

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

***MEMOIRE DE FIN DE CYCLE***

*En vue de l'obtention du diplôme de Master*

*En Psychologie Clinique*

**Thème :**

***L'estime de soi chez les femmes stériles***

***Etude clinique de cinq(05) cas***

*Présenté par :*

*M<sup>elle</sup> ROUMILA Karima*

*M<sup>elle</sup> ZERROUK Nawel*

*Encadré par :*

*M<sup>me</sup> MEHENNI Zahoua*

*Année universitaire : 2015/2016*

# **REMERCIEMENT**

*Nous tenons tout d'abord à remercier le dieu le tout puissant, le clément, le très miséricordieux de nous avoir donné la vie, le courage, et les potentialités nécessaires pour accomplir ce travail.*

*Ensuite, nous tenons à remercier notre promotrice M<sup>me</sup> Mehenni Zahoua pour nous avoir parfaitement guidé et encouragé durant tout le long de la réalisation de ce travail.*

*Nous tenons aussi à remercier Monsieur Laaboudi pour son aide et ses conseils  
Tous les membres de jury d'avoir accepté ce modeste travail.*

*Nous remercions chaleureusement M<sup>me</sup> Menasria, la psychologue de la polyclinique de Bordj El-Kifen, ainsi que toutes les femmes ayant accepté de participer à cette recherche*

*Nos remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.*

## *DEDICACE*

*Je dédier ce modeste travail :*

*A mes très chère parents pour leurs amour, leur soutient, leurs sacrifices et leurs encouragement que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les protège et les gardes en bonne santé*

*A mes chers frères :*

*Khérddine, Abbas, Mabrouk*

*A mes adorables sœurs :*

*Lynda, Nacera, Saliha, Djouhra*

*Ainsi qu'à tous mes amis et à tous ceux que*

*J'éprouve amour et respect*

**Karima**

# **DEDICACE**

*Je dédie ce modeste travail :*

*A mes très chers parents, pour leur soutien leur sacrifice. Que dieu les gardes en bonne santé.*

*A mes chers frères : Nourdine et Rafik*

*A mes adorables sœurs : Hamida et son mari,*

*Kahina et son mari, Samira et Bahia.*

*A mes neveux ; Mohand, Youba, et le petit*

*Ange Ghiles*

*Et mes nièces : Lina et Sofia*

*A toutes mes chères copines*

*A tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin dans*

*L'élaboration de ce mémoire.*

*Ainsi qu'à tous ceux que j'aime et tous ceux qui me Connaissent.*

*Nawel*

# SOMMAIRE

- Liste des abréviations
- Liste des tableaux
- Liste des figures
- Liste des annexes
- Introduction : .....

## Cadre méthodologique

- 1- Problématique : .....05
- 2- Hypothèses de la recherche : .....09
- 3- définition et opérationnalisation des concepts clés : .....10
- 4- les raisons du choix de thème : .....10
- 5- les objectifs de la recherche : .....12
- 6- Les difficultés rencontrées : .....12

## Partie théorique

### CHAPITRE I: l'estime de soi

- Préambule : .....14

## **I- le Concept de soi**

I- 1- Définitions du concept de soi.....	14
I- 2- Les stades de développement du concept de soi.....	16
I- 3- Les principales composantes de soi :.....	19

## **II- L'estime de soi**

II- 2- Historique de l'estime de soi : .....	21
II- 1- Définition de l'estime de soi : .....	23
II-3- Les composantes de l'estime de soi : .....	24
II-4- Les caractéristiques de l'estime de soi : .....	27
II-5- Les sources principales de l'estime de soi : .....	38
II-6- Les trois piliers de l'estime de soi : .....	30
II-7- La prise en charge de l'estime de soi : .....	32
II-8- Les conseils pour progresser l'estime de soi : .....	33
II-9- L'estime de soi chez les femmes stériles : .....	35
Synthèse : .....	36

## **Chapitre II : La stérilité**

<b>Préambule :</b> .....	39
--------------------------	----

### **I - Aspect médical de la stérilité**

I-1 - définition du concept de stérilité : .....	39
I-2 - les types de la stérilité : .....	39

I-3 - l'anatomie de l'appareil génital féminin : .....	40
I-4- La notion physiologique de la reproduction:.....	42
I-5- Diagnostic de la stérilité féminine : .....	44
I-6-Les signes de la stérilité chez la femme.....	49
I-7-Les principales causes de la stérilité.....	50
I-8- Le traitement médical : .....	52
I-9- Les traitements chirurgicaux de la stérilité : .....	54
I-10- Techniques d'assistantes médicales aux procréations (AMP) :.....	55

## **II – Aspect psychologique de la stérilité**

II-1- L'état psychologiques de la femme stérile : .....	57
II-2-Le vécu psychologique de la femme stérile .....	57
-La vie sexuelle de la femme stérile : .....	57
- La vie émotionnelle de la femme stérile : .....	58
- La culpabilisation de la femme stérile : .....	59
II-3 Les troubles psychologiques de la femme stérilité : .....	59
II-4- Le soutien psychologique de la femme stérile : .....	61
II-5- Thérapies psychologique de la stérilité : .....	62
Synthèse .....	63

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Préambule : .....	66
1- La pré-enquête: .....	66
2- La méthode de recherche: .....	68
3- Les techniques de recherche utilisées : .....	69
4-Le lieu de la recherche : .....	79
5- La population d'étude et leurs caractéristiques : .....	79
6- Les limites de la recherche :.....	81
Synthèse .....	81

### **CHAPITRE IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule .....	83
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith.....	83
2- Discussion des hypothèses .....	106
Synthèses.....	108
<b>Conclusion.....</b>	<b>110</b>

-Liste Bibliographique

-Annexes

## Liste des abréviations

<b>Abréviations</b>	<b>Transcription</b>
<b>A.M.P</b>	Assistance Médical aux Procréation
<b>F.I.V</b>	Fécondation In Vitro
<b>F.S.H</b>	Hormone Folliculo-stimulante
<b>G.H</b>	Gonadotrophine Hormone
<b>I.A.C</b>	Insémination Artificielle du sperme de Conjoint
<b>I.C.S.I</b>	Injection Intra-Cytoplasmatique de Spermatozoïde
<b>I.R.M</b>	Imagerie de Résonance Magnétique
<b>L.H</b>	Hormone Lutéinisante
<b>O.M.S</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>R.H</b>	Releasing Hormone
<b>T.C.C</b>	Thérapie Cognitive- Comportemental
<b>T3</b>	Hormone Thyroïdienne
<b>T4</b>	Tétraiodo Thyronine

## Liste des tableaux

<b>N°</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>Pages</b>
<b>Tableau 1</b>	Examen clinique d'exploration féminine dans la stérilité	<b>44</b>
<b>Tableau 2</b>	La cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (forme adulte)	<b>72</b>
<b>Tableau 3</b>	Les items positifs et négatifs de l'échelle	<b>73</b>
<b>Tableau 4</b>	Les sous échelles de l'estime de soi	<b>73</b>
<b>Tableau 5</b>	Le niveau de l'estime de soi	<b>76</b>
<b>Tableau 6</b>	Valeurs caractéristiques des échelles	<b>76</b>
<b>Tableau 7</b>	Récapitulatif de caractéristiques de choix de la population	<b>81</b>
<b>Tableau 8</b>	Résultats de l'échelle de cas (Basma)	<b>86</b>
<b>Tableau 9</b>	Résultats de l'échelle de cas (Imane)	<b>90</b>
<b>Tableau 10</b>	Résultats de l'échelle de cas (Mounia)	<b>95</b>
<b>Tableau 11</b>	Résultats de l'échelle de cas (Nadia)	<b>99</b>
<b>Tableau 12</b>	Résultats de l'échelle de cas (Nassima)	<b>103</b>
<b>Tableau 13</b>	Résultats du test	<b>105</b>

## Liste des figures

<b>Figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Figure n°01</b>	Aspect du soi social et /ou professionnel	<b>19</b>
<b>Figure n°02</b>	Appareil génital féminin	<b>41</b>

## Liste des annexes

<b>Annexes</b>	<b>Titres</b>
<b>Annexe N°1</b>	Guide d'entretien
<b>Annexe N°2</b>	L'inventaire de l'estime de soi (S.E .I) de Cooper Smith
<b>Annexe N°3</b>	Les résultats de l'inventaire d'estime de soi des cas

Donner la vie reste un mystère, l'un des expériences les plus existantes de l'existence humaine. Il arrive pourtant que certain femmes mariées attendent involontairement et impatientement plusieurs années pour bénéficier de cette merveilleuse expérience. D'autre de trouvent dans cette situation après avoir plusieurs cabinet médicaux. La stérilité est souvent vécue comme une menace pour la vie de la femme qui repose entre la gestion de la stérilité sur elle-même et son entourage

La difficulté de concevoir un enfant représentent une véritable angoisse chez les couples et surtout pour la femme qui vit une étape de deuil face ou diagnostic médical ce qui peut déclenche on elle une tristesse, une solitude, des problèmes d'identité, la peur de la perte de son estime de soi. S'il n'y a pas un suivi ou une prise en charge psychologique dès l'apparition de ces signes comportementaux, li y aura un risque d'agressivité, d'angoisse, d'anxiété et un sentiment négative de leur couple et de vivre un deuil en silence.

Le sentiment prédominant chez les couples qui n'ont pas pu avoir d'enfants, c'est le gène, pour ne pas dire la honte lorsqu'on évoque le sujet avec eux. Un sentiment généré ou fil du temps par la famille et l'entourage pour que le mariage signifie automatiquement la procréation et de joie. Mais lorsque l'enfant tarde à venir, il devient difficile de résister à la pression des proches.

A travers notre travail de recherche sur l'estime de soi chez les femmes stériles on a étudié cinq (05) cas afin d'évaluer leurs niveau d'estime de soi.

Pour réaliser cet objectif nous avons repartie notre travaille en deux partie : partie théorique et partie pratique.

Avant de présenté ces deux parties nous avons commencé par le cadre méthodologique qui comprend : l'introduction, problématique, les hypothèses de

notre recherche, les définitions de concepts clés, les raisons de choix de thème, les objectifs de la recherche, ainsi que les difficultés rencontrées.

Après nous avons présenté la partie théorique de notre étude divisée en deux chapitres : consacré pour le soi et l'estime de soi, dans lequel nous avons présenté : la définition du concept de soi, ses stades du développement, ses principales composantes et ses caractéristiques, tandis que dans l'estime de soi nous avons abordé : la définition de l'estime de soi, son historique, ses composantes et ses caractéristiques, les sources principales de l'estime de soi, ses trois piliers, la prise en charge de l'estime de soi et ses thérapies et des conseils pour progresser l'estime de soi et on termine ce chapitre par l'estime de soi chez les femmes stériles.

Le deuxième chapitre intitulé la stérilité qui comprend deux aspects : l'aspect médical et l'aspect psychologique de la stérilité.

L'aspect médical contient : définition de la stérilité, ses types, l'anatomie de l'appareil génital féminin, la notion de physiologie de la reproduction féminine, le diagnostic de la stérilité féminine, ces principales causes et ses signes, les traitements médicaux et chirurgicaux, ainsi les techniques d'assistantes médicales aux procréations.

L'aspect psychologique comprend : les répercussions psychologiques de la femme stérile, le vécu psychologique de la femme stérile, sa vie sexuelle, sa vie émotionnelle, la culpabilisation chez la femme stérile, ses troubles psychologiques ainsi que le soutien et les thérapies de la stérilité.

La partie pratique de notre recherche englobe deux chapitres : Le premier chapitre méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode de recherche qu'on a utilisée, le lieu de la recherche où nous avons effectué notre stage pratique, les limites de la recherche utilisée.

Enfin, on a arrivé à terminé notre travail par présentations d'une conclusion, et nous avons clôturé notre recherche par la liste bibliographique et les annexes.

## **Cadre méthodologique**

1- Problématique : .....	05
2- Hypothèses de la recherche : .....	09
3- définition et opérationnalisation des concepts clés : .....	10
4- les raisons du choix de thème :.....	10
5- les objectifs de la recherche :.....	12
6- Les difficultés rencontrées : .....	12

### 1-Problématique

La stérilité féminine constitue l'un des crises les plus profondes pour la femme, elle menace tous les aspects de sa vie physique et psychologique; sentiment d'incapacité, la culpabilité le stress, la femme se sent atteinte dans son intégrité physique et sociale, car elle ne répond pas à l'image renvoyée par la société. L'impossibilité d'obtenir une grossesse affecte non seulement La femme mais chacun des partenaires ainsi que leurs famille.

