR, 2003.p 277).

8- L'estime de soi :

L'estime de soi est l'appréciation favorable de soi même, il s'agit donc d'une évaluation, c'est-à-dire d'un jugement de valeur à propos de soi, c'est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes.

Manque d'estime de soi, c'est risquer de désespérer ; elle est donc essentielle à notre santé physique et mentale, à notre capacité d'adaptation, à notre efficacité et à notre épanouissement. Elle nous permet de vivre et non pas seulement de survivre. En revanche, le manque d'estime de soi et l'absence de confiance en soi qui l'accompagne sont sources de souffrance et de dysfonctionnement plus ou moins graves, en fonction de la nature de l'évaluation.

Cette évaluation de nous même concerne divers domaines. On peut donc avoir une bonne estime de soi dans l'un d'eux et une moins bonne dans un autre. Il existe cependant une évaluation « globale » qui s'accompagne d'un sentiment général d'estime ou de mésestime. Ce sentiment est communément conditionné par l'évaluation que nous faisons dans les domaines qui sont de la plus grande importance pour nous. Ainsi, certains personnes ont une estime de soi très faible à cause de leur apparence physique, alors que pour d'autre, elle est un critère si secondaire que, même si elles ne se trouvent pas « belles », ça ne les empêche pas de porter sur elles même un jugement favorable. (J. de SAINT PAUL, 1999 P 7, 8).

Le concept de L'estime de soi désigne ; comment les individus s'évaluent sur la base de leur auto conception. Les individus montrent généralement un biais d'auto complaisance

dans leurs évaluations, et préfèrent se comparer à autrui sur des démentions ou ils sont tout particulièrement doués. **(D. MARTINOT, 1995, P73).**

Il est le résultat d'expériences vécues durant l'enfance et continue à se développer durant toute la vie. Une haute estime de soi permet une bonne intégration scolaire, professionnelle, sociale, et familiale. Il existe une relation significative entre l'estime de soi et psychopathologie. Sur un plan psychothérapeutique, il apparaît particulièrement intéressant de resituer l'importance de l'estime de soi dans la compréhension de la sévérité ou de la fréquence de certains troubles psychiatriques ou comportements à risque, à l'adolescence, et également à l'âge adulte, ce qui permet des interventions thérapeutiques plus spécifiques. **(M.-S. Guillon *, M.-A. Crocq).**

L'estime de soi, est définie comme étant l'opinion que tout individu a de lui-même et qu'il maintient. C'est l'expression d'une satisfaction ou insatisfaction personnelle. La détermination de l'estime de soi a progressivement évolué en fonction des auteurs. Rosenberg en 1965 démontre l'importance des performances sociales, du mérite personnel, et de l'apparence physique. S. Cooper Smith insiste sur le sentiment de compétence, de pouvoir, et Beck sur l'importance de l'interprétation personnelle des événements de vie.

D'après Cooper Smith, tous les aspects de la vie sont affectés par le niveau d'estime de soi. Il existe une relation entre l'estime de soi et la capacité d'adaptation au changement ; une faible estime de soi peut affecter profondément la capacité à s'adapter au changement; une haute estime de soi est liée à une bonne intégration sociale, scolaire ou professionnelle. Un individu qui a une haute estime de soi fera plus facilement preuve d'un comportement adapté, face à une situation difficile, et il tendra à présenter une image positive de lui-même; celui qui a une faible estime de soi adoptera un comportement inadapté, reconnu comme tel par son entourage, ce qui pourra renforcer son sentiment d'incapacité, sa faible estime de soi et induire une tendance au retrait social. Ainsi, certains auteurs distinguent une psychologie propre aux individus à haute estime de soi ou faible estime de soi : ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes sont affectés par l'échec, tandis que ceux qui ont une haute estime d'eux-mêmes tentent de dévaloriser la dimension sur laquelle ils ont échoué. L'estime de soi détermine donc la capacité que nous avons à croire en notre réussite, en nos compétences, et à nous adapter à de nouvelles situations, en facilitant ou en inhibant notre engagement dans certaines stratégies. **(Ibid).**

L'estime de soi résulte du regard que l'on porte sur soi, parfois nos actes ou nos propos ne correspondent pas à cette vision idéalisée, dans ce cas, nous sommes déçus. Parfois nous cachons certains aspects de nous de peur d'être rejeté ou nous nous créons un personnage plus conforme à notre être idéalisé.

Ces pratiques sont difficiles à assumer à long terme, il n'est pas possible de se tricher éternellement. **(Cterrier, 2011, communication).**

- **Les deux conceptions de base de l'estime de soi :**

Le premier dont le chef de file est Virginia Satir, qui insiste sur l'importance et la valeur intrinsèque de l'être humain, pour avoir de la valeur, il n'y a rien à faire, il suffit d'être. Sa démonstration est simple: enfant nouveau né a-t-il de la valeur ? Est-il important ? La plupart d'entre nous tomberont d'accord pour dire que c'est « évident », pour Virginia Satir, c'est de la prise de conscience profonde de cette valeur intrinsèque et inaliénable que vient l'estime de soi. Il est donc nécessaire de donner à l'enfant de l'amour inconditionnel et le sentiment de sa propre valeur, quoi qu'il fasse et quoi qu'il lui arrive. L'estime de soi à ce niveau est un « donne ». Parce que nous sommes humains, nous avons de la valeur et nous sommes dignes d'être heureux.

Le deuxième courant met l'accent sur le fait que, pour avoir une bonne estime de soi, il pouvoir compter sur soi même et en particulier sur sa capacité de penser clairement et d'agir en accord avec son propre jugement.

Pour Nathaniel Branden, le sens de sa valeur personnelle qui est probablement dit-il : notre droit de naissance n'est que l'antichambre de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de sentir bien, il s'agit de vivre bien, et pour ce la il faut s'en donner les moyens. En effet pour Branden, le propre de l'homme est la conscience. Il en a besoin pour survivre : notre bien être dépend de notre capacité à maîtriser l'enivrement, c'est-à-dire de notre faculté de penser juste et claire.

L'estime de soi s'acquiert on les exerçant consciemment, l'avantage de ce point de vue est qu'il est pragmatique et réaliste, de plus il met lumière le fait qu'il est toujours possible d'augmenter notre estime de soi, quel que soit notre âge. **(J. de SANIT PAUL, 1999, P 11).**

- **Les caractéristiques d'une personne qui s'estime :**

- Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses.
- Elles se seignent « compétentes », qui se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre.
- Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et, en particulier, de leur propre bonheur.
- Elles savent aussi ce qu'elles veulent enclines à agir pour l'obtenir.
- Elles ont tendance à ce montrer raisonnablement confiantes, gaies, créative et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon général, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales : ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elle mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasites. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer leurs opinions si nécessaire. (**Ibid., 1999, P 21**).

- **Les caractéristiques du manque d'estime de soi :**

- Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlées. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'enlasser la responsabilité aux autres. Ainsi ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal
- Ils ont la difficulté à admettre leurs erreurs.
- Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe, mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait

une erreur. Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.

- Un sujet manque d'estime de soi se montre aisément défensif, même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui a dit n'est en rien dévalorisant.
- Il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui, c'est ce qu'on appelle une projection. (**Ibid., 1999, p23, 24, 25**).

9- La confiance de soi

« *La confiance en soi n'est à trouver à l'extérieur, mais à redécouvrir de l'intérieur* ». (**Sarah Famery, 2003, p 11**).

La confiance de soi n'est rien d'autre que cette expression naturelle, spontanée, forte, immédiate de nous même. Notre élan vital, en quelque sorte. (**Ibid. p 12**).

La confiance en soi est un sentiment intime qui consiste dans la croyance ferme que ce que l'on entreprend doit réussir. C'est une faculté spéciale qui donne à celui qui la possède ou qui l'acquiert, la conviction de sa valeur personnelle, l'assurance calme de la vigueur et de la puissance, la foi dans l'avenir.

La confiance en soi est innée chez quelques rares personnes qui, plus particulièrement douées par la nature, favorisées par les hasards de la naissance ou par les circonstances de la vie, n'ont jamais eu d'insuccès. Chez celles qui ont toujours vu satisfaire, leurs besoins et leurs désirs, et se sentent vouées, instinctivement et fatalement, à la réussite et au bonheur. Mais ce sont là de rares exceptions.

Le plus souvent, la confiance en soi est une conséquence réfléchie d'actes antérieurs que l'on a menés à bonne fin, soi-même, ou que l'on a vu accomplir par d'autres à leur entière satisfaction. C'est une hardiesse acquise prudente et raisonnée, basée sur la conscience certaine que les moyens dont on dispose sont suffisants pour atteindre le but. (**F. Wenger, 2008, p 5**).

La confiance en soi est une force qui rend plus actif, plus audacieux, plus résolu. Mais elle implique l'appréciation exacte que l'on possède les qualités nécessaires pour aboutir et que l'on n'aura pas à affronter des obstacles insurmontables. Elle est un résultat de la réflexion et de la raison. (**Ibid., p 6**).

La confiance en soi c'est ce que ressent une personne qui sait qu'elle peut compter sur elle-même, il renvoie particulièrement à l'un des aspects essentiels de l'estime de soi : une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence ; on la définira alors comme le sentiment d'assurance et de sécurité de celui qui peut se fier à lui-même. (**Josiane de Saint Paul, InterEdition, paris, 1999, p8-7).**

10- Image du corps :

L'image du corps c'est ce que l'on voit, ce que l'on peut mesurer, photographier, dessiner de l'extérieur, comme dans le graphique de Leonardo da Vinci, une représentation des proportions idéales de la forme humaine inspirée de l'architecte grec Vitruvius. Cette image « extérieure » fait aussi appel à l'image du corps véhiculée par la culture, un « idéal » au sens d'une idée. Cet idéal c'est aussi un univers du possible biomécanique, et pour certains, surtout au plan social, un attracteur, une image à laquelle on veut se conformer.

Mais l'image du corps, c'est aussi ce que l'on ressent de soi-même dans l'expérience intime du corps au plan sensori-moteur, kinesthésique et proprioceptif. En ce sens, la représentation de « L'acrobate » de Picasso est sans doute plus proche de la « réalité » du corps vécu que le graphique réaliste et géométrique de Leonardo. En fait, nous pouvons prétendre que très peu de gens ont une image du corps « conforme » à la réalité du corps physique. D'une certaine manière, le corps objet physique propose un idéal asymptotique... on y tend mais l'atteint-on jamais, En fait on peut penser qu'il y a là le projet d'une vie. (**Yvan Joly M.A, 2006, P 1-2).**

L'image du corps se n'est pas l'image que nous avons de notre propre corps, au repos ou en mouvement, à tout moment. Elle construite à partir des sensations internes, des changements posturaux, des contacts avec des objets et des personnes, de nos fantaisies et expériences émotionnelles, et elle comprend les sentiments, attitudes et croyances à propos de notre corps. (**Freedman, 1988; Hutchison, 1985).**

L'image du corps, c'est la représentation que le sujet se fait de son corps, la façon dont il lui apparaît, plus ou moins consciemment, à travers un contexte social et culturel particularisé par son histoire personnelle. (**Le Breton, 2003).**

Selon Hilde Bruch ; trouble de l'image corporelle comme en jeu central dans l'anorexie mentale qui est lié à des troubles perceptuels plus généraux des états internes et de

la conscience de soi et le thème central: recherche de maîtrise de soi et d'autonomie. (Sylviane de plaen, 2005, p 5, 6, 7).

Schilder, en 1935, parle en premier d'image du corps. Il en donne cette définition : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » Cependant, Schilder (1968) pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose. Cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui, bien qu'intimement liées, sont totalement différentes. (Schilder, 1968, p. 35).

Dolto fait la distinction entre image du corps et schéma corporel en 1984. «Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. ». « C'est grâce à notre image du corps portée par- et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.» Le corps devient un lieu de langage archaïque, non-verbal, une forme dynamiquement structuré d'un « système de significations ». Le corps exprime la pensée et les émotions. C'est en quelque sorte le traducteur universel de la vie intérieure.

L'image du corps se construit avec le vécu et les expériences du sujet. Elle est donc en perpétuel remaniement et propre à chacun. Dolto distingue trois composantes de l'image du corps : « image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. » Ces trois composantes sont à tout moment reliées entre elles par, ce que Dolto appelle « image (ou plutôt substrat) dynamique » qui désigne les pulsions de vie de l'individu. Ses pulsions de vie sont en permanence animées par le désir de communiquer avec un autre sujet. (Dolto F, 1984, p 23).

L'image du corps constitue une représentation mentale inconsciente de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. Elle se dissocie du schéma corporel - donné de l'expérience motrice, étroitement lié au ressenti musculaire et cinesthésique - sur lequel elle s'appuie, et débouche sur la représentation de soi. (Sanglade, 1983. 28, 104-111).

Elle inclut la notion de vécu émotionnel. Les premières émotions et les premiers affects de plaisir-déplaisir associés à la satisfaction ou non des besoins sont recueillis par cette image.

Elle représente la « mémoire inconsciente du vécu relationnel ». **(Ledoux, 1995).**

Elle est « ce dans quoi s'inscrivent les expériences relationnelles du besoin et du désir, valorisantes et/ou dévalorisantes, c'est-à-dire narcissisantes et/ou dénarcissisantes ». **(Dolto, 1984).**

Et peut se comprendre sous ses aspects structural, génétique et relationnel. Le corps y constitue un principe unificateur, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre. L'enveloppe corporelle y joue un rôle de médiateur de la nature et de la qualité des échanges mère-enfant, en ce sens l'image du corps renvoie à la notion de Moi-peau. **(Anzieu, 1985).**

D'après Dolto, l'image du corps se présente d'un point de vue structural comme une articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image érogène

- L'image de base qui se développe dans les premières relations permet au sujet d'assurer la sécurité de son existence. Elle contribue à la construction du narcissisme fondamental et lie le sujet à la vie.

- L'image fonctionnelle concerne ensuite la représentation des accomplissements du corps. Elle permet d'enrichir les possibilités relationnelles. Elle est dynamique et active, peut être modifiée au fil des désirs et des relations.

- L'image érogène focalise les affects de plaisir et de déplaisir liés aux désirs et à leurs réalisations.