C'est dans la maternité que la femme trouve son plein épanouissement, c'est pour cela qu'elle veut se prouver à elle-même et à la société que son Corps fonctionne et se persuader qu'elle maîtrise sa fertilité, elle se trouve rassuré quand à sa capacité reproductrice qui constitue une part importante de son identité et de sa féminité. (Claud Noel et Pichoman, 2001, p.111).

La stérilité est la hantise de beaucoup de nouveaux mariées qui, après une année de mariage seulement se trouve obligé, par le poids de la tradition, de se justifier devant autrui, mais aussi se rassurer soi-même, et la stérilité considéré chez nous comme un tabou . Il est en effet rare que des gens évoquent le sujet en famille ou avec des proches. Très souvent on ignore dans un couple lequel les deux sont stérile. (S Mimoun, 2003, p.38)

On entent souvent que la femme est responsable sans pour autant en être sur, puisqu'il est très rare d'entendre une personne avouer qu'elle est stérile, pour des raisons socioculturelles, ou certains croyances et même préjugé bien incrustés dans les société arabo-musulman, le secret dans ces genres de situation est bien gardé. On considère même la stérilité comme une tare, le pire c'est qu'on n'attend pas longtemps pour décréter que la femme, puisque c'est toujours elle qui est pointé du doigt en premier lieu, est stérile au bout d'une année de mariage, l'inquiétude et la suspicion commencent.

Des chercheurs établi au plan médical, qu'on ne peut pas envisager la stérilité qu'au bout de deux années de relations conjugales continues. C'est à partir de ce délai qu'il convient de consulter un spécialiste pour situer les causes de l'incapacité du couple à procréer de manière spontané.

Rencontrer des difficultés pour concevoir un enfant représente une véritable angoisse pour de nombreux couples. 500000 couples consultent environ chaque année afin être aidés pour concevoir un enfant, soit environ 1 couple sur 7 et 1 sur 10 suit des traitements... La stérilité concernerait 80 millions de personnes dans le monde.

Selon les statistiques dans les années 2000, environ 13% des femmes souffrent de la stérilité

En Algérie, entre 10 et 15% des couples algériens, légalement mariés, souffrent de problème de stérilité. Le ministère de la santé quantifie ce taux à 300 000 couples stériles. Une étude prospective du service épidémiologie du CHU de Béni Messous, réalisée en l'an 2000, réduit le chiffre à 129 000. Au-delà d l'ambivalence des statistiques, la stérilité est vécu comme un véritable drame pour les époux qui ne parviennent pas à concevoir un enfant de manière naturelle. ([http :/ www.matrno.com.](http://www.matrno.com))

Depuis des siècles, la stérilité était considérée comme une pathologie exclusivement féminine, mais des études menées par des chercheures ont démontré que la stérilité peut toucher les femmes comme elle peut toucher les hommes.

Ils considèrent que la stérilité est une véritable pathologie qu'est d'origine masculine dans 65% des cas, tandis que d'autre gynécologues l'attribuent uniquement à 30% à l'homme et 30% à la femme, et le reste est partagé entre la stérilité mixte et celle qui n'a pas d'explication organique. (Ménil, 2008, p.45).

La stérilité constitue un facteur de stress considérable, il est associé à une augmentation des maladies physiques et des troubles affectifs. Il éprouve également un profond sentiment d'échec, présente une baisse estime de soi.

L'estime de soi est une composante psychologique qui se réfère à la perception, positive ou négative que chacun a de sa propre valeur envers ce qu'il est ou ce qui peut être. (R. Perron, 1991, p.22)

L'estime de soi est la base même de notre conscience. C'est notre jugement le plus profond, c'est la réputation que l'individu s'accorde et par conséquence le filtre au travers duquel il crée son propre réalité et est en interaction avec le monde. Tous ce qui compose son existence est déterminé par l'estime qu'il a de lui-même.

D'une part, chez Germain Duclos, l'estime de soi est faite de quatre composantes : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence, le sentiment de confiance est préalable à l'estime de soi. En effet, il faut d'abord le ressentir et le vivre afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi. (Germain Duclos, 2000, p.115).

D'autre part, et selon Coopersmith, l'estime de soi est l'évaluation que l'individu fait et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation, et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important, en pleine réussite et digne. En bref, l'estime de soi est un jugement personnel de mérite qui s'exprime dans les attitudes que

L'individu véhicule vers les autres par des communications verbales et par d'autres comportements expressifs (Coopersmith, 1967, p. 4).

Ainsi l'estime de soi est une notion fondamentale de notre personnalité, pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimé et

appréciés et de nous sentir compétent.

Le besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie.

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

Le fait donc de vivre avec la stérilité, ou cour de sa vie entrave la possibilité d'intégrer dans la société et fait obstacle dans la vie des femmes stériles, autrement dit que la stérilité représente un handicap majeur qui freine le rythme de vie de ces femmes sur le plan social, économique, culturel, et notamment psychologique comme la dimension émotionnelle, ceci veut dire modifications d'humeur et de comportement, et surtout l'aspect de leur estime de soi.

En plus de causer une détresse psychologique, la stérilité peut influencer sur l'estime de soi et les relations de la femme stérile, et susciter des sentiments de culpabilité. La perception que la femme stérile a d'elle-même et la façon dont elle se sente dans ses relations interpersonnelles influence son estime de soi et le détermine.

Notre recherche a pour objet d'étudier l'existence de lien entre l'estime de soi ; la manière dont les femmes se perçoivent, la stérilité. Ce qui nous mène à poser les questions suivantes :

-Est-il vrai que les femmes stériles ont une faible estime de soi ? Si oui, quel est le niveau d'estime de soi de ces femmes ?

-Est-ce que la stérilité a une influence sur l'adaptation des femmes stériles dans leur entourage?

### **2- les hypothèses de la recherche :**

-Les femmes stériles présentent une faible estime de soi avec des divers niveaux.

-les femmes stériles trouvent des difficultés à s'adapter dans leur entourage.

### **3-Définition et opérationnalisation des concepts clés :**

Avant de commencer notre thème, nous allons définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts.

#### **1-L'estime de soi :**

L'estime de soi est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes, on peut dire aussi c'est l'appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation ; d'un jugement de valeur à propos de soi. (Saint Paul J, 1999, p.07).

Le manuel S.E.I (Self Esteem Inventory 1984) propose la définition suivante :

L'estime de soi se définit comme « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs » (Matrine Roques, 1995, P.79)

#### **Définition opérationnelle :**

L'estime de soi, c'est avoir une assez bonne connaissance de soi pour oser faire et dire des choses, ce n'est pas avoir peur des critiques, du regard et de l'opinion des autres ; c'est ce donner des projets et ceux en mouvement pour les réaliser avec confiance et assumer ses choix et ses actes.

#### **2-La stérilité selon l'O.M.S :**

L'O.M.S définit la stérilité comme le non survenu d'une grossesse après plus deux ans le rapport sexuel non protégés.

### **La stérilité en médecine :**

C'est l'impossibilité totale de concevoir un enfant fiable, pour une femme ou un couple, à un moment donné. Cette capacité peut être temporaire et réversible, ou contraire définitive et irréversible.

### **Définition opérationnelle :**

L'incapacité à se reproduire par l'absence totale de grossesse pour une femme mariée

### **3-l'adaptation :**

L'adaptation est un ensemble des phénomènes qui permettent la mise en accords et l'interaction harmonieuse d'un organisme et, plus généralement d'un individu avec de nouvelles conditions d'environnement, en particulier des circonstances éprouvantes. (Www. Psychologie. Com)

### **Définition opérationnelle :**

L'adaptation est la modification d'une organisation humaine de façon à rester fonctionnelle dans des nouvelles conditions pour s'intégrer dans un milieu socio-familial.

### **4-Les raisons du choix du thème :**

L'estime de soi fait l'un des thèmes les plus fréquents au cours des dernières décennies et l'objet d'étude de nombreuses recherches. Pour l'estime de soi et son rapport avec la stérilité on a remarqué un véritable manque d'étude sur l'estime de soi et la stérilité chez les femmes. Cela nous a poussés à traiter ce thème dans le but de recueillir de nouvelles connaissances.

Notre choix pour ce thème nous permettra de mieux comprendre l'estime de soi chez les femmes stériles, vu la rareté d'étude faite sur ce phénomène spécifiquement en Algérie, ainsi de démontrer les difficultés qu'affronte ces femmes dans leurs vie quotidienne.

### **5-Les objectifs de la recherche :**

Comme tout travail de recherche ou étude scientifique qui vise un but bien déterminé, les objectifs envisagés dans notre étude sont les suivantes :

-Ce travail a pour but de connaitre les liaisons entre la stérilité et le niveau d'estime de soi chez ces femmes.

-Décrire les souffrances psychiques et sociales de cette catégorie de femme stériles.

-Comprendre comment le regard des autres influence négativement sur le niveau de l'estime de soi.

### **6-Les difficultés rencontrées :**

Dans l'élaboration de notre projet de recherche sur l'estime de soi chez les femmes stériles, on a été confronté d'une part et d'autres à plusieurs difficultés.

D'abord, sur le plan théorique le manque des études locales sur les femmes stériles en général et sur l'estime de soi chez cette catégorie de femmes en particulier, et au niveau de la documentation sur la stérilité au niveau de notre bibliothèque.

A cela s'ajoute plusieurs difficultés au niveau de la pratique, concernant l'échantillon d'étude et l'explication de notre thème de recherche, l'entretien, ainsi l'échelle qu'on a utilisé pour notre population d'étude.

# **Partie théorique**

# **Partie théorique**

## **CHAPITRE I: l'estime de soi**

Préambule : .....14

### **I- le Concept de soi**

I- 1- Définitions du concept de soi.....14

I- 2- Les stades de développement du concept de soi.....16

I- 3- Les principales composantes de soi :.....19

### **II- L'estime de soi**

II- 2- Historique de l'estime de soi : .....21

II- 1- Définition de l'estime de soi : .....23

II-3- Les composantes de l'estime de soi : .....24

II-4- Les caractéristiques de l'estime de soi : .....27

II-5- Les sources principales de l'estime de soi : .....38

II-6- Les trois piliers de l'estime de soi : .....30

II-7- La prise en charge de l'estime de soi : .....32

II-8- Les conseils pour progresser l'estime de soi : .....33

II-9- L'estime de soi chez les femmes stériles : .....35

Synthèse : .....36

## **Préambule**

L'estime de soi étant une attitude intérieure de fonctionnement de notre personnalité, se compose de l'ensemble des perceptions, de valeurs et des croyances que la personne entretient au sujet d'elle-même. Elle est en rapport avec les sentiments ou les émotions que les personnes éprouvent à la suite des évaluations d'elle-même.

A travers ce chapitre nous allons aborder les deux concepts le soi et l'estime de soi ; leurs définitions, leurs caractéristiques ainsi leurs principales composantes.

## **I- Le concept de soi**

### **I-1-Définitions du concept de soi :**

Le concept de soi occupe une place importante en psychologie. Il a été l'objet de nombreux travaux depuis plus d'un siècle, probablement en raison de son importance dans la vie de chacun. Il s'agit d'une structure cognitive qui permet aux personnes de penser consciemment sur elles-mêmes de la même manière qu'elles peuvent penser à des objets et à des événements survenant dans le monde externe.

-Le concept de soi est décrit par plusieurs auteurs et définit de différentes manières :

Terme introduit en 1902, et conceptualisé en 1912 par le psychologue et psychiatre Suisse Carl Gustav Jung. Le Soi, c'est quelque chose qui se construit, en rapport dès l'origine avec la culture. Regroupant l'ensemble des constituants du psychisme, il est à l'origine de la constitution du Moi par différenciation de l'Imago maternelle et individuation.

Ce pronom personnel renvoie à une structure associant les informations que l'individu peut recueillir sur lui-même et la manière dont il se comporte en fonction de ces informations.

Selon Carl Roger : le concept de soi est une représentation de soi-même, se qu'un individu croit posséder. Un individu ce défini selon les attributs tel que physique (taille, pois, couleur de cheveux), cognitive (façon d'organiser notre environnement), social (capacité à interagir avec les changements de l'environnement) et affectif (personnalité, intra /extraverti, susceptible, irritable)

Selon Rosenberg (1979), définit le concept de soi comme la totalité des pensées et sentiments d'individu sur lui-même.