Ces trois images sont reliées par l'image dynamique correspondant à une continuité d'être et d'avenir. Celle-ci relie l'être au présent à son futur et prend en compte la dimension d'intentionnalité. **(Dolto, 1984).**

11- La représentation sociale :

Le rapport que l'homme entretient à son environnement social et par lequel il se fonde une opinion est essentiellement de nature cognitive. **(O'Riordan, 1981, p 409).** À

cet effet, on décrit les représentations sociales comme des « ensembles de connaissances, attestées ou illusives, relatives à l'environnement des individus ». (Moliner, 2001, 303).

En outre, on dit des croyances liées aux expériences personnelles, qu'elles obtiennent une valeur accrue en ce sens qu'elles offrent à l'individu, un cadre de référence lui permettant d'appréhender la réalité. De manière plus spécifique, les représentations sociales se définissent comme des « formations cognitives socialement produites, et par suite socialement différenciées » (Flament et Rouquette, 2003, p 175).

Le caractère social des représentations prend une grande importance en ce sens que ces dernières sont autrement que le fait d'un seul individu. On distingue en ce sens, deux conditions d'existence d'un objet de représentation sociale; l'objet doit assurer une fonction de concept pour la plupart des individus et constituer une référence répétée au sein des communications inhérentes à une unité sociale. Les individus pour leur part, ne font qu'adhérer à ces formations déjà produites. D'ailleurs, la représentation sociale repose sur un processus par lequel toute société construit la réalité qu'elle éprouve, afin de se l'approprier, de l'affronter, de la dominer ou de s'en accommoder. Les représentations sociales sont produites et engendrées de manière collective en évaluant ce qui est *sacré* (hiératique). (Ibid. 2013).

La formation des représentations sociales repose en somme, sur des processus de catégorisation hiérarchiques, sur un classement selon une échelle, d'objets, de personnes et autres... Cette formation repose sur deux processus de renforcement que sont l'ancrage et l'objectivation. (Moliner, 2001).

La représentation est également « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989, p. 36).

On retiendra ainsi avec Doise que les représentations sociales sont « des principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux ». (Doise. W. (1990) p 127).

Étudier une telle représentation revient donc autant à étudier la structure cognitive qu'elle constitue, que son ancrage social. Ainsi, par rapport à un même objet de l'environnement, les individus reçoivent diverses informations alors sources de communications. Suite à ces interactions répétées, les individus vont alors conserver en mémoire, interpréter, compléter et réorganiser celles-ci différemment selon la place de leur

groupe dans la société. Ainsi, « toutes les représentations sont à l'interface entre deux réalités : la réalité psychique, avec les connections qu'elle a avec le royaume de l'imagination et des sensations, et la réalité extérieure qui se situe dans une collectivité et est sujette aux règles du groupe. ». (Moscovici, 1988, p. 220).

Appréhender de manière exhaustive une représentation sociale ne consiste donc pas « simplement » à faire état des croyances et attitudes associées à une thématique précise, étant donné la pluralité des facteurs impliqués dans sa formation.

Les représentations sociales remplissent plusieurs fonctions. Pour elles permettent aux individus de disposer, à propos de l'objet, de croyances communes nécessaires à leur compréhension mutuelle lors de leurs interactions. Par exemple, lorsque les chasseurs parlent entre eux de protection de la nature, ils savent qu'ils abordent la question de la gestion du territoire qui a pour but de rendre pérenne l'activité de chasse. La protection de la nature aurait une toute autre finalité dans une discussion d'écologistes, mais ce qui est important de souligner ici c'est le caractère implicite du registre dans lequel s'inscrit la communication. Le fait que le registre dans lequel se situe cette information soit sous-entendu est d'ailleurs possible par le partage d'une vision commune de ce à quoi peut servir le fait de protéger la nature. (Moscovici, S. 1976).

Les représentations vont également guider les actions, car définissant la finalité des situations en lien avec l'objet, constituant des systèmes d'attentes/d'anticipations et ayant un aspect normatif prescripteur de comportements. (Abric, 1994) J.-C. (1994).

Ce dernier ajoute à cela trois autres fonctions. Les fonctions « savoir » ; elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité « Identitaire » ; définissent l'identité du groupe et permettent la sauvegarde de sa spécificité. Le groupe prend conscience de son unité par la différenciation avec les autres en construisant une représentation sociale qui lui est propre. En effet, un écologiste pourra très vite repérer qu'une personne qui établit un lien d'interdépendance entre la protection de la nature et l'activité de chasse, n'est pas un membre de son groupe d'appartenance. Les représentations sociales ont enfin une fonction « justificatrice » ; permettent *a posteriori* de justifier les prises de position et les comportements, elles servent donc de points de repères pour l'argumentation. (ibid P15, 16,17).

Les représentations sociales passent par des processus de construction et de renforcement. Les processus de construction des représentations sociales s'élaborent à travers

le schème des opérations de la conscience intentionnelle. (Angers P., & Bouchard, C. (1990), 233 p). La représentation sociale pouvant se traduire de manière préalable par la réalité dans l'œil de l'observateur, cette réalité n'en demeure pas moins le reflet d'une connaissance préalablement acquise, une réalité transmise par voie de communication. D'ailleurs et tel que présenté par Sanner, le miroir présente une excellente métaphore des processus de transmission des idées. L'auteur mentionne en ce sens que le reflet du miroir transmet à la fois l'image et les imperfections du transmetteur. Le miroir comporte parfois des taches, parfois une déformation, parfois une teinte dans sa vitre. Certains peintres célèbres atteints de troubles de la vision dont Monet par exemple, sont parvenus à transmettre une perception unique de la réalité. En outre, le miroir ne présente qu'une façade d'un objet à la fois et en ce sens, le reflet de l'objet ne peut jamais être l'objet dans son intégrité. (Sanner M. 1999, 196 p).

12- Une interaction entre la représentation du soi et la représentation sociale :

Si l'objet de cette investigation est d'essayer de mieux cerner l'organisation de la représentation de soi en relation avec les représentations sociales, il suscite quelques remarques épistémologiques.

La question fondamentale est donc constituée par la relation «sujet», être social, et «société constituée de ces mêmes êtres sociaux». Ceci repose inévitablement le problème de l'individuel et du collectif. Cette question est souvent traitée en termes d'exclusion ou d'assimilation.

Une façon, par exemple, d'éviter l'analyse des modalités d'inter-structuration du psychique et du social est d'émettre l'hypothèse que la représentation de soi est une représentation sociale. Cette position en y associant quelques nuances. (De la même façon, certains auteurs et notamment les cognitivistes postulent que l'émotion est une cognition: le problème se trouve assimilé et exclu à la fois. Cette démarche consiste par conséquent à établir un ordre du monde où la société serait un champ d'évaluation dominant et le sujet le reflet de ce vaste théâtre social).

Nous reprendrons les quatre niveaux classiques établis pour essayer de repérer si dans cette construction «hiérarchisée», on ne pourrait pas trouver un moyen de mieux comprendre

la question des relations entre la représentation de soi et les représentations sociales. (Doise, W. 1982).

Selon Doise (1982),

- Le premier niveau est constitué par les processus intra-individuels. *"Dans ces modèles, l'interaction entre individu et environnement social n'est pas abordée, ce sont les mécanismes, qui au niveau de l'individu, lui permettent d'organiser ses expériences qui font l'objet des analyses proposées»... Tous ces modèles, Anderson, (1965), Heider (1966) portent sur l'intégration d'éléments d'information ou sur l'équilibre cognitif..., sur les modalités, selon lesquelles un individu organise son expérience de l'environnement social".*
- Le deuxième niveau "inter-individuel" s'intéresse davantage aux *processus individuels qui prennent en compte le contexte*, la situation type est celle de Bavelas (1951) avec l'étude des réseaux et des structures de communication, ou celle de Kelley (1967) qui utilise la théorie de l'attribution en se situant au niveau des interactions inter-individuelles pour rendre compte de la façon dont les individus s'attribuent les intentions.
- Le troisième niveau ; "positionnel", met en évidence l'importance de la position sociale (préalable à l'interaction) qui influence les rapports individuels. Doise prend l'exemple des expériences de Thibault et de Riecken (1955). L'auteur cependant, souligne l'inter connexion des niveaux II et III.

Ce dernier, apparaît souvent comme l'explication psychosociale du niveau II. En prenant l'exemple de la théorie de Festinger sur la comparaison sociale, Doise explique les processus d'évaluation de soi à partir des rapports avec autrui (au niveau interindividuel). «Pour évaluer ses capacités l'individu se compare de préférence avec celui qui lui ressemble». La notion de position sociale implique simultanément le statut et le rôle et plus particulièrement l'influence sociale qu'elle détermine sur autrui.

Enfin, le niveau IV est constitué par des *"idéologies, des systèmes de valeurs et de croyances et de représentations, d'évaluations et de normes qui doivent justifier et maintenir un ordre établi de rapports sociaux"*. Afin de comprendre la société et les mécanismes sociaux il faut donc invoquer des facteurs plus stables, sociologiques qui développent une vision plus globale du monde (dans ce contexte l'attitude affective est "parasite" et par

conséquent dangereuse). Cependant lorsque l'objet d'étude porte sur les représentations de soi, il est difficile de faire glisser à quelque niveau que ce soit, le problème du soi social. Ce concept est transversal, il se situe aux quatre niveaux.

En abordant l'étude par niveau, une organisation qui prend son point de départ dans "l'individuel" pour aboutir au "collectif". Cependant, on peut placer la représentation de soi comme centrale et situer de façon circulaire les niveaux en mettant l'action comme dynamique de la représentation. (**Ibid.**).

Cependant lorsqu'il s'agit d'étudier la représentation de soi, on se heurte à quelques difficultés si on ne lui accorde pas la place qu'elle mérite en psychologie sociale. Dès lors la question suivante se pose: Peut-on, sans développer une psychologie intra-individuelle, qui nous ramènerait au niveau I de la catégorisation de Doise (1982)

La représentation de soi est un processus qui se situe au niveau un, intra-individuel, mais les nombreux travaux développés sur cette question ne peuvent permettre d'aboutir à une approche réductionniste.

La représentation de soi dépend des autres niveaux, mais en tant qu'ils influencent le sujet dans la façon dont il construit son identité, en particulier à travers le processus de catégorisation sociale.

Doise (1990) part de l'hypothèse que la catégorisation: *"est un processus par lequel les relations sociales se structurent ... le processus de catégorisation ne structure pas seulement les perceptions... il rend aussi compte de comportements différenciateurs et permet de prédire certaines transformations sociales"*. Selon l'auteur, la catégorisation est un processus cognitif qui permet *"de mieux saisir comment l'individu organise sa perception du monde aussi bien du monde physique que social"*.

On constate que selon Doise la catégorisation est une dynamique centrale pour appréhender les processus psychosociologiques qui s'articulent dans des dynamiques collectives.

A partir de là, la représentation de soi ne peut être traduite qu'à partir de la catégorisation: *"Les catégorisations interviennent dans la représentation sociale, mais leur*

intervention est conditionnée par les modèles de communication et les caractéristiques intentionnelles ... le concept de soi doit être étudié comme une représentation sociale car c'est un important principe organisateur des relations symboliques entre les agents sociaux". On ne peut traduire la représentation de soi, qu'au niveau des représentations sociales: *"les images de soi sont socialement produites et liées à la représentation culturelle de la personnalité individuelle. Il est presque trivial de rappeler que la culture occidentale a sa propre représentation de la personnalité individuelle. L'appartenance à des groupes et la catégorisation sont des facteurs importants pour la formation de l'identité individuelle, mais d'autres types de relations interviennent".*

L'identité sociale et de l'équilibre sociocognitif qui s'y trouve lié. Il n'est qu'à voir les défenses mobilisées par l'irruption de la nouveauté". La cognition de soi est une représentation sociale cependant qui oblige à considérer le soi en termes publics, au niveau de l'histoire du soi, dans une conception stratégique de la gestion du soi, de négociations des «capacités» publiques, du sujet en scotomisant le niveau structurel individuel, naturellement on peut considérer que la représentation de soi est ainsi traversée par des croyances et des idéologies, indiquant des positions, des situations sociales et qu'à ce titre la représentation de soi est une représentation sociale et qu'elle échappe à certaines influences endogènes, telles que des régulations socio-affectives non informisantes, caractéristiques des variations intra- et inter-individuelles.

On peut considérer le sujet social comme un sujet collectif public traversé par des représentations collectives, mais ces mêmes représentations sont des filières dynamisantes activées peut-être à des moments différents, mettant en scène le rôle de l'acteur. La notion de temporalité et de contexte social est fonctionnelle.

On ne peut étudier la représentation sociale de soi si on ne prend pas en compte la variabilité subjective. Nous proposons par conséquent une analyse multi dimensionnelle de la représentation de soi à travers un cadre conceptuel incluant la gestion (contrôle) des émotions, des informations et des images mentales.

La prise en compte des différences dans les représentations oblige à passer d'une psychologie catégorielle à une psychologie structuro-fonctionnelle et stratégique de type explicatif. Si l'on considère strictement le niveau intra-personnel, la psychologie présente trop

souvent le sujet comme statique, un contenant. Il est considéré avec ses compétences propres, ses aptitudes comme un réservoir de potentialités.

Selon cette approche, les acquis, les expériences sont des logiques internes fermées focalisées sur et par le sujet, or il existe une approche incluant les quatre niveaux proposés par Doise, mais dans une dynamique de l'acteur en situation. Dans le cadre de cette approche on peut mettre en évidence des "stratégies de la compétence" du sujet, qui permettent de développer des aptitudes et des capacités. Ces stratégies impliquent l'activation de "processus capacitaires" qui facilitent l'acuité représentationnelle. **(Costalat- Founeau, 1994).**

Une réflexion s'impose lorsqu'on s'interroge sur la manière dont on aborde la question de la représentation. On peut la traiter à partir d'une démarche processuelle ou d'une démarche catégorielle et nous nous situons dans la première, sans minimiser pour autant les effets de catégorisation, mais en les associant à la dynamique de singularisation.

Selon la démarche processuelle, la représentation de soi est animée par des variables intermédiaires, médiatrices (self-efficacité, sentiment de capacité que nous qualifions de capacité subjective). Selon leur influence elle devient plus aiguë, elle s'affirme pour mieux cerner son objet. La capacité subjective (sentiment de compétence) doit être congruente avec la capacité normative (légitimation sociale) pour parvenir à mettre en marche une mobilisation émotionnelle permettant au sujet de se représenter comme acteur social. Nous entendons par là l'acteur dynamique, contrôlant son action dans une relation individu-société bien structurée avec des moyens, des compétences, des stratégies adaptées aux objectifs assignés. Toute stratégie implique un mécanisme d'investissement orientant la dynamique représentationnelle. **(Ibid. p2- 3-4-5-6).**

Conclusion :

La ménopause ne se réduit pas aux modifications physiologiques qui la définissent mais inaugure, pour la femme, une période de bouleversements qui vont la conduire à un changement d'état psychique mais aussi de statut social. La femme ménopause célibataire doit être en pleine conscience de sa valeur et de son soi-même en tant qu'être humain n'a nul besoin de briller ou de se placer au-dessous des autres pas plus qu'elle ne se dévalorisera par rapport à eux.

Partie pratique

Le troisième chapitre
Méthodologie de recherche

Introduction

Toute recherche comporte un choix parmi les méthodes d'approche. « Le choix d'une méthode et d'une technique est en fonction de deux types d'impératifs, ceux qui sont intrinsèque à la recherche et visent à obtenir la meilleure garantie scientifique et les impératifs extérieurs comme le temps, l'argent, la situation personnelle du chercheur». (Foughali.M.J, 1984, p, 50).

1. La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape très importante dans toutes les recherches scientifiques, et permet de recueillir des informations sur le thème de recherche, ainsi de tester la fiabilité des hypothèses sur le terrain. Elle fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, elle consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les fait réels.

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de l'hôpital "d'akbou » à la Wilaya de Bejaïa, Tout en ayant l'objectif majeur de nous assurer de la compatibilité de notre thème de recherche avec la réalité (la disponibilité de la population de recherche, la pertinence des hypothèses émises...), et de rendement des techniques choisies.

A la fin de notre pré enquête on a pu collecter quelques informations concernant le service, et les pathologies qui sont pris en charge par les médecins et les psychologues, avec l'aide de la psychologue spécialisé dans le service, on a pu aussi avoir une idée sur le déroulement de notre stage et la construction des hypothèses de notre recherche.

2. La méthode de recherche :

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, elle nous a permet d'étudier et analyser les sujets en tant que cas individuels.

La méthode clinique, et fait partie des méthodes descriptives et historiques, dont leur objectif selon Beaugrand, (1988) cité par K. Chahraoui et H. Bénony « est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes ». (Chahraoui. K et Bénony.H 2003, p, 125).

3. Les stratégies de la méthode de recherche :

3.1 La méthode descriptive

Les méthodes en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélacionnelle, méthode normative développementale, enquête).

Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. **(Khadija Chahraoui, 2003, p125).**

4. Présentation du lieu de la recherche :

4-1-Aperçu historique :

L'hôpital est un établissement public chargé de recevoir les personnes qui ont besoin de soins médicaux ou chirurgicaux.

L'établissement public hospitalier d'Akbou, avant l'indépendance, son siège était au centre ville d'Akbou en 1959, il fut décidé de construire un nouvel hôpital, les travaux commencèrent en 1960 et furent achevés en Mars 1962, suivi après par le transfert du siège qui a ouvert ses portes le 02 Novembre 1968.

L'EPH d'Akbou de catégorie A, mis en service en 1970 au nom du chahid lieutenant AKLOUL Ali ; situé 70Km du chef lieu de la Wilaya de Bejaia, l'EPH d'Akbou couvre 06 Daira composées de 15 communes. Il dessert une population de 252430 habitants répartis sur 15 communes (188 villages).

4-2-Consistance physique :

La capacité technique du l'EPH d'Akbou est de 177 lits répartis comme suit :

- 1- Médecine hommes : 33 lits.
- 2- Médecine femmes : 35 lits.

- 3- Pédiatrie : 33 lits.
- 4- Maternité et gynécologie : 34 lits.
- 5- Chirurgie (homme, femme, enfant) :42 lits.
- 6- Hémodialyse : 13générateurs.
- 7- P .U (pavillon des urgences) : 10 lits.

En plus des services d'hospitalisation il est doté d'un plateau technique consistant à un pavillon des urgences, un service de radiologie et un bloc opératoire (dont 04 salles opératoires).

4-3-Effectifs de l'établissement public hospitalier d'Akbou :

- **personnel médical :**

Médecins spécialistes : 17.

Médecin généraliste : 26.

Pharmacienne : 01.

- **Personnel paramédical :**

Paramédicaux diplômés d'état : 113.

Paramédicaux brevètes : 58.

Aide soignant : 13.

- **Personnel psychologue :**

Psychologue cliniciens : 07

- **Personnel administratif et technique :**

Personnels administratifs : 46.

Personnels techniques et d'entretien qui s'éleva à 101

5. Présentation de groupe de recherche :

Nous avons retenu pour critère de sélection de choix de la population d'étude tous les cas répondant à l'objet de notre recherche :

5.1 Les critères de sélection de groupe de la recherche :

- Tous les cas se sont des femmes ménopauses célibataires
- Tous les cas désirent de marier et d'avoir des enfants
- Tous les cas souffrent de regards de la société envers eux

5.2 Les caractéristiques de groupe de recherche

On va présenter un tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.

	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Etat physique
Lila	50 ans	Bac littérature	Fonctionnaire	normal
Malika	56 ans	Illettré	Femme au foyer	diabétique
Samira	44 ans	Bac littérature	sage-femme	normal
Nadia	49 ans	Licence en littérature française	Enseignante au primaire	normal

Tableau N° 1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude

6. Les outils de la recherche

6.1 L'entretien clinique de la recherche

L'entretien clinique, comme tout entretien, suppose de la parole, une forme de dialogue, entre des interlocuteurs. Mais il n'y s'agit pas seulement, par exemple, de transmettre des informations, et pas plus de converser dans un échange symétrique, ou de se prêter à certains exercices (questionnaires, tests), ni même de trouver un certain soulagement dans la possibilité de parler. En somme, il ne suffit pas de parler pour qu'il y ait de l'entretien clinique.

L'entretien clinique offre l'opportunité, la possibilité à un sujet de dire, de se dire, et d'être écouté par un autre qui, par sa disposition d'écoute, invite à la parole. Mais, plus

encore, il ouvre au possible, pour ce sujet, d'être entendu et d'entendre ce qui se dit, ce qu'il dit, y compris parfois, comme ce peut être le cas, lorsque un sujet est privé de voix, en « parlant » au clinicien au moyen de l'écriture. En effet, dans l'espace d'interlocution particulier d'une relation dissymétrique dont s'ordonne l'instauration de l'entretien clinique, c'est à l'expérience de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole, à son pouvoir de révélation et son impact, que convie le dispositif de cette situation clinique. Soit une situation où les dimensions de l'inconscient et de ses effets, de la réalité psychique (désir inconscient et fantasmes), celles des identifications et des transferts, ne peuvent être méconnues par le clinicien ou non prises en compte. Un clinicien qui se trouve lui aussi impliqué comme sujet, c'est-à-dire aussi comme psyché, et qui travaille avec cette implication (recueillie en partie sous le terme de contre-transfert). (**Olivier Douville et Benjamin Jacobi, 2009, p 134**).

6.1.1 L'entretien semi-directif

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée mais au moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association du sujet par exemple.

Ce qui est proposé c'est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, c'est le clinicien qui cadre le discours à partir des questions du guide mais il adopte toute de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (**Colette Chiland, 1983, p120**).

6.1.2 Le guide d'entretien

Il est établi après des entretiens exploratoires, le guide se présente sous la forme de « pense-bête » en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi-directif.

Le guide comporte une consigne initiale : « j'aimerais que vous me parliez de... » ; « ce que cela représente pour vous (consignes induisant un discours d'opinions) ; « j'aimerais que vous me parliez de... » ; « comment ça s'est passée... » (consigne induisant un discours de narration). Il peut revêtir une forme plus ou moins détaillée, de la liste de trois ou quatre grands thèmes que l'ir connaît bien jusqu'à une série d'informations spécifiées sur deux ou trois pages.

On s'attachera à donner à ce document une présentation qui le rende facile à utiliser, avec des mots clés très apparents. On peut coupler les thèmes avec des modèles de questions neutres.

Notre guide d'entretien est basé sur les axes suivants :

1- **La ménopause** : cette axe contient des questions sur la perception de la femme pour la ménopause, les symptômes vécues, et comment la disparation des règles s'influence sur le coté physique.

2- **La représentation de soi et le célibat** : cet axe contient des questions sur le vécu psychologique de la femme pour la ménopause.

Qu'est ce qu'elle engendre la ménopause comme sentiment chez la femme célibataire, comment elle se voit par rapport à d'autre femme marié avec des enfants qui ont le même âge avec elle, et es ce que la ménopause touche sa féminité.

Comment elle est sa représentation vers le soi-même et la représentation des autres en vers elle, est ce que elle est mal jugée.

7. L'analyse de l'entretien :

Pour l'analyse de l'entretien, on a basé sur une analyse clinique selon les axes de notre guide d'entretien, qui permet de sélectionner les catégories d'analyse suivante :

- La présentation de chaque cas d'une manière générale.
- La perception et les effets de la ménopause pour chaque cas
- La représentation de soi-même et de l'autre
- La représentation de la femme ménopause célibataire dans la société

8. Le test de rorschach

8.1 la présentation de test de rorschach

Le rorschach est un test de taches d'encre, inventé en 1920 par HERMANN Rorschach, qui permettait d'établir un diagnostic psychologique de la personnalité, qu'elle

soit normale ou pathologique, aussi bien chez l'enfant, ou l'adolescent, que chez l'adulte, un tel test fut appelé après coup projectif. (Catherine Chabert, 2012, P09).

Ce test est composé de dix planches représentant chacune une tache d'encre obtenue par pliage, c'est-à-dire symétrique. Cinq de ces taches sont noires (I, IV, V, VI, VII), deux sont noir et rouge (II, III), et trois sont dans les teintes pastel (VIII, IX, X).

Le psychologue demande au sujet de lui dire à propos de chaque planche « à quoi sa lui fait penser ». L'examineur procède à une enquête qui lui permettra de coter les repenses. (H. Bloch et al, 2002, p1129).

Le Rorschach permet une élaboration de la perception en fonction des préoccupations essentielles du sujet, des modes d'aménagements de sa relations aux objets, des fantasmes et des affects qui sont sous-tendus par les mots-images qui va nous livrer : tout un champ ouvert à ses associations par l'induction de la projection rendue toujours possible grâce au caractères flou du matériel. (Catherine Chabert, 2012 p 12).

- **La consigne**

Lorsque l'on se parle aux consignes pour le Rorschach proposées par les différents auteurs, on s'aperçoit qu'elles sont formulées en termes assez divers, ce qui, témoigne d'écarts non seulement d'un praticien à l'autre mais d'un théoricien à l'autre, alors que superficiellement on aurait pu s'attendre à un consensus relativement aisé à ce sujet.

En effet la consigne classique et brève de Rorschach, reprise par N. Rauscha de Traubenberg : « Qu'est-ce que cela pourrait être ? ».

Mais la consigne la plus utilisé par la plupart des psychologues est celle de Catherine Chabert : « je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches », cette consigne répond à la référence relationnelle qui s'établit à travers les trois termes : sujet-test-clinicien ; la limitation de l'épreuve qui signe le caractère transitoire de l'échange en contreponds de l'appel au « tout dire ».

Certains cliniciens ajoutent : « il n'y pas de bonnes ou de mauvaises repenses, dites tout ce qui vous vient à l'esprit en regardant les planches ». Cette précision est utile si l'on

veut dégager la passation de l'influence possible d'une représentation du test projectif très imprégnée de celle des épreuves d'efficiences. (**Ibid. p 23,24**).

- **La passation**

L'administration du test s'accompagne d'une consigne, les explications données au sujet varient selon son âge, sa psychopathologie, son degré d'instruction, Il peut être utile de préciser que la durée est libre, que chacun est libre de voir ce qu'il veut. Les planches ont un haut et un bas et 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 le 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. (**Didier Anzieu, Catherine Chabert, 2004, p57**).

Un enquête est suivie généralement la passation et se donne pour objectif s'apporter des précisions sur la nature des réponses et leur cotation, l'ensemble dure ainsi les trente minutes à deux heures. (**Jean-Luc. B, 1998, p87**).

- **La présentation de matériel**

La symbolisation psychanalytique pour chaque planche et le contenu latent qui la caractérise :

- Planche I** : perte de l'objet et prise de contact avec le psychologue. Une des caractéristiques principales de cette planche est d'être la première, ainsi que, le sujet est immédiatement mobilisé dans ces ressources psychiques pour faire face s'adapter à cette situation de rencontre avec l'inconnu, les modalités défensives
- Planche II** : une planche bilatérale, elle permet la réactivation de représentation de relation qui seront présentées d'une façon dynamique à travers des kinesthésies exprimées ou non. C'est une scène primitive archaïque.
- Planche III** : une planche bilatérale et les représentations de relation sont favorisées par le matériel qui manifeste une représentation de soi face à l'autre. On peut la considérer comme une planche d'accès à l'Oedipe et les capacités du sujet d'identification à l'espèce humaine
- Planche IV**: elle s'impose à l'observation à travers sa double caractéristique sombre et massive suscite régulièrement des réactions d'angoisse et de malaise qu'il importe, c'est une planche de castration et du Surmoi.