La définition de soi est donné par Mélanie Klaine Dans l'amour et la haine : pour elle, le soi est l'ensemble des choses, bonnes ou mauvaises que nous avons connus depuis nos premiers jours : tout ce que nous avons reçu de monde extérieur, tout ce que nous avons ressenti dans notre monde intérieur, expériences heureuses et malheureuses, relations avec les autres, activité, intérêts et pensées de toute nature, tout cela fait partie de notre soi et contribue a construire notre personnalité.

Gecas de son coté définit le concept de soi comme : « la représentation d'un individu de sa connaissance de soi ». (Jean-Pierre famous et Florence Guérin, 2002, p.15)

**Selon le petit Larousse de la psychologie :**

Lieu psychique incluant conscient et inconscient.

Devenir soi-même implique une conscience éveillée ne se limitant pas au moi. Pour sa part, C.G.Jung a conçu comme unification de conscient et de l'inconscient, centre virtuel de l'individuation.

Au sens large, « soi » est le lieu ou le sujet se reconnaît comme réellement existant. (Le petit Larousse de la psychologie, 2005, p.894).

A partir de ces différentes définitions du concept de soi, on constate que le soi est une production personnelle qui renvoie à l'individu lui-même par ses croyances, ses sentiments et ses attitudes.

## **I-2-Les stades de développement du concept de soi :**

L'existence de coupures périodiques indubitables à des moments tellement précis de la vie, fait que la notion de stade de développement du soi n'impose d'elle-même. En gros, il existe six stades, dont certains se subdivisent en sous stades. Les stades sont les mêmes chez les hommes et les femmes.

### **-Enfance- stades I, II, III (entre 0 et 10ans) :**

Les enfants ne sont pas encore en mesure de se décrire eux-mêmes tels qu'ils se perçoivent au cours du stade I (celui de l'émergence du moi, entre 0 et 2 ans). A partir de multiple expérience de communication avec l'environnement matériel et social, une variété de perception de soi s'élabore progressivement.

A partir de deux ans (stade II : la confirmation du moi, entre 2 et 5 ans). Les 5 structures sont déjà présentes, de même que 8 des 10 sous-structure et 14 des 28 catégories. Les cinq structures constituent des perceptions centrales, indiquant bien par là que tout est à faire.

Au cours du stade III (l'expansion du soi, entre 6 et 10 ans), le concept de soi s'élargit davantage à cause des multiple expérience nouvelles, incluant la vie scolaire. Les deux sous-structure manquantes apparaissent de même que 9 catégories nouvelles chez les garçons et 4 chez les filles.

**-Adolescence –stades IV (entre 10-12 et 21-23 ans) :**

Premier grand remaniement au niveau du concept de soi, d'où le nom de réorganisation du soi donné à ce stade.

Au départ (autour de 12 ans), il y a une sorte de désorganisation. Les adolescents ne savent plus ce qui est important : certaines perceptions antérieurement centrales ne le sont plus ; d'autres le deviennent.

Le premier sous –stade celui de la différenciation du soi (entre 10-12 et 15 - 16ans) -est marqué par l'apparition de multiples nuances entre les diverses perceptions ainsi que par l'addition des dernières catégories nouvelles dans divers secteurs encore incomplets.

Le second sous -stade - celui de l'adaptation du soi (entre 17-18 et 21-23ans)-est surtout centré sur les aspects adaptatifs. Même si ce ne sont pas les seuls éléments importants. Le concept de soi s'organise maintenant autour de seulement 4 structures, le SOI-NON-SOI ayant perdu sa priorité.

**-Adulte –stade V (entre 24-25 et 55-57ans) :**

L'entrée dans ce stade, dit de maturation du soi, est marquée par un second remaniement du concept de soi entre 21 et 25 ans, donc par une nouvelle perte temporaire des priorités.

Le concept de soi se concentre alors autour des trois structures les plus essentielles pour assurer un bon fonctionnement dans la vie adulte : d'abord se bien connaître (structure soi PERSONNEL) et ensuite bien fonctionner avec les autres (structure Soi SOCIAL), afin de réussir une adaptation optimale face à soi-même, au rôle et aux responsabilités à assumer (structure SOI ADAPTATIF).

Les deux sous- stades identifiés durant cette longue période –polyvalence du soi (entre 24/25 et 42/43ans).ainsi que reconnaissance et accomplissement du soi (entre 44-45 et 55-57ans)-marquent l'orientation dynamique.

**-Personnes âgées- stade VI entre 58-60 et 100ans et plus :**

Nouvelle étape que celle de l'entrée dans la catégorie sociale des personnes âgées, étape précéder elle aussi d'un troisième remaniement du concept de soi au moins aussi profond qu'au moment de l'adolescence : seulement 2 et 3 catégories sont centrales à 60 et 65 ans chez les hommes et 2 chez les femmes de 55ans. La signification de cette restructuration parait ici la suivante : une importante modification dans l'organisation perceptuelle quant à ce qui est désormais en train de devenir (ou de redevenir) important par rapport à ce qui n'est désormais plus important.

**Deux sous –stades** caractérisent cette dernière période de vie concernant le développement du concept de soi.

**Le premier- celui de la reviviscence du soi (entre 58-60 et 75-77 ans) :** indique que, suite à la réorganisation qui prend certain temps et ou le concept de soi comporte plus d'aspects négatifs qu'auparavant, il y a ensuite récupération et reprise plus positive au-delà de 70 ans. D'où le nom de reviviscence donné à ce sous- stade.

**Le second – celui de la sénescence du soi (entre 78- 80 et 100 ans) :**

Est marqué par une restriction progressive du champ perceptuel et, par conséquent, de la variété des différentes perceptions de soi. Le concept de soi est d'avantage concentré sur un ensemble perceptuel plus restreint.

Ce phénomène parait directement lié à la réduction du cadre de vie auquel les personnes âgées sont de plus en plus limitées, à la diminution des expériences

nouvelles, en somme à l'appauvrissement de l'environnement matériel et social. Les personnes âgées sont ainsi de plus en plus limitées à une simple routine dont elles ne peuvent tirer que très peu pour le renouvellement et l'enrichissement de leurs propres perceptions d'elles-mêmes, surtout à partir de 85ans. (L'écuyer R, 1978, pp. 47-49)

### I- I-3- Les principales composantes de soi:

Le concept de soi est fortement influencé par plusieurs facteurs sociaux et environnementaux, nécessaire pour que les individus aient le sentiment de comprendre leurs propres motivations et émotions ainsi que les causes de leurs comportements. Notre façon de penser et de présenter; l'affect, le comportement et la cognition, comme montre la figure 1.

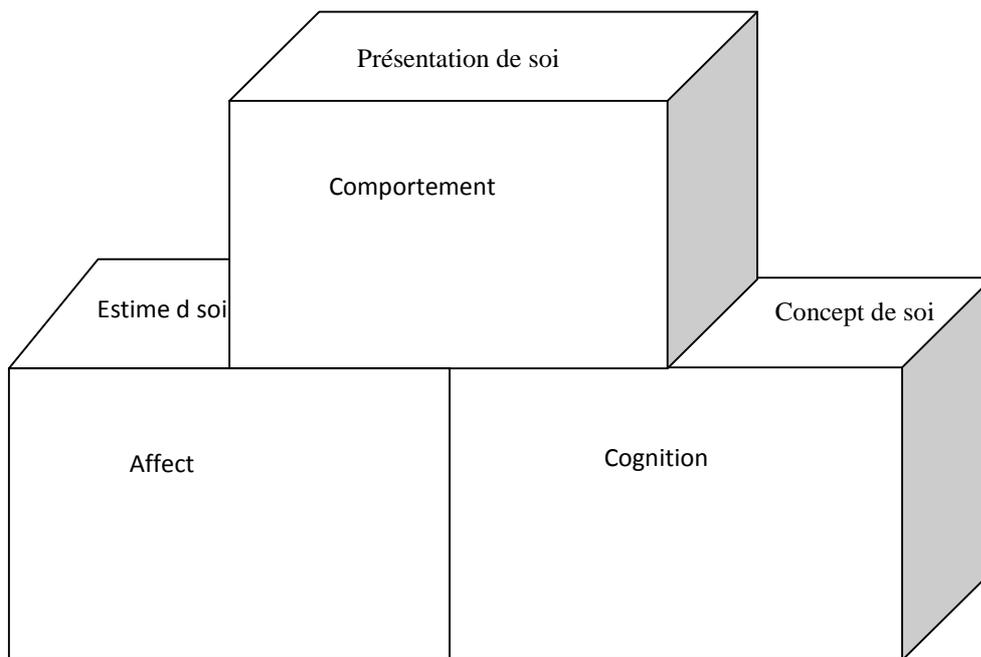


Figure n° 1 : Aspect du soi social et/ou professionnel.

**La dimension cognitive ;**

La dimension cognitive mène vers la prise de conscience de nos atouts et de nos faiblesses. De ce que l'on sait ou pas, de ce que l'on sait faire ou pas. Elle donne une capacité à se décrire et à s'analyser de manière précise, et à anticiper notre attitude et notre aptitude dans diverses situations. Cette dimension est porteuse également des « croyances » envers, qui peuvent être militantes ou épanouissantes. (Delphine Martinot, 1995, p.24).

**La dimension affective:**

Cette dimension porte l'attention que l'on a envers soi, le respect de ses ressentis, le "prendre soin" de nos états d'émotion. Elle amène à l'appréciation et l'acceptation de soi. Cette dimension affective permet d'évoluer vers une intelligence émotionnelle qui permet de clarifier ce que l'on ressent, pour identifier, comprendre, exprimer et utiliser les émotions au service d'une finalité centrée sur soi ou sur les autres. (Brunner .J,2000,p.13).

**La dimension comportementale:**

Explorons maintenant la dernière composante de soi, la composante comportementale, qui se manifeste par l'intermédiaire de l'activité d'auto-présentation. Le sociologue Irving Goffman (1959) penche pour la deuxième solution. Il compare l'auto-présentation au fait de jouer un rôle. Comme nous prêtons souvent à la façon de nous habiller nos manières, et aux actes professionnels que nous sommes censés déployer.

Une deuxième caractéristique de l'auto-présentation est la répétition. Avant un événement important, ou une situation professionnelle importante, nous allons penser à ce que nous dirons et ferons, mentalement nous essaierons diverses approches. Un autre aspect important de l'auto-présentation est connaître son public. Ainsi, un des défis de l'interaction sociale est d'être capable de changer

notre comportement d'une situation à l'autre, en fonction de nos buts auto-présentation et de la nature de l'audience. (**Delphine Martino, 1995, p.25**).

Pour conclure, on peut dire que les comportements de soi, sont influencés d'une manière à une autre sur l'individu dans son environnement par la critique de ses comportements et de ses cognitions.

## **II- l'estime de soi**

### **II-1- Historique de l'estime de soi :**

Lorsqu'on aborde le sujet de l'estime de soi dans la littérature scientifique, on se retrouve face à une multitude de terme utilisés de façon plus au moins synonymes. Ainsi on parle de conscience de moi, de perception de soi, de concept de soi, de représentation de soi, de l'image de soi, à priori, l'ensemble de ces termes a pour intérêt principale de définir le soi en tant que construction psychique complexe, mettons toutefois différemment en valeur certains mécanismes sous-jacents.

L'intérêt scientifique pour ce concept (estime de soi) ne date pas aujourd'hui ; il été un projet d'étude depuis très longtemps : le premier qui en a parlé est le psychologue Américain (W. James 1890). A cette époque, il limitait l'estime de soi au rendement ou à la performance. Il mettait l'accent essentiellement sur la dynamique interpersonnelle.

Ce n'est qu'en 1902, Cooley le pionnier de model social, apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse comme quoi le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par l'interprétation avec l'entourage et cela dés l'enfance. En 1934, les travaux de G.H Mead, qui postule

que serait la moyenne de ses jugements qui serait intériorisées. (Blanchet M. Chevalier L. 2008).

A la fin des années 70 et avec l'émergence de la psychologie sociale et expérimentale, de nombreuses recherches ont vu le jour ; 1970 dans la hiérarchie des besoins, A. Maslow ajoute que l'estime de soi correspond à une double nécessité pour l'individu, se sentir compétent et être reconnu par autrui ; et un besoin d'ordre supérieur, pour qu'il manifeste, il faut que les besoins d'ordre inférieur soient comblés ; par exemple, si les besoins de sécurité, et les besoins d'amour, le besoin d'estime de soi n'émergera même plus. (André. Clélord.F, 1999, p.34)

Les travaux de Cooper Smith 1984 ont beaucoup apporté à cet objet d'étude. Il insiste sur le fait que vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui-même qui restera relativement stable au cours de la vie. Cooper Smith a prouvé que les variables dues aux expériences individuelles, au sexe, à l'âge sont importantes car chacun construit son appréciation de soi en s'appuyant sur des considérations plus spécifiques dans différents domaines selon l'importance subjective qu'il leur apporte.