- Planche V** : c'est une planche de l'adaptation à la réalité et de la représentation de soi ainsi que les fonctions identitaires et même le narcissisme du sujet , elle prend en compte l'image spéculaire et idéal du Moi.
- Planche VI**: c'est une planche unitaire ou l'axe de symétrie est marqué et susceptible de renvoyer le sujet à la capacité de se représenter un corps ou un objet intégré, elle se caractérise par le symbolisme sexuel ou mieux « la bisexualité ».
- Planche VII**: c'est une planche bilatérale qui peut amener le sujet à la représentation de relation, les deux formes gris-noir peuvent facilement évoquer des silhouettes humaines en mouvement ou non, et elle présente l'image maternelle.
- Planche VIII**: c'est la première planche couleur après quatre planches noires ou bilatérales, permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement social et les étrangers à la famille.
- Planche IX**: elle se caractérise par un vide central marqué et sollicite le vécu des relations précoces, les chocs, voir les refus et l'angoisse devant la pulsion de mort.
- Planche X** : angoisse de morcellement qui peut être source de réaction divers pour le sujet, elle se caractérise d'une part la dispersion des couleurs et des taches, d'autre part par sa position de dernière planche

8.2 La méthode d'analyse du protocole du Rorschach

- **La cotation des réponses du Rorschach**

La cotation s'inscrit dans quatre grandes catégories déterminées d'emblée par H. Rorschach: la réponse se répartit en effet en localisation (ou le sujet l'a-t-il vue ?), déterminant (qu'est ce qu'il a déterminée la réponse ?), contenu (qu'elle est son contenu ?), à quoi s'ajoute la notion de repense banale pour certain d'entre elle(réponses donnée par au moins 1 sujet sur 6, selon le critère retenu par Lopfe(1925) et les psychologues suisses, ainsi que par Nina de Traubenbergl). (Catherine Azoulay, Michèle Emmanuelli, 2013, p8).

Pour la localisation ; le sujet peut proposer des réponses globales (G) concerne la totalité de la tache noir ou colorée, des réponses grand détail(D)qui sont constituées par les découpes qui, dans chaque planche, sont les plus fréquemment interprétées, des réponses petit détail Dd représentent les découpes partielles autre que les(D) ou le banc, des réponses détail dans le blanc(Dbl) qui ne sont cotées comme tel que si la découpe est située toute entier dans le banc, en fin le détail original ou oligophrénique(Do) ; le sujet scotomise une donnée qui se présente à lui et n'en perçoit qu'une partie réduite.

Pour le déterminant les réponses de sujet peuvent être sous la forme suivant (F+ , F-, F_+). Les réponses mouvements ou kinesthésiques se subdivisent en deux catégories, les grandes kinesthésies (K) et les petites kinesthésies (k), la kinesthésie partielle (Kp), la kinesthésie animale (Kan), la kinesthésie d'objet (Kob). La couleur (C, CF ou FC), l'estompage ou e clair-obscur (F, FE, EF, Clob).

Le contenu est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites, réponses animal (A, Ad) sont les plus fréquent, humaines (H, Hd), anatomiques, sexuelles, ...etc.

Les facteurs additionnels intègrent « les réponses banales », « les chocs », les refus de répondre, le symbolisme spatial et la succession des différentes réponses. (**Didier Anzieu, Catherine Chabert, 2004**).

- **Le psychogramme**

Le psychogramme est une analyse quantitative qui intègre toutes les données et les différentes observations précédentes. Une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses on regroupe les catégories sous forme de pourcentages ou de quantité un certain nombre d'indice relatif au type d'appréhension (localisation dominante), aux déterminants (F+%, F-%, ...) et aux contenue (A%, H%...), dans le but d'une synthèse clinique.

- **Analyse formelle**

- La productivité de temps ;
- Les modes d'appréhension ;
- Les déterminants ;
- Les contenue ;
- Dynamique affective ;

- **Analyse qualitative**

- Représentation de soi ;

- **Synthèse du test**

- **conclusion**

Quatrième chapitre
présentation et analyse des
résultats

Présentation de cas :

Malika est une femme au foyer, célibataire, diabétique, âgée de 56 ans, elle n'a jamais été à l'école « VAVA OURIJARA ANGHAR NIKI AWK DH YISSATHMA », « mon père ne m'a pas laissée apprendre et si la même chose pour mes sœurs ». D'après elle, le début de la ménopause était avant trois ans

Analyse de cas Malika :

Dans le début de l'entretien, Malika a hésité de parler mais on l'a convaincue pour qu'elle arrive à raconter sa situation, elle dit : « OUHOUSGHARA IKRA IMI ROUHEN, YARNA OUYIQRIH WARA THURA ACHOU KAN TDHAQAGH » « j'ai aucune douleur quand ils s'arrêtent et même maintenant , sauf des bouffées de chaleur », et pour cela Malika n'a jamais consulté un médecin généraliste ou bien gynécologue « sauf, le traitement diabétique qui me laisse plusieurs fois hospitalisée » « OUTROUHOUGHARA AWK AR TVIV, HACHA LAHLAK AGI N'SKOUR IYIJAN KATCHMAGHD AR SVITAR »

Malika ajoute que « les règles c'est le symbole de la féminité et même avoir l'espoir de se marier et d'enfanter » « L3ADA N' CHAR DHALSAS LHOURLA N TMATUTH, AWK D'ASSIREM AKEN ATZAWJADH AWK A TASS3OUDH DARYA ». A vrai dire, les règles c'est le symbole de la fécondité mais pas de la féminité, ce qu'on laisse comme remarque, que la féminité de la femme a vraiment été touchée par la cessation de cycle menstruel. Et pour la ménopause « je suis veille, c'est un passage obligatoire pour chaque femme » « A TAMGHARTH, ILAQ YAL THAMATUTH AD3ADI FELAS ». Pour elle la ménopause est vécue comme un rapprochement de la vieillesse mais elle le perçoit comme un passage obligatoire pour chaque femme. Malika dit toujours « HAMDOLAHA » « dieu merci » car elle n'a jamais subi une intervention chirurgicale au niveau génital et elle n'a pas entendu de (THM)

Pour Malika, « la ménopause est une dévalorisation de la féminité de la femme célibataire car elle ne peut pas se marier qu'avec un vieux, mais moi je vais rester comme ça, et attendre ma mort » « AD LQIMA N TMATUTH UR NA ZWIJARA IDI SOUBEN, OUTHAZMIRARA ATAZWAJ HACHA DU MGHAR, ALA NEK AKA AQIMAGH ATRAJOUGH LMOUTHIV ». On marque ici, que la femme considère la ménopause comme une sorte de désintégration de la féminité en particulier la femme célibataire. Avec une voix douce elle dit « MA DH DARYA ATIQIM TIRGITH ». « Pour avoir les enfants c'est un rêve irréalisable » Avec la cessation de la fonction de reproduction, se termine pour la femme, la création d'une nouvelle vie.

L'infécondité est ressentie comme une perte, une diminution. Après un grand silence, elle continue « YARNA ULACH IWANIWA A'RAHKOU AKHATAR DA L 3iv GHOURNAGH » « il n'y a personne pour le raconter, car c'est une honte chez nous ». Le sujet montre une faiblesse d'intégration adaptative et socialisante, car la société considère la ménopause comme sujet tabou

Des larmes dans les yeux de Malika « personne ne peut ressentir ce que je ressens, je suis toute seule, je refoule parce que c'est un sujet de tabou, ainsi que, tout le monde qui disent c'est malheureux de rester comme ça » « YIWEN MAY TEHUSOU S WAYEN TEHUSOUGH, AQLIYEN WAHDHI, TARAGH KAN AR W'ULIW, AKHATAR D LAHRAM AYAGI, MAR QARNAS MESKINET IMI THQIM AKA », Ses paroles indiquent la solitude et une fragilité narcissique, à cause du regard négatif de la société envers la femme célibataire ménopause

Elle prend un grand souffle pour dire « regarde moi, mes cheveux sont blancs, la peau ride, personne ne peut m'accepter » « THILLIYID, ACHEKOUHIW ICHAV, AGLIMIW IKMACH, ANIWA AYIQAVLAN ». Malika trouve des difficultés ce qui concerne l'intégrité de son corps et sa représentation comme entier et une mauvaise image de corps qui engendre chez elle un sentiment de culpabilité. Elle dite aussi « ARI SSER REBBI, QVLAGH SWAYEN IDIFKA, OUGLAKARA ANETTU LA3WAYDH NAGH AWK ADDIN, LAMA3NA OUTHAS3ARA AMKAN G THIMATINAGH, THATWAHQAR, DANCH THAGI IRIJEN N SMOUGHVOUN » « que dieu nous protège, et j'accepte mon destin, on ne peut pas oublier nos traditions, la religion mais elle n'a pas sa place dans notre société, nous sommes méprisées ce qui nous laisse d'être déprimées ». Le sujet indique une perception de soi et une identification à la réalité interne « cessation des règles » car elle fait recours à la religion et la société et la culture qui modulent nos relations et nos perceptions de vivre, ce qui laisse Malika ayant une dépression et une faiblesse des émotions

A la fin, Malika réplique que la ménopause apparaît comme un vieillissement de la personne, une perte de la féminité, et une vie en silence, combattre le vide et la solitude, c'est une souffrance psychique plus que physique malgré ça, Malika arrive à s'identifier et avoir la conscience de soi même

-analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Malika :

Planche	T /L	Texte	Enquête	Cotation
I.	39''	1-Je vois un Corps humain c'est tout. 20''	Toute la planche(G) (forme)	GF+Anat.
II.	30''	2-Ces deux parties noires ressemblent à deux joués des enfants, deux ours. 29''	Les deux parties latérales noires(D) (couleur+forme)	D F- Obj.
III.	25''	3-Deux femmes ensemble, je crois qu'elles sont entrain de cuisiner, regard ils ont dans leurs mains une marmite 27''	Les deux parties latérales noires supérieures avec la partie noire inferieure médiane(Dd) (forme)	Dd Kp H
IV.	40''	Je ne sais pas, cette photo elle est blizzard, je l'aime pas trop 29''	Refus	refus
V.	27''	4-je ne suis pas sur mais comme je pense, et comme je l'ai imaginé un utérus d'une femme âgée, tu ne vois pas ça toi ? 31''	Toute la tache sauf les deux extrémités latérales(Dd) (forme)	Dd F- Anat.
VI.	39''	5-Le vagin d'une femme 37''	Toute la planche(G) (forme)	GF+ Sex
VII.	27''	6-Des jumelles, des filles qui sont mal formées. 28''	Toue la planche(G) (forme)	GF+H

VIII.	35''	7-La couleur rouge je l'aime beaucoup, j'ai directement pensé à mes règles, 32''	Les deux parties rose latérales, rose et orange, en bas (couleur)	Dd C Sang
IX.	23''	8-Cette partie rouge, tu ne trouves pas qu'elle ressemble à des ovaires d'une jeune fille 30''	Tiers inférieur rose en entier(D) (couleur+forme)	DCF-Anat.
X.	28''	9-Des caméléons, avec plusieurs couleurs. 19''	toute la planche(G) (couleur)	GC A

L'enquête aux choix :**Les planches (+) :**

La planche 9 : cette planche me rappelle quand j'ai eu le siècle menstruel, il prend huit jours pas mois, j'étais en plein santé

La planche 10 : il y'a des fleurs par tout et herbe vert, c'est une planche vivante

Les planches (-) :

La planche 4 : cette planche ne me plaît pas, car elle est bizarre, horrible, elle est toute noire

La planche 7 : elle ne me plaît pas, si comme si elles sont des orphelins. Regarde comment les parents abandonnent leurs enfants, par contre il y'a d'autres qui rêvent de les avoirs

Psychogramme : Malika

Production	Mode d'appréhension	déterminant	Contenus

R : 9	G : 4	F: 6	A: 1
T,t : 195''/9',92''	G%: 44,34	F+: 3	Ad: 0
Tps/réponse :	D/G :	F-: 3	A%
66',11''/1',1''	D : 2	F+-:0	H:2
T.Lat : 313''/5,22	D% : 22,22	F+-%: 50	Hd: 0
T. Lat. Moyen : 31,3'	Dd: 3	F--%:50	H%: 22,22
T.R.I : 0K/2C	Dd%: 33,33	F%: 66,67	Anat: 3
RC : 3/9		Fc: 0	Sex: 1
RC% : 33,33		CF: 1	Refus:1
		C:2	Obj:1
		K: 0	Sang: 1
		Kp: 1	Ban : 0
		ΣK:1	Ban% :0

Analyse formelle :**Productivité et temps :**

Le protocole de Malika est pauvre, sa production est caractérisée par une forte inhibition, le nombre de réponses qui est de (R=9) est inférieure à la norme, ainsi le Tps/Réponse n'est pas dans la norme.

Le mode d'appréhension :

Le mode d'appréhension se caractérise par un pourcentage élevé des réponses globales (G=44,34), et un pourcentage très bas des réponses parcellaires (D=22,22),

Les très grandes quantités (Dd=33,33%), indiquent que Malika a un esprit éprouvant des difficultés à la synthèse qui montre un manque de confiance et de la peur.

Les déterminants :

Le ($F\%=66,67$) est un nombre suffisant de réponses par rapport à la norme qui témoigne l'utilisation de Malika d'un mode de fonctionnement courant, habituel, normal, qui consiste à cerner dans un mouvement d'adaptation réaliste, malgré l'existence d'une légère quantité formelle positive ($F+\%=50$), mais une quantité formelle négative ($F-\%=50$) un peu supérieure à la norme, marque l'existence d'une faille dans l'adaptation au réel chez Nadia.

La présence de K_p rend compte à une représentation humaine et à des projections de mouvements sur des images humaines.

La présence d'une seule réponse ($CF=1$) indique que Malika utilise une légère force défensive qui tend à minimiser l'impacte émotionnel, mais les réponses couleurs ($C=2$) peuvent rendre compte de climat affectif dans lequel Malika se trouve.

Les contenues :

Les $A\%$ est inférieure (11,11) qui constitue un faible facteur d'intégration adaptatif et socialisante.

Le nombre des réponses ($H= 22,22\%$) indique une préoccupation dans le rapport à l'autre, ainsi la capacité de Malika à s'identifier à un être humain.

La présence des réponses anatomiques lient à une mauvaise forme, qui sont des réponses liées à des parts de corps (ovaires) qui indique que Malika trouve des difficultés ce qui concerne l'intégrité de son corps et sa représentation comme entier.

La présence des réponses sexe (sexe=I), on particulier la planche VI dont on trouve des réponses sexuelles féminines.

Dynamique affectif :

Le TRI est extratensive mixte ($0K/2\Sigma C$) qui indique que Malika est suggestible et émotive.

Le $RC=33,33\%$ est à la norme qui signifie que la couleur n'altère pas chez Malika.