Aujourd'hui l'estime de soi est devenue une aspiration légitime aux yeux de tous : considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive, vu son influence sur positive ou négative sur le fonctionnement psychique ; les chercheurs s'accordent actuellement pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. (Pervin A. L, John O. P. 2005, p. 159)

## II-2- Définition de l'estime de soi.

L'estime de soi fait partie des mots génériques qui regroupent parfois des concepts très différents. Afin de clarifier la définition de cette notion, de nombreux auteurs se sont penchés sur la question de l'estime de soi et ont ainsi permis de dégager une définition plus précise.

Selon Johnson, l'estime de soi correspond au degré de valeur, de mérite, mais également de respect et d'amour que la personne peut adopter vis-à-vis d'elle-même. (Johnson. M, 1997,)

Selon W. James, l'estime de soi d'une personne dépend, d'une part, de ses échecs et de ses réussites et, d'autre part, de ses aspirations. (Petit Larousse de la psychologie, 2005, p.298)

Selon la commission californienne, *l'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bien vaillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que dans la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissages pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie .* (Josiane de Saint Paul, 1999, p.20).

Abraham Maslow, l'un des psychologues humanistes les plus connus du XXe siècle, définissait l'estime de soi comme un besoin vital de priorité intermédiaire qui ne le cède en importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi. De ce point de vue, la recherche de l'estime de soi est une force motrice qui génère la motivation. ; (Simon L. Dolan- André Arsenault, 2009, P.72)

- D'autres auteurs ont un point de vue différent de l'estime de soi :

Pour Cooper Smith, c'est l'appréciation de soi qu'entretient l'individu et qui exprime dans quelle mesure il approuve ses propres aptitudes, son importance, sa réussite et sa valeur.

Pour Plaino-Lorent, c'est la conviction qu'a la personne de mériter ou non son propre amour et, partant, celui d'autrui, peu importe qui elle est, doit être ou paraître être ; sa capacité de ressentir intrinsèquement son propre mérite, indépendamment des caractéristiques, circonstances et personnels qui contribuent également à la définir et la distinguer.

Pour Branden, l'estime de soi met en lien deux sentiments interdépendants : l'efficacité personnelle et le mérite personnel. Elle est la somme intégrée de la confiance en soi et de respect de soi, la conviction d'avoir la compétence nécessaire pour vivre et de mériter de vivre, la conviction d'être apte à faire face aux principaux défis de la vie et d'être digne du bonheur ; ( Ibid. PP. 79-80 ).

Enfin, nous pouvons dire que ; l'estime de soi est une valeur changeante. Elle peut augmenter ou diminuer selon le regard que l'individu porte sur lui-même, selon ses actions et leurs résultats. Ainsi, il est possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les différentes périodes de la vie.

### **II-3- Les composantes de l'estime de soi**

L'estime de soi est un concept relativement difficile à cerner, plusieurs auteurs estiment que cinq sentiments sont à la base de l'estime de soi : le sentiment de sécurité, d'identité, d'appartenance, de détermination, et de compétence.

#### **-Le sentiment de sécurité, de sûreté et de confiance en soi :**

Le sentiment de sécurité et de confiance en soi est à la base de l'estime de soi, ce sentiment n'apparaît pas soudainement dans le développement de

l'enfant. Au contraire, ce sentiment se construit au fil de relations d'attachement et des expériences vécues. Il peut se définir par le bien-être et l'assurance ressentis lors de certaines situations, il implique la compréhension des limites, la connaissance des attentes d'autrui et un sentiment de confort et de sécurité. A l'inverse, un sentiment d'insécurité se caractérise par l'incertitude, le doute et l'insécurité.

### **-le sentiment d'identité, la vision de soi, et l'amour de soi :**

Le sentiment d'identité est la clé de l'estime de soi, ce sentiment se consiste en une connaissance de soi et de son image sociale, l'enfant va se sentir unique et important aux yeux des personnes qui comptent pour lui, cela constitue l'une des plus importantes étapes de développement de l'estime de soi.

En résumé, la vision de soi amène à l'amour de soi, qualités toutes les deux dépendantes de la vision que les autres ont de soi, principalement ceux de son entourage.

Les carences d'estime de soi qui prennent source au niveau de l'amour de soi sont très difficiles à soigner, on les retrouve plus tard sous le nom de trouble de la personnalité.

### **-le sentiment d'appartenance à un groupe :**

L'enfant, qu'il ait 3 ou 7 ans, ressent de la satisfaction lorsqu'il se sent appartenir à un groupe. Là encore, l'enfant a besoin de savoir qu'il est important et qu'il compte aux yeux des autres. Ce que les autres disent à l'enfant, ce qu'ils pensent de lui, la façon dont ils le voient, l'aident à se définir, à modifier son image et apprécier sa valeur personnelle.

**-le sentiment de détermination et l'affirmation de soi :**

En s'affirmant, l'enfant exprime des besoins, il réalise ainsi que les autres ne sont pas obligés de les satisfaire immédiatement. Cette affirmation de sa personne, de sa valeur personnelle lui permet d'enrichir l'estime de lui-même en se déterminant pour faire reconnaître sa valeur personnelle aux yeux des autres, l'enfant augmente son capital d'estime de soi.

**-le sentiment de compétence :**

Ce sentiment implique de se sentir en capacité de faire quelque chose. C'est aux cours de ses apprentissages et surtout de ses réussites que l'enfant peut progressivement acquérir ce sentiment de compétence personnelle.

Pour un enfant, avant l'âge de 7ans, la réussite se base surtout sur le résultat, en effet l'enfant n'appréhende pas encore bien le produit final de son action avant de l'avoir mise en place.

C'est donc à la fin de ce qu'il a entrepris que l'enfant se sent capable ou non. Un sentiment de compétence peut alors se forger. (Duclos, G, 2002, p.18). Les enfants ont des concepts du soi qui sont globaux, indifférenciés et spécifiques aux situations, et c'est seulement avec l'âge et l'acquisition des dénominations verbales que le concept de soi devient progressivement différencié et intégré dans un soi à multiples facettes et hiérarchiquement organisé. (Shavelson, R. J, et Bolus, R, 1982, p.5-6)

On peut dire que le concept d'estime de soi est basé sur des composantes, dont l'individu peut évaluer son estime de soi et connaître sa valeur personnelle

**I-4- Les caractéristiques de concept de soi :**

Shavelson et Bolus(1982) ont identifiés plusieurs caractéristiques essentielles dans leurs définitions du concept de soi ; nous allons citer les caractéristiques les plus importantes :

**-Le soi descriptif et évaluatif :**

Si l'individu se décrit dans la situation particulière, il s'évalue aussi dans ces situations, ces jugements se forgent par rapport à des normes absolues tel un « idéal », ou à des critères relatifs comme ses pairs ou les évaluations perçues des autres significatifs. Ces évaluations peuvent être pondérées de manière différente en fonction des individus ou des situations et dépendent essentiellement de l'expérience passée du sujet dans une culture particulière.

**-Le soi multidimensionnel :**

Les visions que la personne a d'elle-même sont organisées ou structurées en différentes catégories, afin de faciliter le traitement de ces informations, l'individu différencie, par exemple, les aspects de soi « physique » de ceux de soi « social » et « scolaire »

**-Le soi hiérarchique :** Le concept est organisé hiérarchiquement.

Les perceptions relatives à un comportement particulier se situent à la base de la hiérarchie, les inférences sur soi dans un domaine plus large (exemple : sentiment de compétences sociales, scolaires, sportives) au milieu de la hiérarchie, et on trouve au sommet un concept de soi global/général.

**-Le soi stable :**

Les croyances sur soi sont plus au moins stables en fonction de leur niveau dans la hiérarchie, le concept de soi général-au sommet de la hiérarchie- est

stable, mais lorsqu'on descend de la hiérarchie il devient progressivement spécifique à la situation et est par conséquent moins stable.

### **-le soi développemental :**

Le soi devient progressivement multidimensionnel lorsque l'individu se développe de l'enfant à l'âge adulte, le concept de soi différencie progressivement en de multiple composante, les jeunes enfants ont des concept du soi qui sont globaux, indifférenciés et spécifiques aux situations, et c'est seulement avec l'âge et l'acquisition des dénominations verbales que le concept de soi devient progressivement différencié et intégré dans un soi à multiples facettes et hiérarchiquement organisé. (Shavelson, R. J, et Bolus, R, 1982, p.5-6)

On peut dire que le concept d'estime de soi est basé sur des composantes, dont l'individu peut évaluer son estime de soi et connaitre sa valeur personnelle

## **II-5- Les sources principale de l'estime de soi :**

Arnold Buss recense six sources principales d'estime de soi, qui influencer d'une façon à une autre sur les comportements des individus au sien de leurs environnements.

### **-l'apparence :**

En général, il s'agit de l'impression d'être séduisants au sien de leur société. Un grand nombre d'étude en psychologie sociales ont d'montré que les personnes jugées séduisantes ont le droit a plus sollicitude et sont préférées aux autres pour les interactions sociales. Dit que l'apparence physique influence sur la position de l'individu dans leur environnement.

**-La capacité et la performance:**

D'une manière générale, il s'agit de la capacité de l'individu d'être capables de réaliser quelque chose avec succès. Plus que personne parviendra à réaliser, plus se sentira bien.

**-Le pouvoir :**

Il s'agit de l'impression des individus de maîtriser leurs vie, la ils ont plus enclins à sentir bien. Il y a en moins trois sous catégories dans cette source : la domination, le statut et l'argent. La domination peut être atteinte par la contrainte, la compétition ou la position hiérarchique. Le statut et l'argent parlent d'eux-mêmes ont ne dit pas que les gens pauvres et inconnus se sentent mal, mais ils se sentiraient surement mieux s'ils avaient un statut plus élevé et un compte en banque fourni.

**-Les récompenses sociales :**

- Il s'agit de trois types de récompenses sociales améliorent l'estime de soi :

L'affection : lorsque des individus s'estime leurs même.

Les éloges : lorsque les individus sentir qu'ont travaillé bien.

Le respect : lorsque les individus estime leurs opinions, pensées, et ses actions.

**-Les sources indirectes :**

Les sources indirectes s'agissent de se sentir bien à cause d'élément extérieurs plutôt qu'intérieurs. Les « retombées de la gloire » nous procurent un sentiment de bien-être. Nous profitons ainsi de la gloire de personnes puissantes ou populaires qui nous entourent. Il s'agit de la forme « je connais des gens

célèbres » d'estime de soi. Nos possessions matérielles peuvent aussi nous permettre de nous sentir bien.

### **-La moralité :**

La moralité s'agit d'être quelqu'un de bien et de vivre en fonction des règles de comportement social. Cela ne peut pas faire de mal à notre estime de soi. La moralité est souvent un terme relatif. Mais lorsque quelqu'un sent qu'il a eu une grande valeur morale (même si c'est lui qui la définit dans une situation, il est probable qu'il aura une meilleure estime de soi. (Adam cash, 2004, pp.119-120).

En plus de toutes ces sources, certaines recherches suggèrent que plusieurs aspects de notre personnalité peuvent avoir un effet sur notre estime de soi, à l'inverse, les personnes plus optimistes et plus sociables se sentent mieux.

Donc, on peut dire qu'il est important d'être sociable et d'avoir de bonnes relations pour se sentir bien avec soi-même.

## **II-6- Les trois piliers de l'estime de soi :**

Le concept d'estime de soi est constitué de trois fonctionnements : avoir confiance en soi, la bonne vision de soi et l'amour de soi. La stabilité entre ces piliers est indispensable à l'acquisition d'une estime de soi convenable.

### **-l'amour de soi :**

Il prédomine les deux autres piliers. On estime malgré ses défauts, ses limites, les échecs rencontrés, car une « petite voix intérieure » nous indique que l'on mérite l'amour et le respect des autres et surtout de nous-mêmes. « Cet amour de soi « inconditionnel » ne répond pas de nos performances ». C'est grâce à cette force en nous que l'on se reconstruit après un échec ou face à

l'adversité. Il n'empêche ni le doute ni la souffrance en cas de difficultés, mais il protège et donne confiance contre le désespoir.

L'amour de soi est donné en majeure partie par notre famille en effet il dépend de l'amour que nos parents nous prodiguent quand nous sommes enfants. Cet amour qui permet à ces personnes de ne jamais douter en leur progéniture, et les encourage à éduquer le mieux possible leur enfants. Les carences d'estime de soi ayant leur origine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. En tant qu'enseignant il est donc primordial d'y apporter une attention toute particulière.

Lorsque l'on ne s'aime pas soi-même il est difficile de croire en l'amour que les autres portent sur nous. On ne comprend pas comment les autres peuvent nous aimer. L'amour de soi est donc bien l'assise de l'estime de soi le plus caché et le plus intime. Il est donc très difficile de cerner le degré exact que se porte quelqu'un.

### **-La vision de soi :**

La vision de soi est défini comme « le degré que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondé ou non, que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts ». Dans cette notion, la subjectivité prend une place importante, son observation et sa compréhension sont donc délicates. Ainsi, par exemple, « une personne complexée \_ dont l'estime de soi est souvent basse- laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteindre ». Ce regard que l'on porte sur soi, est en grande partie régit par notre environnement qu'il soit familial ou social. « Tous les enfants naissent princes ou princesses se sont les parents qui les transforment en crapauds ».

Il est important de prendre conscience de cette vision que l'on porte sur soi pour avancer plus vite et ainsi gagner du temps. En effet, cette prise de conscience nous permet de connaître exactement nos désirs et souhaits. C'est

pourquoi cette vision ne doit pas changer de camp, c'est-à-dire, qu'elles viennent des parents, des proches, de l'enseignant ou de quiconque. Il est fondamental qu'une personne se réalise non dans le projet qu'on lui attribue mais bien dans la continuité de sa vision. Cyrulnik qualifie cette orientation par le terme : « l'enfant changé de mission ».

### **-La confiance en soi :**

On assimile cette notion avec l'estime de soi. « Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes ». Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. C'est la conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi.

Pour un enseignant, donner confiance à un enfant c'est exposer les échecs comme une conséquence possible et non effroyable de ses faits. C'est aussi le gratifier autant pour ses réussites que d'avoir essayé de réussir. Il faut leur apprendre à tirer des leçons de leurs échecs, au lieu de baisser les bras et ainsi perdre cette confiance en lui. (André Christophe et coll., 1996, p.p.14-17).

Pour conclure, on peut dire que la confiance en soi accorder de supposer qu'on est compétent d'effectuer de façon adéquate dans des dispositions importantes. Ceci sous distingue que l'individu est déterminé par la croyance qu'il a dans sa tendance de maîtriser les choses et de changer les situations.

### **II-7- La prise en charge de l'estime de soi :**

Un jugement négatif de soi entraîne des souffrances pouvant engendrer des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et l'efficacité de ses actions, donc une amélioration de l'estime de soi est nécessaire, pour mieux se connaître et mieux s'exprimer et modifier peu à peu des comportements quotidiens dans l'objectif d'éviter ce désastre. Il existe

des thérapies individuelles ou en groupe pour l'amélioration de connaissance de soi et de l'estime de soi, mais les moyens utilisés pour atteindre cet objectif sont différents. Il existe en gros deux grandes familles de psychothérapies : la thérapie cognitive-comportementale, et la thérapie psychanalytique.

### **-Les thérapies de l'estime de soi :**

#### **1-la thérapie cognitive-comportementales :**

Les TCC sont largement utilisées pour accompagner les personnes qui souffrent d'un trouble de l'estime de soi. A l'aide d'exercices pratiques et de jeux de rôle, le thérapeute va amener la personne à mieux se connaître, à accepter ses forces et ses faiblesses et à s'affirmer en supportant mieux les situations d'échec.

Un travail sur les pensées et les émotions négatives que le sujet porte à son égard va être à la base de cette thérapie.

#### **2-la thérapie psychanalytique :**

La psychanalyse peut également apporter une aide précieuse pour favoriser l'estime de soi. Guider par un thérapeute dans la cure analytique, la personne aura accès à une meilleure connaissance d'elle-même. Elle pourra affronter différemment ses blocages et remettre plus facilement en question son mode de fonctionnement. (Http. Passeport santé.net, 16/03/2016)

### **II-8- Les conseils pour progresser l'estime de soi :**

Il n'existe pas, bien évidemment, de recette miracle pour modifier rapidement son estime de soi. Cependant quelques conseils de C.André et F.Lelord, Psychiatre et psychothérapeute .Ils proposent de fournir des efforts dans trois domaines : le rapport a soi –même, le rapport à l'action et le rapport aux autres.

Dans le premiers cas, il faudrait d'abord se connaître prendre, il faudrait d'abord se connaître, prendre conscience de ses capacités, de ses limites et accepter celle-ci. Selon les auteurs il existe deux réactions topiques de déni à l'égard de des événements qui menacent notre estime de soi : l'autodéfense- « mais pas du tout »-et la soumission aux événements –« c'est comme ça ». Par l'autodéfense la personne a tendance à nier systématiquement ses émotions, car cela révélerait son engagement dans les objectifs, mettrait au jour certains « défauts »ou certains exigences qu'elle pourrait avoir à l'égard de autres.

S'avouer une phobie, reconnaître que l'on est déçu d'avoir raté un entretien d'embauche, que l'on est en colère, voilà qui pourrait fragiliser notre estime en soi. On préfère alors nier tout cela et se le cacher. Se soumettre aux événements est une autre façon de se ménager en cas d'un échec : je ne m'implique pas car « de toute façon c'est impossible » ou « de toute façon cela n'a pas d'importance ».

L'action est une autre manière d'augmenter son estime de soi, et mener à bien de petits projets peut y contribuer. Parvenir à mettre à jour sa comptabilité, à faire de ménage, appeler des administrations, tout cela peut donner une satisfaction et ainsi exercer une influence bénéfique sur notre auto-jugement. Devenu expert dans un domaine pointu améliorera également à la fois le sentiment de compétence personnelle et la reconnaissance des autres, rehaussant de même coup l'estime de soi. Mais pour pouvoir agir et tirer des bénéfices de notre action, il faut pouvoir aussi faire taire le « critique intérieur », cette voix en nous qui trouve des défauts dans toute action et dans tout projet d'action : en fait, il s'agit souvent d'un discours parental intériorisé. Pour pouvoir agir, il faut surtout accepter l'idée d'échouer. Se rappeler que cela peut arriver à tout le monde, que des enseignements se tirent des insuccès, et ne voir les choses en noir ou en blanc : ce qui n'est pas une réussite éclatante ne constitue pas forcément un échec.

Le dernier domaine dans lequel on peut tenter d'améliorer l'estime de soi s'applique dans les rapports aux autres : savoir d'abord s'affirmer, c'est-à-dire exprimer ce que l'on pense et ce que l'on ressent, chercher à ce mettre à la place des autres et, enfin, s'appuyer sur le soutien social des amis ; comme le rappellent C. André et F. Lelord, le sentiment d'être aimé, d'être aidé, la nourrit directement.

Enfin, changer, améliorer son estime de soi passe parfois par une psychothérapie. Il ne faut pas hésiter à consulter un spécialiste, psychiatre ou psychologue, lorsqu'on a l'impression de ne pas pouvoir s'en sentir tout seul, l'équilibre psychique en dépend. (Le petit Larousse de la psychologie, 2005, pp.302-305.)

### **II-9- L'estime de soi chez les femmes stériles :**

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

Selon certains psychologues interrogés sur le sujet, la plupart des femmes stériles souffrent de troubles affectifs et psychologiques tels que le stress, l'anxiété, l'angoisse, les troubles psychosociaux, la marginalisation et l'insatisfaction relationnelle et conjugale. Ces facteurs peuvent entraîner chez elles des états dépressifs qui peuvent se manifester par l'agressivité chez les femmes de faible personnalité ce qui les emmène parfois à penser au suicide.

En résumé, il est impossible aujourd'hui d'aborder le problème de la stérilité sans évoquer la dimension psychologique.

Freud disait : « dans la vie amoureuse, ne pas être aimé rabaisse le sentiment d'estime de soi, être aimé l'élève ». Réussir sa vie de couple ou avoir un enfant peut l'améliorer. (le petit Larousse de la psychologie, 2005, p.300)

L'objectif de soutien psychologique, est de donner au couple un espace dans lequel il peut s'exprimer, et être écouté, faire part de ses doutes, ses peurs, demander des informations, prendre des décisions...etc., car il est souvent difficile de pouvoir le faire avec le médecin, la famille et les amis.

## **Synthèse**

D'après les études exposées dans ce chapitre on peut conclure que l'estime de soi est un des aspects centraux du psychisme parce qu'elle découle d'une multitude de choix qui concrétisent nos valeurs.

## **Chapitre II : La stérilité**

<b>Préambule :</b> .....	39
--------------------------	----

### **I - Aspect médical de la stérilité**

I-1 - définition du concept de stérilité : .....	39
I-2 - les types de la stérilité : .....	39
I-3 - l'anatomie de l'appareil génital féminine : .....	40
I-4- La notion physiologique de la reproduction:.....	42
I-5- Diagnostic de la stérilité féminine : .....	44
I-6- Les signes de la stérilité chez la femme.....	49
I-7- Les principales causes de la stérilité.....	50
I-8- Le traitement médical : .....	52
I-9- Les traitements chirurgicaux de la stérilité : .....	54
I-10- Techniques d'assistantes médicales aux procréations (AMP) :.....	55

### **II – Aspect psychologique de la stérilité**

II-1- L'état psychologiques de la femme stérile : .....	57
II-2- Le vécu psychologique de la femme stérile .....	57
-La vie sexuelle de la femme stérile : .....	57
- La vie émotionnelle de la femme stérile : .....	58
- La culpabilisation de la femme stérile : .....	59
II-3 Les troubles psychologiques de la femme stérilité : .....	59

II-4- Le soutien psychologique de la femme stérile : .....	61
II-5- Thérapies psychologique de la stérilité : .....	62
Synthèse .....	63

**Préambule :**

Le désir d'avoir un enfant est non seulement un besoin naturel, mais également la réalisation d'un rêve de toute femme mariée et la conséquence logique d'une relation à un couple. Mettre un enfant au monde est certainement la plus belle preuve d'amour que l'on puisse donner à son conjoint. Malheureusement ce désir naturel n'est pas possible pour tous les couples mariés.

A travers ce chapitre nous avons abordé les deux aspects de la stérilité : l'aspect médical, et l'aspect psychologique.

**1-Définitions de la stérilité :**

Stérilité selon L'OMS : L'Organisation Mondiale de la Santé définit la stérilité comme le non survenu d'une grossesse après plus de deux ans de rapport sexuel protégés.

La stérilité : c'est l'absence de grossesse chez la femme après un délai de deux ans de rapports sexuels réguliers et normaux sans contraception.

**2- Les types de stérilité :**

La stérilité désigne par l'incapacité de concevoir un enfant viable et on peut distinguer trois types de stérilité.

**-La stérilité primaire :** La stérilité primaire lorsque l'on n'a jamais eu de grossesse.

**-La stérilité secondaire :** La stérilité secondaire, s'il y a eu une ou plusieurs grossesses qu'elle qu'en soit l'issue (accouchement, avortement), n'est pas fécondée alors qu'elle le désire.