Analyse qualitative :**Représentation de soi :**

Dans le discours de protocole de Malika, on remarque l'apparition de pronom « je » dans les majorités des planches, qui montrent une conscience d'interprétée et une perception de soi. « Je l'aime... », « Je vois... ».

La plupart des réponses G indiquent une attitude défensive et qui apparaissent dans un contexte d'expression d'affectes très massifs qui précède ou accompagne des images dont le cadre perceptifs.

Les représentations humaines et animales légèrement définies, indiquent la capacité de Malika à reconnaître son identité subjective, ces représentations témoignent des possibilités éventuelles de se représenter soi même.

La présence d'humain à la planche III, témoigne que la capacité de Malika à s'identifier à l'être humaine comme entier, qui est preuve d'une structuration de l'identité.

La réponse de Malika à la planche V renvoie à une dévalorisation de sa représentation de soi et une fragilité narcissique et un manque de confiance en soi « tu ne vois pas ça toi ? »

Malgré la représentation féminine dans la planche VII mais Malika a des difficultés d'intégrer une image humaine et la faiblesse de l'image de corps.

Synthèse de test :

Le protocole de Rorschach de Malika se caractérise par une légère dépression, le type d'appréhension est diversifié. La présence des réponses G témoigne d'une adaptation perceptive de base et à la réalité interne, et une faiblesse des affectes,

Malika montre une perception de soi, sa féminité est touchée par la cessation des règles. Elle a une image de corps de mauvaise qualité tourne qui autour d'un corps défaillant, et une fragilité narcissique et un manque de confiance de soi.

Conclusion de cas :

L'épreuve de Rorschach montre que Malika est capable de s'identifier à soi même et montre une atteinte de l'image de corps, ainsi que une désintégration de représentation de soi, ce qui dénote une difficulté de l'intégrité de corps, et la difficulté d'appréhender les situations de façon globale.

Présentation de cas :

Nadia est une femme âgée de 49ans, elle a eu sa licence en littérature française et une attestation d'informatique, et elle travaille comme une enseignante au primaire. Depuis cinq ans elle a remarqué des perturbations dans le cycle menstruel, un an plus tard, avec des consultations médicales a confirmé que c'est le début de la ménopause et à partir de ce moment là que sa vie a complètement changé.

Analyse de cas Nadia :

D'après Nadia «la ménopause me fait rentrer dans un état d'inconscience et de détresse qui est une transition vers une tranche de vie plus avancée, car les règles représentent l'identité de la femme », cela témoigne que la perte des règles chez Nadia est un événement qui dévalorise l'identification féminine et un passage vers la vieillesse ce qui évoque chez elle la détresse. Elle continue « au début, c'était dure avec les bouffées de chaleurs, de sueurs, maux de tête, et souvent je perds le contrôle de soi-même, et même parfois des changements d'humeur et de dégoût , mais quand j'ai consulté le gynécologue, il m'a bien expliqué le sujet, ainsi que, il m'a donnée des comprimés qu'il s'agit du (THM), mais elle reste la source de mes douleurs physiques, mon corps ne supporte plus tout ça», Nadia exprime que ses souffrances physiques sont causées par la ménopause.

Nadia est une femme intellectuelle, elle a fait des recherches à propos de la ménopause, elle dit «la ménopause est un évènement hautement symbolique qui touche la féminité de la femme en particulier la femme Algérienne car c'est dure de rester au solo et c'est tu n'arrive pas a construire une famille, un mari, des enfants, alors vous êtes une femme manquante, (ALAH GHALEV) je pourrais rien faire, c'est le rêve de chaque femme » le sujet considère le cycle menstruel comme un symbole de la féminité et elle précise la femme Algérienne car elle fait recours au jugement et au regard négatif de la société envers cette catégorie des femmes qui ont reste en solitude et inféconde.

On a remarquées que Nadia a exprimé librement sa situation «j'ai dit adieu à la jeunesse et j'ai enfermée dans le vide et dans la solitude qui me rend sensible, et parfois je préfère garder mes sentiments pour moi, parce que c'est difficile pour quelqu'un d'autre de comprendre mes souffrances, alors que notre société attache aux traditions et elle a oublié l'écoute, juste critiquée les personnes ».D'après elle, la ménopause est une perte de la

jeunesse, et elle engendre un manque d'interaction au monde extérieur qui altère sa représentation de soi, et elle montre le désir de ne pas se livrer ces affects à cause d'une société incompréhensive qui culpabilise ses femmes sans rendre compte à leurs souffrances psychiques. Elle dit aussi « malheureusement c'est un sujet tabou et nous sommes parfaitement intégré dans une société profondément malade !!. Le mot PROGRES n'aura aucun sens tant qu'il aura des femmes malheureuses », les paroles de Nadia indiquent que la ménopause est un sujet tabou chez la femme célibataire et pour elle, le développement d'une société commence rendre hommage aux femmes.

Cette femme courageuse, a appris la sincérité, la générosité et la simplicité, elle dit « je ne prends pas soin de moi, mais ce n'est pas l'apparence qui fait la beauté d'une femme, c'est son rayonnement » on a remarqué une certaine hésitation à propos de sa beauté qui signifie quelques difficultés dans l'intégration de son image du corps. « Tu sais ce qui me touche ? C'est l'isolement et le réconfort dans mes pensées aussi que l'indigence du monde extérieur fait que la plénitude de mon statut » une inquiétude bien présentée à l'égard de sa solitude et de ses aptitudes internes et externes. « Si on observe, il ressort que dans les sociétés occidentales la ménopause est perçue d'une manière positive, différemment à nous », elle raisonne l'influence de la société sur les femmes ménopausées célibataires dans les communautés occidentales.

La ménopause est un phénomène naturel complexe et assez méconnu, c'est une réalité biologique, commune à toutes les femmes, elle se caractérise par des changements hormonaux, corporels, psychologiques et sociaux.

Vers la fin de notre entretien nous avons appris une belle citation « quand la vie me donne une centaine de raisons de pleurer, je vais la montrer qu'il y a mille raisons de sourire ».

-analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Nadia :

Planche	T /L	Texte	Enquête	Cotation
	35''	v...^ 1-Je ne sais pas quoi dire, peut être un..., je vois le symbole du sexe féminin. 33''	Toute la planche (G) (forme)	G F- Sex/symb

	29''	^ 2-là on dirait...deux personnages avec des cachemires noir long, qui dansent. 36''	Les deux parties noires latérales(D) (forme+couleur)	D Kan H
	32''	<...>...^ 3-le rouge là est un signe de l'amour, je peux dire la forme de deux cœurs? ^ 4- ces deux femmes sont entraîne de parler sur leur vie intime.55''	Rouge central toutes les parties latérales droite et gauche(D) (couleur+forme) les deux parties noir latérales(D) (forme)	D CF Anat/scène. Dd F- Hd
	33''	^ 5-Un géant qui marche avec deux grands pieds, la d'énormes pieds. 34''	Toute la planche(G) (forme)	GF+ (Hd)
	29''	V 6- un oiseau qui vole dans le vide. 20''	Toute la planche(G) (Forme)	GKan
	34''	^ 7-j'hésite un peu..., mais c'est bon, cette partie maigre supérieure ressemble à l'organe masculin. ^ 8-je crois même que tout ce dessin vaste est un vagin, c'est vrais ou pas ? 56''	Ligne médiane supérieure (Dd) (forme) Partie principale inférieure(D) (forme)	Dd F+Sexe. D F-Sexe
	25''	<...^ 9- je crois qu'ici est un utérus d'une jeune fille. 22''	Tiers inférieur+les deux tiers médian (Dd)	Dd F- Anat.

			(forme)	
	24''	V...^ 10-c'est la forme d'un papillon, il est beau avec toutes ces couleurs,... je n'ai jamais vu un papillon aussi grand que ça. 44''	Toute la planche(G) (forme+couleur)	G FC A
	22''	^ 11- là je pense que c'est un utérus d'une femme. 20''	Toute la planche(G) (forme)	GF- Anat.
	25''	<...v...^ 12-toutes ces formes et ces couleurs, on dirait c'est un jardin. 30''	Toute la planche(G) (forme+couleur)	G FC Bot.

L'enquête aux choix :**CHOIX + :**

II : elle me plaît parce que la danse veut dire que la personne est heureuse et en plein vie

VIII : j'aime beaucoup les papillons surtout ceux qui ont plusieurs couleurs.

CHOIX - :

III : elle me rappelle des personnes qui parlent sur leur vie privée et intime.

IV : je ne l'aime pas parce que c'est une planche ambiguë

- analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Nadia

Production	Mode d'appréhension	déterminant	Contenus
R : 12 T,t : 10',63'' Tps/réponse : 53'',17 T.Lat : 288'' T. Lat. Moyen : 28,8'' T.R.I : 0K/0ΣC RC : 3 RC%: 25	G :7 G% : 58,33 D :3 D% : 25 Dd: 3 Dd%: 25 Dbl: 0 Dbl%: 0	F: 7 F+: 2 F-: 5 F+-: 0 F+%: 28,57 F-%: 71,43 F%: 58,33 FC: 2 CF:1 C: 0 ΣC: 2 K: 0 Kan: 2 Kob: 0	A: 2 Ad: 0 A%: 16,67 H: 1 Hd: 1 H%: 16,67 (Hd): 1 Anat: 3 Sex: 3 Ban: 0 Ban%:0 Bot: 1 IA%: Refus: 0

Analyse de psychogramme:

Analyse formelle:

Productivité et temps:

La productivité (R=12) est inférieure à la norme, accompagnée d'un temps total très court. Ceci pourrait indiquer une fuite en avant de la part de Lila et renvoyée à ses soucis de contrôler ces comportements anxieux face à un matériel qui pourrait être source d'inondation pour elle.

Mode d'appréhension :

Le mode d'appréhension se caractérise par un pourcentage élevé par rapport à la norme ($G\%=58,33\%$), ceci renvoie d'emblée à l'importance de l'impact des taches de Rorschach sur Nadia, et un pourcentage très bas par rapport à les normes ($D\%=25$), ce qui marque l'incapacité de maintenir le contrôle par la réalité objective,

Les très grandes quantités Dd (25%) ne permet en aucune façon un contrôle minimal puisque les majorités des déterminants formelle de mauvaise qualité.

Les déterminants :

F% (58,33) est un peu inférieure par rapport à la norme, mais la plupart sont de mauvaises qualités ($F-=5$), dans la mesure où elle marque la capacité de Nadia à se tremper, à se troubler son contrôle à la réalité.

F+% (28,57) est très bas par rapport à la norme qui ne se suffit pas à elle-même pour permettre d'apprécier à l'adaptation perceptive et socialisante de Nadia.

L'absence de la Kinesthésie humaine renvoie à une double défaillance de mouvement qui s'articule dans l'identification et la relation à l'autre, ainsi que l'absence de l'imaginaire.

La présence des réponses Kan (2) permettent de remarquer chez Nadia des difficultés dans le maniement de l'agressivité et les souffrances relationnelles.

La présence d'une seule réponse (CF=1) indique que Nadia utilise une légère force défensive qui tend à minimiser ou à nier l'impact émotionnel.

La présence de deux réponses (FC) est considérée comme significative d'un équilibre entre le contrôle et laisse aller.

Les contenus

Le A% est inférieure à la norme (8,33), qui signifie un contrôle affaibli du Moi sur la réalité.

Le nombre inférieur des réponses ($H\%=16,67$) renvoie à la capacité de s'identifier à l'être humaine avec une perception de soi, mais la réponse Hd de mauvaise qualité formelle indique une atteinte dans la représentation de soi.

Les réponses anatomiques lient à une mauvaise forme, qui sont des réponses liées à des parts de corps (L'UTIRUS) ainsi l'absence des réponses qui désignent le corps comme entier ce indique que Nadia trouve des difficultés pour ce qui concerne l'intégrité de son corps et sa représentation comme entier.

La présence des réponses sexe (sexe=3), en particulier la planche VI dont on trouve des réponses sexuelles féminines et masculines.

Dynamique affective :

Le TRI est coarté (0K/0ΣC) qui indique que Nadia est suggestible et absence d'émotions, sans doute un signe d'une régression salutaire au service du moi après la cessation de cycle menstruel.

Le RC% est inférieure à la norme qui signifie que la couleur a une légère altération des affects chez Lila.

Analyse qualitative :

Représentation de soi :

Dans la verbalisation de protocole de Nadia, on remarque l'apparition de pronom « je » dans toutes les planches sauf la planche II, qui montre une bonne conscience d'interpréter et une perception de Soi, « Je crois... », « Je pense... ».

La majorité des réponses G mettent en évidence une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une recherche plus approfondie ou plus personnelle.

La plus part des petits détails sont associés à des perceptions formellement de mauvaise qualité qui montre un échec de contrôle, ce qui évoque assez clairement l'impotence des préoccupations sexuelles et la lutte pour ne pas les livrer.

Les représentations humaines et animales légèrement définies, marquent l'aptitude de Nadia à reconnaître son identité subjective, ces représentations témoignent des possibilités éventuelles de se représenter soi-même.

La projection de diverses parties de corps, dans des découpes rares peuvent montrer le glissement rapide vers une problématique d'intégrité, et pour les contenus sexuels sont fréquents, qui mis en échec par les pousses d'angoisse concernant le vécu corporel.

La présence de réponses à la planche V indique que Nadia est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur « un oiseau qui vole », mais « dans le vide » signifie une fragilité au niveau des assises identitaires, qui vous dire que sa représentation de soi peut à certain moment être mise à mal et dévaloriser ainsi une fragilité narcissique et des manifestations dépressives liées à la perte d'objet (les règles).

La réponse anatomique « Utérus » avec une mauvaise qualité formelle à la planche VII est une indication d'une fragilité de la représentation féminine ; au tant que une partie de l'appareil génital de la fécondité chez la femme.

- **Synthèse**

Le protocole de Rorschach de Nadia est caractérisé par une forte inhibition, la prédominance des G renvoie à l'absence de la curiosité face à l'objet externe et à la réalité interne, ou au moins montrer le désir de ne pas se livrer à ces affects.

La diminution de facteur de contrôle laisse penser à un faible fonctionnement rationnel. Le H% légère exprime une négligence dans le rapport à l'autre et l'absence de K indique une identification instable, ainsi l'absence de C indique une dépression légère.