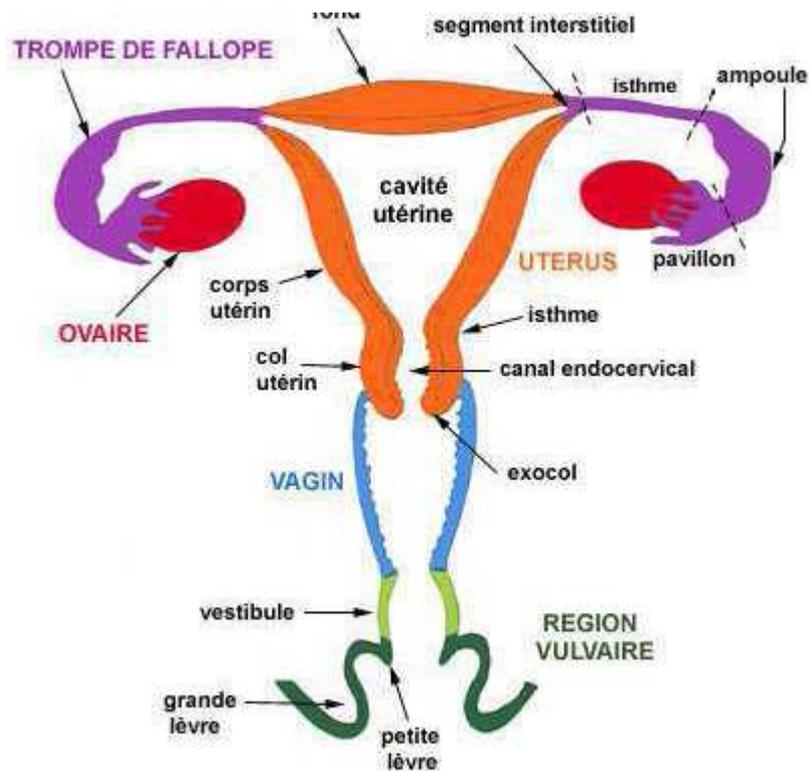
**-La stérilité psychique :** Stérilité de la nature psychique d'une stérilité qui n'est pas expliquée. Ce type de stérilité pathogène serait selon les spécialistes en

psychologie et en psychiatrie, du à l'inconscient qui ne satisferait pas les désirs de grossesse d'une femme .Il semble qu'environ 10% des infertilités serait de nature psychique. On a du mal à expliquer et à comprendre pourquoi les femmes refuseraient d'être fécondes alors que c'est le plus souvent le fruit de leurs attentes. Pourtant les stérilités psychogènes sont bien le résultat d'une action inconsciente qui vient perturber le fonctionnement normal de la physiologie féminine. Il s'agit bien en définitif d'un refus intériorisé de la grossesse.

Enfin on peut dire la stérilité désigne l'impossibilité, pour un homme ou pour une femme, de procréer. Ce terme étant relativement agressif, certains préfèrent utiliser celui d'infécondité, d'hypo-fécondité ou d'infertilité, et naturellement, une femme est féconde de façon variable suivant son âge.

### **3- L'anatomie de l'appareil génital féminin :**

L'appareil génital féminin regroupe un ensemble d'organes situés dans la cavité pelvienne .Les ovaires les trompes de Fallope, l'utérus et le vagin(les 2/3 supérieurs) constitue les organes génitaux internes. Les trières inférieure du vagin et la vulve (vestibule, petites lèvres, grandes lèvres et clitoris) constituent les organes génitaux externes.



**Figure N°1 :** Appareil génital féminin (Www.chu-toulouse.Fr)

### - Les ovaires :

Les ovaires sont deux petits organes de 4cm de long, 2cm de large et 1cm d'épaisseur, situés latéralement à gauche et adroite de la cavité pelvienne, ils pèsent chacun 6 à 8 grammes, devient bosselées pendant la période d'activité génital. Ils s'atrophient et se rident après la ménopause. Les ovaires sont reliés à l'utérus par les ligaments utéro-ovariens et ou trompes utérines par les ligaments tuba-ovariens.

### -La trompe de Fallope : (trompe utérine) :

La trompe de Fallope, encore appelées oviductes, sont deux formation tubaires latérales (une a droite l'autre a gauche) de 10 a 12 cm de long divisées en quatre segments : le pavillon, l'ampoule, l'isthme, et la portion interstitielle.

Les trompes de Fallope ont un rôle dans la reproduction :

- Capture l'ovule et le transporte jusqu'au lieu de fécondation.
- Transport le spermatozoïdes ou lieu de fécondation.
- Fécondation et séjour de l'œuf dans l'ampoule.
- Transporte, contrôle l'œuf jusqu'à la cavité utérine. (Hafner. JL, 2003, p.189)

#### **-Le vagin :**

Le vagin est un canal élastique qui relie la vulve à l'utérus, son entrée est protégée par les grandes et les petites lèvres, organe de copulation chez la femme, c'est une voie de passage des sécrétions utérines. Il joue un rôle d'absorption du plasma séminal qui contient en outre des prostaglandines et des antigènes. Sa résorption peut donc induire des réponses physiologiques (contraction) ou immunologiques (réactions). (Elaine N, 2005, p.12)

#### **-Vulve :**

La vulve est une région située dans le périnée. Elle inclut plusieurs structures : le mont du pubis, les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, les bulbes du vestibule et les glandes vestibulaires. Le clitoris est le siège de l'excitation sexuelle de la femme. (Lansac J, 1994, P .24).

#### **4-La notion physiologique de la reproduction :**

Quelques notions de base sur le fonctionnement d'appareil de la reproduction féminine est nécessaire pour comprendre les mécanismes de survenue de la stérilité. Les facteurs les plus importants chez la femme sont le cycle menstruel et les différentes étapes de la grossesse.

**- Le cycle menstruel :**

De la puberté à la ménopause, les organes génitaux internes féminins sont soumis à des variations cycliques s'appelées cycles génitaux, les cycles correspondent à l'ensemble des modifications qui rendent l'appareil génital de la femme périodiquement apte à l'installation d'une grossesse. Les modifications sont liées à des fluctuations hormonales au niveau de l'axe hypothalamus-hypophyso-ovarien qui commandent la phase terminale de la folliculogénèse, l'ovulation la facilitation du transport de spermatozoïdes puis de l'œuf, la préparation utérine à l'implantation de cet œuf. Conventionnellement le cycle menstruel phénomène apparent le cycle génital féminin d'une durée de référence de 28 jours.

L'ovulation au niveau ovarien permet de définir les phases folliculaires (durée moyenne 14 à 17 jours).

La commande centrale des cycles est l'axe hypothalamus-hypophyso-ovarien, les cycles des trompes, de l'utérus et de l'endocol résultent de l'activité des deux hormones stéroïdes ovariennes qui sont les œstrogènes (o) et la progestérone (p). (Hafner, J.L, 2003, p.37)

**- La fécondation :**

La fécondation est réalisée par la pénétration de spermatozoïde dans l'ovule, par la fusion des éléments nucléaires de ces deux gamètes (ovule et spermatozoïde) qui donne un œuf fécondé déclenche le développement chez la femme stériles la libération régulière d'ovules normaux, la perméabilité tubaire satisfaisante, la muqueuse utérine en état de réceptivité adéquate au moment de la nidation, la glaire cervicale de bonne qualité pour le stockage et la migration des spermatozoïdes, l'appareil génital adéquat pour le contact du sperme avec le col et la glaire cervical. Et après la fécondation, la progestation, la nidation et la gestation normales. (B .Seguy et J .H .Baudet, 1983, pp (4-6)) .

### 5- Diagnostic de la stérilité féminine :

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

**Tableau N°1 :** Examen clinique d'exploration féminine dans la stérilité qui oriente à la recherche d'une anomalie organique ou fonctionnelle (JR. Zorn et Savale, 1999, p.69)

<b>Examen clinique</b>	
Examen gynécologique, Examen General	
Bilan organique	Bilan fonctionnel
Bilan infectieux	Courbe de température
Bactériologie	
Sérologies	
Imagerie	Hormonologie
Imagerie pelvienne	Dosages statiques
Echographie	Axe hypothalamo -hypophyso-ovarien
Radiologie :	-Hormones peptides
-Hystérosalpingographie	-FSH, LH, AMH, prolactine
-Salpinographie sélective	-Stéroïdes
Imagerie numérique :	-Œstradiol, Progestérone Cortisol
-IRM	Thyroïdes : TSH, T3, T4
-Tomodensitométrie	Tests dynamiques
Endoscopie	-Test à la progestérone
-Cœlioscopie	-Test à la FSH
-Hysteroscopie	-Test au clomifène

-Salpingoscopie	-Test LH-RH
-Fertiloscopie	Test TRH

### - L'interrogatoire de la femme:

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

La majeure partie des éléments cliniques du diagnostic de stérilité repose sur les données de l'interrogatoire qui appréciera :

-L'âge : la femme consulte en général à « l'âge de reproduction », entre vingt cinq et trente ans.

-La durée de la stérilité : 65% des couples fertiles conçoivent dans les six premiers mois, 80% dans l'année, la moitié des 20% restant auront un enfant plus tard sans secours thérapeutiques.

### - Antécédents familiaux :

Les antécédents concernent les parents et la fratrie comme les maladies importantes ou héréditaires et aussi à la fertilité et l'histoire obstétricales, notamment de la mère, motif qui ont conduit à cette prescription.

### - Antécédents médicaux :

Il faut signaler les maladies importantes : cœur, tension, poumons, diabète, dépression nerveuse.

**-Antécédents chirurgicaux :**

Les interventions doivent être prises en compte, notamment au niveau :

-Ablation de kystes ovariens: réduction du volume de l'ovaire pouvant perturber l'ovulation.

-Toute intervention chirurgicale abdominale risque d'adhérences autour des Ovaires.

- Chirurgie tubaire

**-Antécédents obstétricaux :**

Pour chaque grossesse :(la date, et le mode de survenue spontané ou après traitement).

- Avortement spontané : terme, circonstance déclenchant, analyses du produit d'expulsion ou de curetage.

- Modalité d'accouchement (voie basse, césarienne).

-Interruption thérapeutique de grossesse : cause, terme, modalités. (J.R.Zorn et Savale, 1999, p.72)

**L'examen clinique :**

L'examen clinique apprécie la morphotype de la femme par de ses examens :

-Examen de l'appareil génital externe: clitoris, grandes et petites lèvres, à la Recherche d'une anomalie des récepteurs hormonaux.

-Examen au spéculum: permet de voir le col de l'utérus et le vagin, et de détecter la présence d'une infection, d'un polype; permet aussi d'apprécier la glaire cervicale, lorsque celui-ci est réalisé à mi-cycle.

- Toucher vaginal: permet de sentir le contour de l'utérus, et de dépister certaines anomalies comme les fibromes.

-Examen des seins: recherche d'une galactorrhée signant une hypersécrétion de prolactine intervenant sur la qualité de l'ovulation.

**-Les examens cliniques complémentaires :**

Aussi en peut distinguer des examens complémentaires de première intention sont faits systématiquement dans un bilan de stérilité. Ils permettent au médecin d'orienter l'exploration, et ainsi de ne programmer que les examens de deuxième intention, plus invasifs, nécessaires au diagnostic

**- Courbe de température :**

La courbe est établie sur un imprimé adapté à la gynécologie (échelle adaptée pour voir bien le décalage), permet de présumer la réalité d'ovulation de l'existence et de la durée du corps jaune, d'évoquer une insuffisance en progestérone, avec la date de calendrier, la dates des règles, le jour de cycle, et précise la période de fertilité.

**- Le test post coïtal de HUHNER :**

Ce test est pratiqué dans les vingt-quatre (24) heures qui suivent la date de l'ovulation et huit (8) heures après un rapport sexuel. Le but est notamment d'analyser la glaire afin de contrôler n'empêchement pas la bonne avancée des spermatozoïdes dans l'ovule. (Cedrein et Durnerin I, 2002, p.21)

**- Echographie :**

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

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

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

Ovaires : taille, forme, présence de follicules, présence de kystes, présence de corps jaune. L'échographie peut également être utilisée hors d'une intervention chirurgicale on appelle alors l'échographie interventionnelle se fait par voie transvaginale, il peut s'agir d'une ponction d'un kyste ovarien d'une ponction folliculaire. (Blanc et Boubli 1, 1993, p.128).

### **- Hystérosalpingographie (HSG) :**

L'hystérosalpingographie est l'examen essentiel pour l'exploration des trompes et l'utérus : elle permet de repérer les malformations et de voir si les trompes sont bouchées. C'est un examen de première intention, il est fait systématiquement dans le cadre de la stérilité.

L'HSG permet de voir :

- La taille et la forme de cavité utérine.
- Les anomalies de l'utérus : malformation, fibromes.
- Si les trompes sont imperméables (le liquide ne passe plus), apprécier le diamètre tubaire.

### **-Coelioscopie ou laparoscopie :**

Il s'agit de l'examen de la cavité abdominale et de l'ensemble des organes génitaux. C'est un acte chirurgical réalisé sous anesthésie générale avec intubation. L'examen nécessite de gonfler le ventre par un gaz interne introduit à l'aide d'une aiguille à travers l'abdomen pour pouvoir tous les organes génitaux et éventuellement intervenir dessus. Coelioscopie permet d'observer la présence ou absence d'infections pelviennes et aussi l'état des trompes et des ovaires. (Docteur Deshayes, 2005, p.07).

**-Hysteroscopie HSC :**

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

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

**6- Les signes de la stérilité chez la femme :**

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

- Les cycles très longs : plus de 35 jours,
- Les cycles très irréguliers : au-delà de 60 et 90 jours,
- Les cycles trop courts : inférieurs à 24 jours,
- Une pilosité excessive, de l'acné, qui évoque des troubles de l'ovulation.
- Des antécédents de salpingite,
- Des infections génitales graves,
- Des chirurgies du ventre comme une appendicite grave avec ouverture importante de l'abdomen lors de l'opération
- Tous les traitements du cancer, y compris ceux de l'enfance. ( François Oliiviennes et Laurence Beauvillard,2008, p.96).

## **7- Les Principales causes de la stérilité :**

Plusieurs facteurs entraînent la stérilité d'une femme d'origine hormonale ou ovarienne qui peuvent être très diverses et qui vont de l'absence d'ovulation à l'insuffisance de sécrétions hormonales, en passant par les anomalies congénitales ou les maladies poly kystiques de l'ovaire concernent 30% de stérilité féminines.

### **-Anovulation :**

L'anovulation ou l'absence d'ovulation peut être due à une anomalie ovarienne ou une anomalie hypothalamo-hypophysaire congénital ou acquise. Dans le cas les hormones sécrétées par les ovaires à savoir l'œstrogène et la progestérone sont basse.

### **-Dysovulation :**

Dysovulation représente la cause la plus fréquente d'infertilité, les ovaires micropolykystique(OPK) et les troubles de rupture folliculaire. (Zorn JR et Savale M, 2005, p.66) .

### **- L'endométriose :**

L'endométriose se définit comme la présence de tissu endométrial hors de la cavité utérine. L'endométriose interne ou adynomyose correspond à une colonisation du myomètre.L'endométriose externe touche essentiellement la femme de 20 à 40 ans et se trouve fréquemment associée à la stérilité ou l'hypofertilité. (Merviel P et AL, 2012, p .49)

### **-Anomalies des trompes :**

L'infertilité féminines sont 25% des cas dues à un obstacle et anomalie qui situant au niveau des trompes de Fallope. Le rôle de ces trompes est de capter l'ovocyte durant l'ovulation pour ensuite le transporter afin de rejoindre le

sperme. Une quelconque obstruction de ces trompes constitue donc un barrage à cette rencontre et empêche toute fécondation. 90% de ces obstructions sont dues à une infection. Une autre cause peut être des séquelles d'une opération chirurgicale.

### **- Causes cervicales :**

Toute anomalie de glaire cervical, sécrétée au niveau du col de l'utérus peut perturber d'une part l'ascension des spermatozoïdes, d'autre part leur maturation, et donc dans les deux cas empêche la fécondation.

Les causes de stérilité cervicale peuvent être :

- Une déséquilibre hormonal, la sécrétion des mucus étant Strogino-dépendante.
- Une lésion des glandes sécrétrices suite à une conisation Les signes de la stérilité chez la femme
- Une infection. - La présence d'anticorps anti spermatozoïdes.
- L'exposition in utero au Distilbène, pour prévenir les fausses couches ayant comme conséquences une absence de sécrétion de mucus et une malformation de l'utérus. (Bergone A, 2002, P .14)

### **- Anomalie de l'utérus :**

Les affections de l'utérus (malformations ou maladies) peuvent être à l'origine de stérilité en empêchant l'ascension des spermatozoïdes vers les trompes de Fallope ou, plus fréquemment, en ne permettant pas l'implantation ou le développement de l'embryon, et provoquant ainsi des fausses couches répétées.

Outre les malformations de l'utérus, les maladies à l'origine de ce type de stérilité sont les fibromes, les polypes de l'utérus, les infections provoquant une

inflammation de la muqueuse de l'utérus (endométrite) et l'accolement des plis internes de l'utérus (synéchie).

### **-Causes génétiques :**

Plusieurs étiologies génétiques ont été identifiées dans le cas de stérilité féminine. Certains gènes identifiés impliquent une modification dans la prise en charge de l'infertilité de la femme. Des anomalies génétiques peuvent se situer à différents niveaux. Elles peuvent atteindre soit le nombre de chromosomes comme dans les monosomies ou les polysomies, soit la structure des chromosomes comme dans les translocations et les délétions. (Mantoin J et Al, 2002, P .57).

### **8- Le traitement médical de la stérilité :**

Le traitement médical est essentiellement hormonal, et le plus indiqué quand la stérilité est due à des troubles de l'ovulation ou lorsqu'il y a une anomalie de la glaire cervicale. Ce traitement se base sur des médicaments qui vont stimuler l'ovaire pour réussir à obtenir une ovulation. L'un des médicaments prescrits dans ce genre de troubles est le Clomid (citrate de clomifène). En cas d'échec de celui-ci ou lorsqu'il y a une insuffisance de la glande hypophyse, des gonadotrophines sont prescrites.

### **-Les antibiotiques :**

Un traitement antibiotique est instauré devant tout contexte d'infection génitale, aussi bien chez la femme, l'infection étant la première cause de stérilité. Les antibiotiques sont prescrits en cas d'infection pendant 10 jours à 3 semaines en fonction du diagnostic associé parfois à des anti-inflammatoires.

**- Les traitements hormonaux :**

Le dérèglement hormonal peut avoir une répercussion sur la fonction de reproduction, aussi on peut avoir recours aux hormones pour pallier à leur absence ou insuffisance hormonal pour traiter les troubles de l'ovulation par des traitements hormonaux utilisés dans les cas suivants :

-Fibromes gênants, le traitement médical utilise des hormones féminines progestatives de synthèses.

-Des ovaires micropolykystiques, le traitement repose sur l'inhibition de l'ovulation par les oestroprogestatif.

-Le syndrome de Turne, les traitements utilisés pour argumenter la taille sont hormones de croissance(GH) et les œstrogènes utilisés pour induire un développement oestroprogestatif est prescrit ultérieurement. (Antoine JR et al ,2006 p.29).

**-Stimulation ovarienne :**

Stimulation ovarienne sont des injections de gonadotrophines (FSH, LH) pendant 7 à 12 jours vont stimuler le recrutement et de la maturation de multiples follicules ovariens. Les essais indiquent le temps de grossesse variant entre 30 et 50% selon l'âge de la patiente.

Un taux 25 à 30% de grossesse multiples a été rapporté. Ce risque peut être diminué par le transfert sélectif d'un seul embryon. (Luci Bertrand, 2003, pp35-36).

## **9- Les traitements chirurgicaux de la stérilité :**

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

### **-Le drill ovarien :**

Chez les patientes souffrant d'un syndrome des ovaires micro-polykystiques, cette technique réalisée par cœlioscopie consiste à effectuer des micro-perforations des ovaires afin d'obtenir des ovulations. Il faut réaliser entre 5 à 20 perforations profondes de 5 à 10mm.

### **-La libération d'adhérence entre les organes Pelvien :**

L'abdomen est une grande cavité. En cas d'infection (comme lors d'une appendicite compliquée d'une péritonite) il y a un risque de dissémination des germes dans tout l'abdomen. L'organisme se défend en fabriquant des « barrières anti-feux » (des adhérences) entre les différents organes. D'autres circonstances favorisent ces adhérences comme l'endométriose. Ces cloisons peuvent empêcher la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule. La libération de ces adhérences et l'utilisation de produits anti-adhérents dans l'abdomen tentent d'y remédier.

### **-la reperméabilisation tubaire :**

La reperméabilisation tubaire permet de rendre une trompe perméable après une stérilisation tubaire n'est possible que dans certaines conditions. La réussite est variable avec un risque accru de grossesse extra-utérine.

**-La myomectomie :**

Dans certains cas (peu fréquents) un fibrome peut gêner l'implantation ou le développement d'une grossesse. Avant de proposer ce geste, il faut s'assurer de la relation entre la présence du fibrome et l'infertilité. La myomectomie désigne l'ablation du fibrome.

Pour conclure on peut dire que les sciences médicales offrent avec le progrès moderne, diverse possibilités du traitement médical ou chirurgical pour soigner la stérilité chez la femme.(Charle C anstantine,2010,p.20).

**10- Techniques d'assistantes médicales aux procréations (AMP) :**

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

-Des inséminations artificielles (IAC avec sperme du conjoint ou IAD avec donneur).

-La fécondation in vitro (FIVETE, fécondation in vitro et transfert d'embryon).

-L'ICSI (Injection Intra Cytoplasmique Spermatozoïdes. (Zorn JR et Savale M, 2005, p.159)

**- Inséminations artificielles (IAC):**

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

**-La fécondation in vitro (FIV) :**

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

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

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

En conclure l'assistance médicale à la procréation a beaucoup évolué ces dernières années et offre beaucoup de moyens dans la prise en charge de la stérilité pour réaliser une procréation de manière artificielle par des praticiens agréés.

## **II-Aspect psychologique de la stérilité :**

### **1-L'état psychologiques de la femme stérile :**

Les répercussions psychologiques ont des plusieurs types, celles liées a la stérilité, tout ce que peut enjoinde des perturbations associe par des maladies : l'angoisse de la mort, l'isolement social, les mécanismes de défenses. Et celle liées à un travail de deuil, et à la défiguration de la féminité. Ça peut être plus ou moins long et passera par plusieurs étapes : la dévalorisation avec la perte de féminité, de la maternité, le dégoût de soi même, l'agressivité (colère ou refuse de communiquer), la culpabilité, l'angoisse face ou futur (la peur d'être abandonnée, le divorce). Ces répercussions psychologique influence la vie de la femme sur le plan sexuel, social et familial.

### **2-Le vécu psychologique de la femme stérile :**

#### **- La vie sexuelle de la femme stérile :**

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

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

conjugaux poursuivent un but procréatif, avec des rapports programmés, « Les vivent mal cette sexualité déshumanisée, copulatif, la psychanalyse beaucoup se plaignent de troubles sexuels et finissent par se désintéresser peu à peu à ce type de relation ». Aborder le problème de la sexualité qui est uniquement centrée sur l'unique objectif de « faire un bébé » et aider à retrouver le désir avec des jeux érotiques. (Darius R et al, 2002, P.109).

### **-La vie émotionnelle de la femme stérile :**

La vie émotionnelle avait une influence immédiate sur la fonction de reproduction, sur l'ovulation par exemple, mais l'incidence de la composante psychique de la stérilité était diversement appréciée. Les effets de l'émotion peuvent être retrouvés chez les deux partenaires, car la spermatogenèse peut aussi être modifiée, par la fatigue ou les stress psychiques. Ceci introduit déjà la question de la stérilité conjugale, car la dimension d'un couple ne saurait être négligée ni sur le plan somatique ni dans sa dynamique interactive. Il est certain que les aspects psychologiques influent sur le cycle féminin. Cependant, l'idée que certaines femmes ne seraient pas enceintes parce que inconsciemment elles ne veulent pas être enceintes, et aussi il y'a de cas de troublants comme des chocs psychologiques importants sont souvent évoqués par certains psychanalystes. Un choc émotionnel très important peut également perturber temporairement le fonctionnement du cerveau, de sorte que l'hypothalamus s'arrête de tourner à plein régime. Cette information est renvoyée à l'hypophyse qui la répercute sur les ovaires ou les testicules. (François Oliviennes, 2008, p.97).

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

Malgré la stérilité soit un fait du couple, la femme est la première victime. Ceci semble bien trouver une explication à travers la condition de la femme P. Menard décrit avec lucidité par ces titres : « Née pour travailler »

(travail domestique) « Née pour procréer » « Née pour se taire » la femme se voit parfois la première à être reconnue responsable ou cause de la stérilité du couple par son propre mari. Car la maternité trouve aujourd'hui dans ce que le social nomme « désir d'enfant » un préalable obligatoire sans lequel, sauf accidentelle n'est pas réalisée.

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

### **3-Les troubles psychologiques de la femme stérilité :**

Les femmes stériles sont tristes souffrent des épisodes d'anxiété et de stress émotionnel, et aussi douloureuse prescrite sauent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance chaque personne qui souffre d'un problème de stérilité, sa propre histoire et ses souffrances pouvant intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

**Le déni :** C'est la première étape de processus intervient souvent après une courte étape, nommée le choc de l'annonce ou la sidération de la personne ne réagit pas face à l'annonce et rejette l'information et mobilise une énergie considérable pour fuir sa souffrance et s'occupe pour ne pas penser.

**L'angoisse :** Représente le même genre de sentiment et sensation poussés à l'extrême : on a l'impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêché de respirer. Le cerveau est en panique et ne dirige plus grand –chose.