Conclusion du cas :

Le Rorschach montre une altération de l'apparence et une atteinte de l'image de soi, et l'identité comme entière, et on note que Nadia a des difficultés concernant l'image féminine et une représentation de soi perturbée avec des manifestations dépressives.

Présentation du cas de Lila :

Lila est une femme âgée de 50 ans, célibataire, cultivée, elle travail comme fonctionnaire à l'université, elle a eu son bac pour la première fois, puis elle a préféré suivre une formation d'informatique. Elle atteint la ménopause à l'âge de 36 (ménopause précoce), après 3ans de souffrance et de perturbations physiques et psychologiques, elle a été déjà sous un traitement durant 9 mois donné par un gynécologue avant d'être ménopause à cause d'un fibrome dans l'ovaire droit, après 6 mois le fibrome a disparu, venue en consultation comme d'habitude chaque un an pour examiner tout son appareil génitale.

Analyse de l'entretien

L'entretien avec de M^{lle} Lila était facile, dès le début de l'entretien elle a accepté de parler avec nous, mais à condition de ne pas avouer son nom et son prénom, bien sur on a expliqué que c'est nos devoir de respecter l'anonymat de chaque patient.

Pendant l'entretien on a remarqué que Lila est mis a l'aise, parce qu'elle a commencé de raconter comment elle a vécu sa ménopause par l'expression suivante « qeblegh swayen iydiktheb rebbi », « j'ai accepté ce que le dieu ma donne », elle rajoute « malgré que les règles pour moi est une purification pour le corps, et c'est le dégagement des déchets de la femme, mais c'est mon destin », ces paroles interprètent une rationalisation où le sujet fait face à ces conflits émotionnels en réalisation des explications et des arguments rassurent pour elle.

Concernant la représentation de la ménopause pour Lila, on a remarqué un malaise et un peu de tristesse sur son visage et dans sa réponse : « c'est la fin de cycle menstruel de la femme, c'est un repos mental et physique, parce que se travail dans la tête et dans le corps à la période des règles, mais malgré ça, c'est une perte de la féminité, et de la beauté », le sujet exprime ces difficultés par rapport à l'identification féminine et son image du corps, La perte des règles évoque chez elle le sentiment de deuil. Elle dit encore «en temps que célibataire c'est une perte des chances de mariage qui est pour moi un foyer où les enfants sont leur fruits, mais tout ça est impossible pour moi », l'enfant et la maternité représentés par Lila comme un accomplissement pour la femme mais malheureusement d'après elle c'est impossible, ce qui a engendré chez elle une défaillance narcissique.

La souffrance physiques et psychologiques chez Lila est manifestée à la période du pré ménopause, d'après tous les symptômes qu'elle a cités, vécus et ressentis, d'ailleurs elle

dit « je me sens des bouffées de chaleurs, de la sueur, le sur-point, de gonflement de ventre, de la fatigue, le dégoût, le stress, des perturbations des règles, et de la perte lorsque la ménopause est confirmée, ce n'était pas facile pour moi de perdre la chose la plus chère pour une femme, c'est triste, c'est pénible, mais c'est la décision de dieu », Lila considère sa perte des règles comme une perte d'objet, elle est touchée dans son identité en tant que femme, cela traduit la faiblesse du moi en raison d'une défaillance dans les mécanismes de défenses adéquates.

Par la suite Lila rajoute aussi qu'elle n'arrive pas à bien dormir « tdaqegh mara adhgnegh », elle nous dit : « j'ai consulté un médecin, pour s'informer si tous ces problèmes à cause du fibrome que j'ai eu déjà, mais le médecin m'a expliqué que c'est une ménopause précoce, et il m'a donné la signification de la ménopause précoce, ce qui m'a touché ». Cela témoigne que la perte de cycle menstruel était un événement traumatisant pour la femme, qui provoque l'angoisse, une perte de la liberté de penser, ce qui altère sa représentation de soi.

La réponse de Lila pour les relations hors de mariage était : « moi j'ai jamais pensé à faire ça, c'est hors de mes principes est chacun pour soi, je ne juge personne » elle s'exprime qu'elle est contre les relations hors mariage à cause des normes et de la religion qui péchaient ce genre de relation. Lila rajoute aussi « je sais que beaucoup de choses en moi surtout dans mon corps sont changées, et je sais que je ne suis plus séduisante comme avant, mais je suis toujours naturelle, je me maquille pas, je suis simple ». L'image du corps chez Lila après sa ménopause est dégradée et c'est la perte de la jeunesse et de l'identité féminine

D'après Lila, elle n'a jamais subi une intervention chirurgicale au niveau génitale, et elle n'a jamais pris un traitement hormonal à cause de sa ménopause, malgré qu'elle avait entendue de parler sur le traitement hormonal de la ménopause, elle nous a dit « je sais c'est quoi, mais c'est tout le monde qui parle de ces inconvénients, comme le cancer de l'utérus par exemple »

Vers la fin elle nous a dit « je suis devenue sensible, ma vie lui manque quelque chose mais j'accepte malgré tout, le problème est que, la société a un regard différent envers nous, qui considère ce sujet comme tabou, et comme défaut et que notre vie est gâchée, comme si on a pas profité de la vie, et que c'est nous qui l'ont choisi » un sentiment de manque qui est suivi d'une conscience de soi, mais le regard négatif de la société envers la femme ménopause célibataire comme sujet tabou laisse croire que sa vie est sans but, et vers la fin de ses paroles indique un espoir de vivre. Avec un grand hélas dit « surtout en Algérie la femme ménopause

célibataire est dévalorisée, et ignorée », elle précise son discours sur la femme ménopause célibataire Algérienne et que la société a dévalué cette tranche de femme

-analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Lila :

Planche	T /L	Texte	Enquête	Cotation
I.	20''	^ 1- ça ressemble à un...un appareil génital d'une femme vu à la radio 50''	Toute la planche(G) (forme)	GF+Anat.
II.	20''	^...<...^ 2- je vois le même organe avec la première photo ; un appareil génital mais cette fois il est tout-à-fait déformé, et le rouge dit que les règles sont toujours là. 43''	Les deux parties noires latéral(D2) + le rouge supérieur(D12) (forme +couleur)	DFC Anat.
III.	19''	^ 3-regarde ces deux femmes comment elles sont minces, on dirait qu'elles sont entraine de souffrir 34''	Toute la planche(G) (forme)	GF+H/scène
IV.	30''	^...v...<...^ 4-Ces deux parties la ressemble à des ovaires, tu vois comment les règles se disparaissent ici elles sont d'une couleur foncée, en descendant en bas la couleur commence à s'effacer. 45''	Les deux parties latérales inférieures(D) (forme+la couleur)	DF-E Anat.
V.	25''	^ 5- je vois dans ces deux parties là noires, le début et la fin d'un appareil génital 28''	Partie médiane supérieur(D6) + les deux saillie médianes inferieurs (D9) (forme+couleur)	DCF-Anat.
VI.	21''	^ 6-L'appareil génital d'une jeune fille 29''	Toute la planche(G) (forme)	GF-Anat.

VII.	11''	Je ne vois rien	refus	Refus
VIII.	17''	^...>...^ 7- toute cette partie rouge ici me rappelle de mes règles quand j'étais jeune 55''	le troisième tiers (D2) + les deux parties roses latérales (D18) (couleur)	Dd CF- sang.
IX.	19''	^ 8-le rouge ressemble au sang, les règles 23''	Tiers inférieur rose en entier (D6) (couleur)	DCF-Sang.
X.	14''	^ 9-ces deux parties rouge et noir sont deux femmes tête à tête qui se regardent l'une à l'autre dans les yeux 11''^{ss}	Rose latéral (D9x2) avec gris médian supérieur (D11) (couleur+forme)	DCF H/scène

Enquête aux choix :

Choix + : p. VIII : les couleurs sont vivantes, elle me rappelle de quelque chose de bien.

p. IX : toujours les couleurs qui me plaisent, on dirait des fleurs.

CHOIX - : IV : c'est quelque chose qui déclenche en moi un sentiment de tristesse, de malaise, je l'aime.

VII : ce dessin n'a aucune signification, pour moi n'a aucun sens.

Psychogramme : Lila

Production	Mode d'appréhension	déterminant	Contenus
R : 9 T,t : 514''/8'.7'' Tps/réponse : 57'.11'' T.Lat : 196'' T. Lat. Moyen : 21,78 T.R.I :0k /0C RC : 3/9 RC%: 33,33	G : 3 G% : 33,33 D : 5 D% : 55,56 Dd:1 Dd%: 11,11	F:8 F+:2 F-: 5 F+-:0 F+% : 25 F-%: 62,5 F%: 88,89 C: 0 CF:4 FC:1 E:1 K:0	A: 0 Ad: 0 A%: 0 H: 2 Hd: 0 H%:22,22 Obj: 0 Anat: 5 Bot: 0 Sex: 0 Ban: 0 Ban%: 0 Sang: 2 Refus: 1

Analyse de psychogramme:**Analyse formelle:****Productivité et temps:**

La productivité (R=9) est inférieure à la moyenne, accompagnée d'un temps total très court. Ceci pourrait indiquer une fuite en avant de la part du Lila et renvoyer à ses difficultés de contrôler ses réactions anxieuses face à un matériel qui pourrait être source de débordement pour elle.

Les modes d'appréhension :

Le mode d'appréhension se caractérise par un pourcentage un peu élevé des réponses globales (G%=33,33%), et un pourcentage un peu bas des réponses parcellaires (D%=55,56%). Ceci renvoie à l'importance de la perception des planches pour Lila.

Les déterminants :

Le F% (88,89%) est un peu supérieur par rapport à la norme ce qui indique un fonctionnement exagérément à la réalité objective et une très basse intervention des aspects affectifs.

Le F+% (25) est dessous par rapport à la norme, ce qui affirme une faille importante de la prise en compte du réel

Le F-% est élevé portant sur les contenus corporels et anatomiques et dévoile la fragilité de l'image de corps et de l'identité et démasquant les manifestations de l'angoisse de

L'absence de la kinesthésie signifie que Lila n'est pas sûre d'elle, et pose le problème des conduites passives face à un objet spécifique.

La présence des déterminants formels et sensoriels est un léger estompement, soulignant la dimension introversive du mode de fonctionnement, restriction, inhibition, lutte contre l'expression des affects ou pauvreté de la vie émotionnelle.

Les contenus :

L'absence totale des réponses A ne va pas obligatoirement dans le sens d'un défaut de socialisation, et la présentation de réponses humaines (22,22%), renvoie à la capacité de s'identifier à un humain.

La présence des réponses anatomiques, sang renvoie au corps, à son intériorité et sa fragilité

Dynamique affective :

Le T.R.I est coarté (0K/0C) qui indique que Lila est psychiquement contractée, qui est perçue comme inhibition/restriction.

Le RC est à la norme qui indique que la couleur n'altère pas le sujet

Analyse qualitative :**- Représentation de soi :**

La verbalisation de discours de Lila est claire et explicite. Le pronom « je » apparaît dans la planche II, V et la planche VIII, qui montre la conscience d'interpréter et la perception de Soi « je vois... », « Quand j'étais jeune ».

L'apparition d'une de réponses humaines « H » rend compte à une capacité de Lila à s'identifier à une image subjective humaine, dans la planche III, X. mais malgré son identification, Lila indique une faible perception de l'image de corps, dans la planche III «...mince,...qui souffre »

La réponse de Lila dans la planche V, qui indique une mauvaise qualité formelle anatomique, ce qui présente une angoisse et une anxiété, lié à une défaillance narcissique et un traumatisme d'un événement inattendu, ce qui a altéré sa représentation de soi

On note aussi à travers l'absence des réponses kinesthésiques une carence de la volonté et d'expression de la vie psychique intérieure.

L'absence de réponses banales indique que Lila n'est pas capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement le monde extérieur et à la socialisation.

La majorité des réponses contient de l'anatomie, indique un vécu anxieux relatif au corps et une atteinte dans la représentation de soi, avec un indice d'angoisse élevé.

La figure féminine est mise à distance dans la planche VII, aucune référence exprimée, le refus à cette planche indique la difficulté de se situer par rapport à un modèle féminin

Synthèse de test :

L'épreuve de Rorschach de Lila montre une référence à l'espèce humaine, et l'indice d'angoisse élevé renvoi à angoisse concernant le soi, et on note une capacité très légère d'une représentation de soi intègre et entière, mais le processus de la perception de l'image de corps est faible.

Le protocole de Lila est marqué par une faible inhibition, et une diversité de type d'appréhension,

L'indice élevé d'angoisse témoigne d'une mauvaise image de soi

La problématique d'identité prouve la présence de réponse humain à la planche III qui indice la structuration de l'identité avec le processus d'individuation.

Conclusion du cas

Dans l'entretien il est avéré que l'arrivée de la période de la ménopause précoce provoque chez Lila une fragilité de son image du corps qui apparaît dans ses réponses sur l'appareil génitale, et pour elle les règles est une purification pour le corps, et tout ça lie à son échec de sa vie affective.

Le Rorschach montre que Lila a une mauvaise perception de soi, sa féminité est touchée par la disparition des règles, ce qui a provoqué chez elle un traumatisme, une légère dépression, et une altération de ses représentations de soi.

Présentation de cas :

Samira est une femme âgée de 44ans, c'est une sage-femme à l'hôpital depuis 20 ans, elle a le niveau de baccalauréat. Elle a marqué une cessation des règles à l'âge de 41 ans, après une consultation chez le gynécologue qui a confirmé une ménopause précoce.

Analyse de cas Samira :

Dés le début de notre entretien Samira percevait la ménopause comme une étape normal vécue chez la femme, « les règles vont dire une bonne santé féminine et la ménopause est une étape hormonale normal vécue chez toutes les femmes » « j'ai que des bouffées de chaleur et parfois je souffre des troubles du sommeil et je sens la fatigue pendant la journée » « HAMDU LAH » « dieu merci, car j'ai jamais subi une intervention chirurgicale au niveau de l'appareil génital et je prends aucun traitement, ce qui m'inquiète c'est l'ostéoporose c'est l'un des complications les plus grave et rare de la ménopause, elle commence depuis un an »

Samira s'exprime que « le mariage et les enfants sont construits à partir de ce point (les règles), c'est le principe d'honneur d'une femme » pour elle, les menstruations est le symbole de la fécondité et la base d'une construction familiale, ainsi que une fragilité de la figure féminine « IMI THNAS3IGH DAGHVEL, IMI RUHEN DAGHVEL AMUQRAN » « quand je les ai eus c'est un problème, et quand je les ai perdus c'est un grand problème ». Samira a vécu pendant sa période de reproduction des règles que des douleurs, un malaise physique et des changements d'humeur mais la fin de sa menstruation provoque un majeur obstacle qui est l'infécondité et la solitude

Elle confirme que « dans les communautés occidentales, les relations hors de mariage vécues comme quelque chose de normal, par contre chez nous, la religion impose ses lois, et sans oublier les normes qui guident notre société » Samira assure que, la religion et les coutumes influencent la société Algérienne, par contre les communautés occidentales ont la liberté de vivre et d'avoir n'importe quel statut social. Un large sourire sur son visage « la femme ménopause célibataire est un sujet tabou alors que les relations hors mariage !! ». On a remarqué un geste de moquerie apparu sur son visage pour qu'elle nous exprime que le statut d'une femme ménopause célibataire est connu comme sujet tabou alors que les relations hors mariage sont appréciées par le refus d'admettre ce fait social. « Même pour ressortir tous mes sentiments et mes souffrances, il n'y a pas. C'est tous le monde qui pense que je suis une

femme forte, sans pitié a cause de mon travail», ces paroles indique l'influence de son travail sur sa personnalité ce qui laisse ressentir l'abondance de la société envers elle, mais tout ça ne s'éloigne pas de ses relations avec le monde extérieur, et notre société voit cette tranche de femmes dévalorisée de leur humanité et des sentiments compatibilité. Avec une voix élevée elle dit «LAMA3NA NEKI TAMUTHUTH UHWAJAGH ARGAZ AYVEDEN ARYIRIW » « mais je suis un être humain, j'ai besoin d'un homme qui va être à mes cotés ». On note que Samira a une identification à l'être humain suivi d'un besoin de soutien de sexe opposé. «Nous sommes dans une société qui aime critiquer, culpabiliser, sans se rendre compte de nos émotions » d'après Samira, c'est une victime de la ménopause car la société culpabilise la femme ménopause célibataire. « WAGI DALMAKTUV » « c'est le destin, ce n'est pas moi qui l'a choisi ». On marque ici, l'apparition de perception de soi et la conscience de son état hormonal ainsi que son statut social.

Samira est une femme simple, elle n'a même pas le temps pour attaché ses cheveux, d'après elle « LOUKAN TVADADHAGH ARIMANIW ? ILAQ S3IGH ARGAZ THURA YARNA DARYAW MUQRITH, NAGH? » « Si j'ai pris soin de moi, je aurai eu déjà marié et même avoir des jeunes enfants, n'es pas? ». Elle m'a vraiment touché par ses paroles comme si c'est elle la fautive, c'est le sentiment de culpabilité et l'émergence de faible confiance de soi à cause de son apparence physique qui rend compte à la fragilité de l'image de corps.

C'est malheureux de voir ces femmes subissent leurs souffrances en silence, et j'ai bien estimé son espoir de vivre une vie pleinement heureuse, comme elle dit «je ne regarde plus en arrière, les yeux plein de regret, je regarde plutôt en avant, mes yeux plein d'espoir ». Malgré l'instabilité de sa représentation de soi et sa mauvaise perception corporelle, Samira reste une femme robuste devant ses souffrances psychiques.

-analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Samira :

Planche	T /L	Texte	Enquête	Cotation
	55''	^...>....<...^ 1- c'est quoi ce dessin, il est comme un visage d'un Monstre	Toute la planche(G) (forme)	GF Clob(A)

		avec quatre yeux 27''		
	37''	^ 2-le noir ressemble à un organe génital de la femme et le rouge en bas à des règles 34''	Le noir en totalité+le rouge inférieur(D) (couleur+forme)	DCF Anat.
	34''	^...v....^ 3-je ne sais pas exacte mais je crois que ce sont deux femmes qui penchent en bas pour prendre quelque chose par terre. 51''	Totalité de la moitié noir supérieure avec toute la partie inférieure(Dd) (forme)	Dd K H
	28''	^ 4-oh ça !...on dirait un grand monstre qui a l'aire fort et puissant. 32''	Toute la planche(G) (forme)	GF Clob(A)
	35''	^ 5 -une chauve-souris accrochée à l'envers avec des ailes ouvertes 29''	Toute la planche(G) (Forme)	GF+A/Ban
	34''	<...^ 6- on dirait un sexe masculin à l'intérieure de vagin d'une jeune femme.39''	Toute la planche(G) (Forme)	G F- sexe
	31''	^ 7-je vois dans cette partie la une petite fille avec une queue de cheval qui regard dans le miroir, elle est entraine de s'approcher plus pour bien voir son visage.30''	Tiers supérieure droit et gauche (D) (la forme)	DK H
	25''	>...v....^	Orange et rose de	DFCA

	29''	8- je vois un papillon en rouge et en orange 33'' 9- deux caméléons qui montent, je ne suis pas sur!34''	centre bas(D) (Couleur+forme) Les deux parties roses latérales ensemble(D) (forme)	DF+A
	33''	^ 10-c'est toute un appareil génital d'une jeune femme, regarde la des ovaires, un utérus,27''	Toute la planche(G) (forme+couleur)	GF- Anat.
	35''	v...^ 11-Anatomie de l'appareil génital à l'intérieur toute est bien détailler, avec des couleurs vivantes. 32''	Toute la planche(G) (forme+couleur)	GFC Anat.

Enquête aux choix :

Choix + : p. VIII : cette planche me plait beaucoup parce que j'adore les animaux, ils sont magnifiques.

p. X : le dernier dessin me plait vraiment, il est plein de couleurs vivantes, il me rend heureuse.

CHOIX - : I : le monstre me dérange, il me fait peur. Déjà il a quatre yeux ce n'est même pas deux

IV: le monstre dans cette planche c'est un cauchemar pour moi, je n'ai pas envie de le regarder une autre fois,

- analyse du test de Rorschach

- présentation du protocole et cotation de Samira

Production	Mode d'appréhension	déterminant	Contenus
R : 11 T,t : 774''/ 12,23' Tps/réponse : 70,36 T.Lat : 376'' /6,27' T. Lat. Moyen : 37,6 RC : 3/11 RC%: 27,27	G :6 G% : 54,55 D : 4 D% : 36,36 Dd: 1 Dd%: 9,09	F:4 F+:2 F-:2 F+-:0 F+%: 50 F%: 50 FC 2: CF: 1 C: 0 K: 2 Clob: 2	A: 3 Ad: 0 A%: 27,27 (A): 2 H: 2 Hd: 0 H%: 18,18 Anat: 3 Sex: 1 Ban:2 Ban%: 18,18 Refus: 0

Analyse formelle:

- Productivité et temps:

La productivité (R=11) est inférieure à la norme, suivi d'un temps totale court, ceci pourrait indiquer la pauvreté de protocole de Nadia et sa production est caractérisé par une forte inhibition.

- Les modes d'appréhensions :

Le mode d'appréhension de Samira est défensive, on note des réponses (G%=54,55%) elle est capable d'appréhender des situations dans leurs entièreté, mais également de se préoccuper des grands détails (D%=36,36%).

La présence d'une seuel réponse (Dd%=9,09%) signifie l'existence d'un équilibre de contrôle.

- Les déterminants :

On remarque une suffisance de nombre de réponses formelle ($F\%=50\%$) et une qualité perceptive inadéquate de ($F+\%=50$), qui témoigne d'une faille plus au moins importante de la prise en compte du réel.

La présence de deux réponses K dénote une intégrité de mouvement et une richesse de mentalisation et de vie intérieure qui marque un recours à l'imaginaire dans repli sur soi.

On note ($Clob=2$) des réponses qui sont déterminées par l'effet massif et étendu, uniformément sombre de la tâche entière évoquer par un sentiment de peur, de menace d'angoisse.

L'existence d'une seule réponse ($CF=1$) indique que Nadia utilise une légère force défensive qui tend à minimiser ou à nier l'impacte affective.

L'existence de deux réponses (FC) est considérée comme significative d'un équilibre entre le contrôle et laisse aller.

- **Les contenus :**

Le $A\%=27,27$ est inférieure à la norme, ce qui signifie une légère socialisation, et la présentation des réponses humaines ($H=18,18\%$), renvoie à la capacité de s'identifier à un humain.

Parmi les réponses animales, on cote ($(A)=2$) font partie de l'imaginaire, du surnaturel.

Les réponses anatomiques chez Samira dévoilent des préoccupations corporelles évoquées puisqu'elles se rapportent au corps (les ovaires, l'appareil génital...)

La réponse sexe à la planche VI liée à la problématique sexuelle féminine.

L'apparition d'une réponse banale à la planche V renvoie à la reconnaissance perspective d'une certaine réalité.

- **La dynamique affective :**

Le type de résonance intime TRI est introverti mixte $2K/0\Sigma C$, qui renvoie à la démontion imaginaire, dynamique et créatrice dans le registre du fonctionnement mental et dans les modalités de relation au monde extérieure.

Le $RC=27,27$ est bas qui indique que la couleur altère Samira.

- **La représentation de soi :**

Dans le discours de protocole de Samira, on remarque l'appréhension de pronom « Je » dans certaines planches qui montre une conscience d'interprétation des planches et une faible perception de soi « Je voie... », « Je ne sais pas ».

La plupart des réponses G renvoie à des conduites défensives par le recours à une réalité globale et adaptative contre l'émergence de représentations et d'affects.

Les réponses D sont inférieures aux normes. On pourrait évoquer à cet égard un moindre interné pour le concret, le factuel, par ailleurs étayé par la faible représentation des banalités.

Les réponses humaines suffisantes renvoient à l'identification à l'être humaine et les réponses animales insuffisantes indiquent un faible contrôle de moi sur la réalité externe.

Les présences des réponses anatomiques renvoient à l'expression d'angoisse de culpabilité liée à l'agressivité et également s'interpréter dans le même sens d'une indigence élaboratrice étroitement corrélée avec le passage de l'excitation pulsionnelle dans le corps, qui déboucherait sur la somatisation.

La réponse banale dans la planche V indique que Samira est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur, et la capacité d'une représentation de soi intègre et légèrement présenté.

La réponse (petite fille) à la planche VII, indique que Samira s'identifie son soi-même à une jeune femme féconde, mais la façon dont la petite fille attache ses chevaux et s'approche du miroir indique une image de soi flou, et une faible confiance de soi ainsi que une fragilité de l'image de corps, ce qui signifie que la ménopause est une perte de l'identité féminine.

- **Synthèse :**

L'épreuve de Rorschach de Samira montre un équilibre de référence à l'espèce humain, et un manque dans sa représentation de soi, ce qui est apparu dans son image de soi flou, et une faible confiance de soi qui montre une altération dans l'identification féminine et une mauvaise image de corporelle

La réponse de Samira à la planche III, indique que son identification à l'être humain est bien structurée.

Conclusion du cas :

Le test de Rorschach montre que l'identité féminine est organisée, et une désintégration de la représentation de soi et de corps, et l'indice d'angoisse qui renvoie à la perte des règles comme si, c'est une victime de la ménopause.

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers le test projectif le Rorschach, on va passer à la discussion de nos hypothèses de recherche.

D'après les résultats des entretiens et de test de Rorschach des quatre cas on est arrivé à dire que :

La première hypothèse :

« La ménopause nuit la représentation de soi chez les femmes célibataires ».

Cela exprimé dans le cas de Malika, d'après l'entretien on a constaté que suite à la dépression qu'elle a subie, le sujet a une blessure émotionnelle, et une fragilité narcissique qui est renforcée par la projection de regard négatif de la société qui altère sa représentation de soi. Et cela est confirmé par le Rorschach qui montre que Malika a une légère dépression. La réponse de Malika à la planche V renvoie à une dévalorisation de sa représentation de soi et une fragilité narcissique et un manque de confiance en soi, ce qui confirme une altération au niveau de la représentation de soi.

Dans le cas de Nadia, l'entretien révèle un manque d'interaction au monde extérieur ce qui touche sa représentation de soi, et elle montre le désir de ne pas livrer ses affects a cause d'une société incompréhensive. L'analyse de Rorschach dénote une représentation de soi altérée d'après sa réponse dans la planche V indique que Nadia est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur, mais aussi une fragilité au niveau des assises identitaires, qui veut dire que sa représentation de soi peut à certain moment être mise à mal et dévaloriser ainsi une fragilité narcissique et des manifestations dépressives lies à la perte d'objet (les règles).

Le cas de Lila, on a remarqué qu'elle a subie la ménopause comme un événement traumatisant qui a provoqué l'angoisse, une perte de la liberté de penser, ce qui altérer sa représentation de soi, manifestée par une souffrance psychique et physique, ce qui est exprimé dans l'entretien. Mais suite à sa réponse donnée dans le Rorschach à la planche V, qui indique une mauvaise qualité formelle anatomique, ce qui présente une angoisse et une anxiété, lié à une défaillance narcissique et un traumatisme d'un événement inattendu, ce qui a altéré sa représentation de soi.

En fin, l'entretien avec Samira, démontre que notre cas présente sa souffrance en silence et une instabilité de sa représentation de soi par la perte des règles, ces paroles indiquent l'influence de son travail sur sa personnalité ce qui laisse ressentir l'abondance de la société en vers elle, mais tout ça ne s'éloigne pas de ses relations avec le monde extérieur. La réponse banale dans la planche V indique que Samira est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur, et la capacité d'une représentation de soi intègre et légèrement présenté, et elle évoque l'expression d'angoisse de culpabilité liée à l'agressivité.

Notre hypothèse est confirmée par les quatre cas (Malika, Lila, Samira, Nadia) que la ménopause nuit la à représentation de soi.

La deuxième hypothèse :

Notre hypothèse est intitulée « **les femmes célibataires perçoivent la cessation de cycle menstruel comme une perte de l'identité féminine** » est confirmée dans notre population d'études.

Pour Malika, on a déduit que sa féminité est touchée par la cessation des menstruations. Et elle à une image de corps de mauvaise qualité qui tourne autour d'un corps défaillant, ce qui dénote une difficulté de l'intégrité de corps, cela exprimé ; « les règles c'est le symbole de la féminité et même avoir l'espoir de se marier et d'enfanter », « la ménopause est une dévalorisation de la féminité de la femme célibataire car elle ne peut pas se marier qu'avec un vieux, mais moi je vais rester comme ça, et attendre ma mort ».

Pour Nadia, la ménopause est une altération de l'apparence et une atteinte de l'image de soi, et une perte de l'identité féminine comme entière, et on note que Nadia a des difficultés dans l'intégration de son image de corps, selon ses dires « la ménopause est un évènement hautement symbolique qui touche la féminité..... », « Je ne prends pas soin de moi, mais ce n'est pas l'apparence qui fait la beauté d'une femme ».

Lila perçoit la cessation de cycle menstruel comme une perte de la jeunesse de l'identité féminine, et il est avéré que l'arrivée de la période de la ménopause précoce provoque chez Lila une dégradation de son image du corps, selon ses propres paroles « je sais que beaucoup de choses en moi surtout dans mon corps sont changées, et je sais que je ne

suis plus séduisante comme avant, mais je suis toujours naturelle, je me maquille pas, je suis simple».

Et pour Samira, elle perçoit la cessation de cycle menstruel une altération dans l'identification féminine et une mauvaise image corporelle et l'émergence d'une faible confiance de soi à cause de son apparence physique qui rend compte à la fragilité de l'identité féminine, et cela exprimé, « Si j'ai pris soin de moi, j'aurai eu déjà marié et même avoir des jeunes enfants, n'es pas? ».

Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de la ménopause et son effet sur la représentation de soi chez les femmes célibataires.

L'objectif principal de cette étude qu'est intitulée « la représentation de soi chez les femmes ménopausées célibataires » était de déterminer comment se représentent les femmes célibataires ayant subi la ménopause leurs soi-même, et est ce que ça peut altérer la représentation de soi, comment les femmes célibataires perçoivent-elles la cessation de cycle menstruel ? Et pour la vérification de nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants :

L'entretien clinique, le test projectif qui permet l'accès au fonctionnement psychique et la projection de l'image de soi chez les femmes ménopausées célibataires.

Notre population de recherche était constituée de quatre femmes ayant subi la ménopause.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien de la population de notre recherche, nous avons constaté que les femmes célibataires qui ont subi la ménopause sont traumatisées, altérées et détruites dans leur identité et leur représentation de soi, et une blessure au niveau des assises narcissiques

A partir des résultats obtenus de l'entretien et du Rorschach, nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses de recherche ; la première, sollicite que cette ménopause nuit la représentation de soi chez les femmes célibataires, la deuxième hypothèse postule que les femmes perçoivent la cessation de cycle menstruel comme une perte de l'identité féminine, et une fragilité de l'image corporelle.

Durant la période de notre stage pratique, nous avons constaté que : cette tranche des femmes de la société refusent d'en parler, ces femmes subissent le martyre en silence. Elles font face seules aux préjugés ayant bouleversé leur vie en entier, ces femmes ont besoin d'une prise en charge psychologique

- Amélioration de la qualité de l'accompagnement psychologique par la société et les psychologues
- Organisation des séances de thérapie de groupe pour contenir leurs états et alléger leurs souffrances.
- Restaurer la qualité de vie chez les femmes célibataires qui abordent la ménopause.

Pour terminer nous devons signaler que ce modeste travail sur la ménopause chez les femmes célibataires, nous a fait voir combien il est difficile de mettre en pratique un raisonnement scientifique, indifférent à tout concept social, religieux ou moral.

Nous affirmons que nos émotions nous sont indispensables pour établir des raisonnements de logique pure, alors que dire quand il s'agit du vécu de la personne.

Annexes

ANNEXE N° 1

LE GUIDE D'ENTRETIEN

- **Axe n°1** : informations générales sur la femme en période de ménopause
 - 1) Quel âge avez-vous ?
 - 2) Quel est votre niveau d'instruction ?
 - 3) Avez-vous une activité professionnelle ? Si oui, laquelle ?

- **Axe n°2** : information sur la période de la ménopause de la femme
 - 1) A quel âge avez-vous remarqué le début de la ménopause ?
 - 2) Que représentent pour vous les règles ?
 - 3) Que représente pour vous la ménopause ?
 - 4) Décrivez-nous les symptômes ressentis dans la période de la ménopause ?
 - 5) Avez-vous consulté un médecin ?
 - 6) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau génital ?
 - 7) Est-ce que vous avez déjà entendu parler du traitement hormonal de la ménopause (THM) ?
 - 8) pensez vous que la ménopause est une source de problèmes physiques ?

- **Axe n°3** : la représentation du soi
 - 1) Est ce que la ménopause pour vous est une perte de la féminité ?
 - 2) Que représente pour vous le mariage ?
 - 3) Qu'est-ce que vous en dite sur les relations hors de mariage dans les communautés occidentales.
 - 4) A la ménopause on ne peut pas avoir d'enfants, qu'en pensez vous ?
 - 5) Pour certaines femmes la ménopause allait avec la vieillesse, qu'est ce que vous en dites sur ces femmes ?
 - 6) Parlez-vous de la ménopause avec d'autres personnes ?
 - 7) Pensez-vous que la société pose un regard différent sur les femmes ménopauses célibataires ?
 - 8) Est-ce que la ménopause chez la femme célibataire est un sujet de tabou ?
 - 9) Est-ce que vous faites attention à votre apparence physique ?
 - 10) Pensez-vous que votre ménopause est source de perturbations psychologiques ?
 - 11) quel est le statut d'une femme ménopause célibataire dans la société Algérienne ?

Liste Bibliographique

Ouvrages

1. Anzieu. D, (1985). Le Moi-Peau, Dunod, Paris.
2. Azoulay. C, Michèle. E, (2012). Nouveau Manuel de Cotation des Formes au Rorschach, DUNOD, paris.
3. Beizmann. C, (1966). « livre de cotation des formes dans le Rorschach » CPA, paris.
4. Bernard. Golse, (2006). « le développement affectif et intellectuel de l'enfant, 3ème édition MASSON. Paris.
5. Cathrine. Azoulay. Michèle. Emmanuelli, (2013). nouveau manuel de cotation des formes au rorschach, édition DONOD, paris.
6. Chabert. C, (2012). la psychopathologie à l'épreuve du rorschach, Dunod, Paris.
7. Chabert. C, (2012). « le Rorschach en clinique adulte », 3^e éd, DUNOD, paris.
8. Chabert. C. (1998). La psychologie à l'épreuve de Rorschach, DUNOD, paris.
9. Chahraoui. K et BENONY. H, (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, éd Dunod, Paris
10. Chebel. Malek, (1984). « Le corps dans la tradition du Maghreb » Editions PUF, Paris.
11. Clara. P –LANGBOT. (2001). « guide pratique de la gynécologie », 2^{ème} éd, Masson, France.
12. Colette. Chiland, (1983). « L'entretien clinique », édition PUF, paris.
13. Courbier. B, CARCOPINO. X, (2014), « Gynécologie ostique ». Pris.
14. Denis. M, (1994), « Image et cognition », Presses Universitaires de France, Paris.
15. Deutsch. H, (1987). « La psychologie des femmes » Paris 1949. éd tome II.
16. Didier Anzieu, Catherine Chabert, (2004). « les méthodes projectives », édition puf, paris
17. Dolto. F, (1984). « L'image inconsciente du corps ». Seuil, Paris,
18. Doise. W, (1990). « Les représentations sociales, Traité de psychologie cognitive vol », Dunod, Paris.
19. Elia. D, (2010). « Je sais choisir mon traitement de ménopause », éd EDD. USE
20. Elia. D, (1985). « La ménopause oubliée » Edition HACHETTE, USE.
21. Eliaz. D. 1988, « La ménopause au quotidien » Quot. Du médecin.
22. Freud S. (1936). « Essais de psychanalyse »₁ Payot. Paris.
23. Jean-Luc. B, (1998). « les méthodes d'évaluations de la personnalité », édition DUNOD, paris.

Liste bibliographique

24. John. E, Exner, JR, (2003). « MANUEL D'INTERPRÉTATION DU RORSCHACH », Edition Frison-Roche, paris.
25. Josiane de Saint Paul, (1999). « L'estime de soi, confiance de soi », Inter Edition, paris.
26. GOLSE. B. (2008). « Le développement affectif et intellectuel de l'enfant ». Issy-les-Moulineaux, Masson, paris
27. Lansac. J. et al, (2012). « gynécologie pour le praticien », 8^e éd, ELSEVIER MASSON, paris.
28. Lansac. J, et al, (2012). « gynécologie pour le praticien », 6^e éd, ELSEVIER MASSON, paris.
29. Lopes. Patrice, TRMOLLIERES Florence, (2004). « Guide pratique de la ménopause », 2^e éd, Masson, paris.
30. Lucien. Chaby, (1998). « La ménopause » ,2^{ème} éd. Flammarion.
31. L'ecuyer, R. (1978). « Le concept de soi ». Paris, PUF.
32. Olivier Douville et Benjamin Jacobi, (2009). « 10 entretiens en psychologie de l'adulte », édition DONOD, paris.
33. Parker Elizabeth. M. D. « Les sept âges de la femme », Edition marabout service.
34. Sanglade. A, (1983). « Image du corps et image de soi au Rorschach ». Psychologie française, Paris.
35. Sarah. Famery, (2003). « avoir confiance en soi », éd EYROLLES, paris.
36. Winnicott. D.W. (1971). « Jeu et réalité ». Paris, Gallimard.

Les articles :

37. Abric. J.C, D. Jodelet (1989), « L'étude expérimentale des représentations sociales, dans, Les représentations sociales », Paris, PUF
38. CHRISTIN-MAITRE. S, « Insuffisance Ovarienne Précoce ». Encyclopédie Orphanet. Paris.
39. Costalat-Founeau Anne-Marie. « Laboratoire de Psychologie Sociale ». Université Paul Valéry Montpellier Cédex France.
40. Delphine M, 1995, « LE SOI, les approches psychosociales ».
41. Douki S. Naff F. Bouzid R. Choubani Z. « Les conséquences psychosociales de la ménopause : réalités, symboles et mythes », Hôpital Razi Tunis Hôpital regional de Nabeul.

42. Flament et Rouquette, (2003). « Anatomie des idées ordinaires – Comment étudier les représentations sociales », Armand Colin, Paris.
43. Foughali. M.J, (1984), « L'image du père Algérois », Alger, éd office des publications universitaires.
44. Franck Wenger, (2008), « sortez de lot », éd : success publishing.
45. Georges. F, « le soi et identité numérique ». Une approche sémiotique et quantitative de l'emprise culturelle, Paris.
46. J. de saint Paul, 1999, « estime de soi, confiance en soi ».
47. KHILSTROM, J. F. & al. (1990). « Soi et identité : analyse notionnelle et examen des courants de recherches actuels ». In Psychologie française.
48. Kohut, (1991). Le soi. PUF, Paris.
49. Moscovici, S. (1976). « La psychanalyse, son image, son public ». Paris : Presses Universitaires de France.
50. Mounoud et Vinter (1985) université de Nantes. LABCD. France, paris.
51. Sanglade A. (1990). « La représentation de soi : un concept fécond pour la psychologie clinique et projective ». Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française.
52. Sanner M. (1999). « Modèles en conflit et stratégies cognitives », De Boeck Université, Paris.
53. Sigmund. Freud, “ « Le moi et le ça », 1923.
54. Rausch de Trautenberg, (1990). « Elaboration de la grille de représentation de soi au Rorschach ». Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française
55. Sylviane de plaen, (2005). « Regards sur le corps: les dimensions multiples de l'image corporelle », MD hôpital sainte-justine Montréal chicoutimi.
56. Yvan Joly M.A, 2006, « L'image du corps et la conscience de soi : de l'éducation somatique dans le champ psychologique ».
57. Zavalloni. M, Louis-guérin C, (1984). « Identité et conscience, Introduction à l'ego-Ecologie », Presse, Université de Montréal.

Dictionnaire :

58. Bloch. H et al. (2002). « Dictionnaire fondamental de la psychologie », éd Larousse, France.
59. Bloch. H, (1999), « Grand dictionnaire de la psychologie », éd Larousse-bordas.
60. Quevauvilliers. J, al (2007), « Dictionnaire Médicale », éd Elsevier Masson, paris
61. Sillamy.N, (1999), « Dictionnaire de psychologie », éd Larousse bordas, paris.

Les thèses

1. Berdah. Séverine. (2010-2011). « Freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes l'utilisant au-delà de la durée préconisée ». Thèse doctorat d'état en médecine sous la direction de docteur Isabelle Aubin-Auger.
2. Carine, MATRENE (2013), « L'observance des traitements de la ménopause », thèse doctorat d'état en pharmacie sous la direction de M. Gérald CATAU, maitre de conférences.
3. Founeau.C, A-M. (1994), La dynamique représentationnelle de soi, compétence d'action et représentation, Thèse de Doctorat d'Etat, Université Toulouse le Mirai
4. Gallen, C. (2001), De la dissonance cognitive au besoin de réassurance appliqué à la consommation alimentaire : une approche par les représentations mentales, thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, I.A.E. de Nantes, Université de Nantes.
5. Gueydan M. Femme en ménopause Thèse 1991, universite Paul valéry, Montpellier III
6. Sellahi, Fatima Zohra (2007-2008). « Le vécu de la ménopause chez la femme Algérienne », thèse doctorat d'état en psychologie clinique sous la direction de professeur SELLAHI Ali.
7. Zahia Ouadah-Bedidi, avoir 30ans et encore célibataire, doctorante à l'institut national d'Etudes Démographique (INED), et exposée en 2002

Les sites internet :

8. Sous contrat Creative Commons : Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale- Pas de Modification 2.0 France (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>) - ABANG SAKO Astha - Université Lyon 2 – 2010
9. <http://www.psychologie.com> M.-S. Guillon *, M.-A. Crocq.
10. (SIGMA), La Société Canadienne de la Ménopauses, « MÉNOPAUSE, foire aux questions parlez-moi, JE PEUX VOUS AIDER » WWW.SIGMAMENOPADoucet G.