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

**La détresse :** La détresse est la conséquence de la stérilité pourtant que cette douleur préexiste souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance, chaque femme qui souffre d'un problème de la stérilité, sa propre histoire et ses souffrances interviennent à tout moment dans le processus de cette difficulté. (Monique Bydlowski, 2003, p.98) .

Pour conclure qu'un grand nombre de psychologues s'intéresse à ce type de pathologie est difficile d'admettre que la stérilité psychique soit définitive. C'est la raison pour démêler le mécanisme conscient ou inconscient et de trouver une solution thérapeutique pour la patiente qui le plus souvent désire une grossesse.

**4-Le soutien psychologique de la femme stérile :**

La stérilité pose des problèmes physiques et psychologiques spécifiques, mais des conseils généraux peuvent aider à faire face à tous les stades et à soulager le fardeau psychologique pour les partenaires :

-doivent être traversés ces moments difficiles ensemble.

-les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le psychologue.

-devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscient que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux.

-devraient lire le plus possible sur la stérilité et en parler avec des personnes ayant connu des problèmes similaires ; devraient lire le plus possible la stérilité et en parler avec des personnes ayant connu des problèmes similaires.

-devraient rechercher un soutien au couple auprès des amis, de membres de leur famille. Le couple tiendra mieux le coup s'il parvient à faire passer l'amour du conjoint avant son désir d'enfant. La parole et le dialogue restent les meilleures armes pour affronter ensemble la situation.

Enfin, le partage par le biais de groupes de paroles ou forums d'associations, apporte un soutien précieux, dont les couples auraient tort de se priver. Quelques entretiens avec un « psychologue » pour faire le point peuvent évidemment s'avérer très utiles. Mais c'est rarement le moment d'entreprendre une longue démarche de thérapie. . (Monique Bydlowski, 1997, P.99).

## **5-Thérapies psychologique de la stérilité :**

### **-Counseling :**

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

### **-Psychothérapie :**

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

### **-Les techniques de relaxation :**

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

**Synthèse :**

Le désir d'enfant a beau être présent, est un besoin naturel, mais également à la réalisation d'un rêve, l'expérience de la stérilité constitue pour tous un processus douloureux tant au niveau physique et psychologie. Mais l'impossibilité de mettre un au monde un enfant est vécu comme une malédiction rendant la situation insupportable pour les couples qui ne sont pas suffisamment solides pour surmonter cette épreuve difficile.

# **Partie Pratique**

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Préambule : .....	66
1- La pré-enquête: .....	66
2- La méthode de recherche: .....	68
3- Les techniques de recherche utilisées : .....	69
4-Le lieu de la recherche : .....	79
5- La population d'étude et leurs caractéristiques : .....	79
6- Les limites de la recherche :.....	81
Synthèse .....	81

**Préambule :**

Après la présentation de la première partie qui constitue le côté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de vérifier nos hypothèses émises au départ.

Cette partie comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche.

**1- La pré-enquête :**

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

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

L'importance de la pré-enquête apparaît dans la définition suivante : « la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées, de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (Omar Aktouf, 1987, p.102).

Autrement dit, la pré-enquête nous permet la découverte de notre terrain d'études et d'enrichir par des les références bibliographique et de pouvoir limiter et cerner notre thème de recherche, on améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'information. Comme elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité de notre guide d'entretien et notre échelle.

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

Nous avons effectué notre pré-enquête a Etablissement de Proximité de Santé Public (E.P.S.P) de Bordj ElKifene (Dargana) à Alger ou se trouve notre population d'étude qui représente les femmes stériles.

Le but de cette recherche est d'assurer de la fiabilité de notre recherche par rapport à l'existence de notre échantillon d'étude, la pertinence des hypothèses, et les conditions d'étude.

Ensuite, on informé ces femmes sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leur situations et aussi appliquer le test d'estime de soi de Cooper Smith qui nous permettra d'évaluera le degré de l'estime de soi chez les femmes stériles.

Durant le déroulement de la pré-enquête on a constaté chez la plupart des femmes stériles une sorte de timidité, le dégoût, le mal alaise et le manque de confiance en soi, ce qui a évoque en nous une curiosité de bien comprendre l'état psychique de ces femmes stériles.

Cette pré-enquête de quelque jour, nous a permis de construire le guide d'entretien et de nous assurer la présence de notre groupe de recherche sur le terrain, et le premier contact avec ces femmes stériles a été bénéfique pour le reste de notre recherche.

## **2-La méthode de recherche :**

Différentes formes de pratiques sont appliquées par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquêtes de populations restreintes, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appui et les obstacles du terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Afin de réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, qui est la méthode la plus convenable pour la description du concept de l'estime de soi, mais encore afin d'aborder la vie des femmes stériles.

Grâce à cette méthode, on va essayer de décrire l'ensemble des sujets, et tenter de vérifier les hypothèses émises grâce aux résultats de chaque échelle.

Donc notre travail de recherche, on a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles cliniques) afin de comprendre mieux le sujet de manière globale. (Chahraoui K et Benny H, 2003, p.125).

Dans notre travail de recherche en est basée sur l'étude de cas qui permet d'étudier et d'observer notre population de la recherche.

De plus, les études de cas s'avèrent fort utiles lorsque des considérations d'ordre pratique ou éthique ne permettent pas de faire appel à d'autres moyens pour recueillir des informations, ou lorsque des circonstances exceptionnelles rendent impossible l'étude de certaines questions d'ordre générale. (Carol Tarvis et al, 1999, p.39).

A partir de ce qui précède, on peut dire que l'étude de cas est la méthode la plus adéquate pour l'élaboration de notre travail de recherche.

### **3- Les techniques de la recherche :**

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en science humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude, sachant que notre travail porte sur l'estime de soi chez les femmes stériles, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'échelles de l'estime de soi dans le but de mesurer le niveau de l'estime de soi chez les femmes stériles, ainsi que l'entretien semi-directif car il permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche afin de confirmer nos hypothèses.

#### **1- L'entretien clinique semi-directif :**

Selon Medeine Grawitz l'entretien clinique est défini comme : « un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ». (François Déptteau, 2000, p.314).

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

Ce type d'entretien semi directif se définit comme : « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi, dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger - d'une façon semi directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations ». (Engers.M, 1997, P.144).

L'entretien semi-directif permet aux sujet de s'extérioriser librement après avoir posé les questions qui nous permettent de comprendre la situation actuelle de ces femmes et de connaître comment les femmes stériles ont vécu leur incapacité de procréer au sein de leurs famille et société, et aussi d'avoir leurs visions face à leurs stérilité.

## **2-Le guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (Anne-Marie Lavarde, 2008, p.194).

Nous avons effectué les entretiens en suivant un guide formulé à l'avance qui contient quatre(04) axes chaque axe contient un ensemble des questions qui visent à recueillir des informations concernant nos hypothèses et de compléter l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

**Axe 1 :** Les informations général sur le cas.

**Axe 2 :** Informations sur la stérilité.

**Axe 3 :** Informations sur la vie relationnelle.

**Axe 4 :** Les informations sur l'estime de soi.

**-L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :**

Définition de l'inventaire de l'estime de soi :

Pour mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'études, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi Cooper Smith (SEI).

Selon Cooper Smith le terme « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle).

L'inventaire a donc été pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper Smith, 1984, p.10).

L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonge a été ajoutée, le SEI (Self Estime Identité) comporte 58items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ».

Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte), la composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : sous échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire. Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

### 3- Cotation

La cotation de test SEI de fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith.

**Tableau n°2 :** présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Composante	Item	Numéro items	Réponses	Note
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi social	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi professionnelle	Positif	33-37-48	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

	Négatif	36-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

**Tableau n°3 :** présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

*Source :* inventaire d'estime de soi Coopersmith.

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi en plus une échelle de mensonge

**Tableau n°4 :** présente les sous échelles de l'estime de soi

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-63-41-45-50-50-53-58

*Source :* Coopersmith, 1984, p.10

**Le mode d'administration :**

L'administration de SEI peut être individuelle ou collective, la forme scolaire s'applique aux enfants et aux adolescents scolarisés, et la forme adulte aux personnes ayant terminé leur scolarité.

Au cours de l'administration il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explications, et aussi l'emploi du terme « estime de soi » doive être évité. (Coopersmith, 1984, p.10).

**4-La consigne d'administrations :**

La consigne d'administration de l'échelle est la suivantes :

Dans les passages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions, ou des réactions. Veuillez lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferrez une croix dans la case de colonne intitulée « me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferrez une croix dans la case de colonne intitulée « ne me ressemble pas ».

**5-Le temps de passation :**

Le temps de passation dure environ dix minutes.

**6-L'analyse et cotation de l'échelle de l'estime de soi :**

Le SEI se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction en compte un(1) par croix apparaissent a travers les réponses.

Les quartes notes ainsi obtenu : général, familiale, social, professionnel, seront inscrit sur la feuille de réponses.

La note totale maximum est de (26) pour l'échelle générale, (08) pour les autres échelles, elle est de (50) pour la note totale de l'estime de soi (Coopersmith, 1984, p.11).

La note de l'échelle de mensonge sera noter à part, elle peut d'indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne estime de soi.

L'interprétation de la note de l'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats obtenus à l'échelle de mensonge. (Coopersmith, 1984, p.19).

**7-Classement et interprétation :**

Après la cotation les réponses obtenues on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques aussi la note de l'échelle de mensonge.

Nos données se présentent se forme de fréquences et constituant donc des données quantitatives.

Pour l'interprétation de ses données on s'est basée sur deux tableaux, le premier tableau retrace le niveau total de l'estime de soi en cinq classes, le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (général, social, familial, professionnel et mensonge).

**Tableau n°5 :** Ce tableau présente le niveau d'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	<33	Très bas
2	33 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

*Source :* Intervention d'estime de soi de cooper smith

A partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. La première (<33) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évolution négative d'eux même. Ensuite la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, indicateur d'une évaluation positive du soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considérée comme une bonne estime de soi.

Enfin, la cinquième et la dernière classe(50) englobant les sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle considérée comme une note maximale. (Centre de Psychologie Appliqué (CPA), 1984, p.13).

**Tableau n°6 :** valeurs caractéristiques des échelles :

	Général	Social	Familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge
Moyennes	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3.22

*Source :* inventaire d'estime de soi Cooper Smith

Ce tableau précédent va nous aider à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est basse ou la plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée à cette échelle peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle, notons que la note maximum est 26 pour l'échelle générale, de 8 pour les autres échelles. Elle est (50) pour la note totale d'estime de soi.

### **8-Déroulement et application des outils d'investigations :**

On va récapituler les conditions de déroulement et l'application des outils comme de suit:

#### **9-Le déroulement de la pratique :**

On a réalisé la partie pratique de notre recherche au sein l'Etablissement de Proximité de la Santé Public (E.P.S.P) de Bordj El Kifene s'effectué notre population d'étude dans une période de temps qui s'étale du 01/04/2016 au 10/05/2016.

Durant toute cette durée on a trouvé tous les moyens nécessaires pour un bon déroulement de notre recherche car la stérilité est considérée comme un tabou pour ces femmes là.

Après avoir pris le consentement des femmes, on a commencé notre partie pratique par la passation de l'entretien ensuite l'inventaire d'estime de soi qui déroulé dans un cadre favorable.

Comme notre population d'étude ne comprend pas la langue française on été dans l'obligation de traduire en arabe ou en kabyle les questions pour arriver à acquérir des réponses.

On note aussi quand on a pris un temps plus long que prévu pour passer l'inventaire de l'estime de soi, étant donné qu'on a expliqué le sens et le contenu à nos sujets, afin d'avoir les bonnes informations sur ces femmes.

### **10-Le déroulement des entretiens :**

On a employé un guide d'entretien, qui se compose de (04) axes et dans chaque axe on trouve un nombre de questions, dans l'objectif de recueillir des informations qui vont nous aider à bien comprendre nos cas ainsi à vérifier nos hypothèses de recherche.

Pendant les entretiens semi directifs avec nos cas en manière individuelle, on a demandé si on peut écrire leurs réponses et ils ont accepté.

On a constaté chez certains cas une difficulté et une timidité de répondre à nos questions, mais malgré ça elles ont envie de continuer à parler sur leurs situations même après la fin de l'entretien.

Les entretiens ont pris un temps assez long et ont été fait totalement la traduction en kabyle et en arabe pour notre population d'étude.

### **11-La passation de l'inventaire :**

On a appliqué l'épreuve sur les cas d'étude dans une situation de face à face, on a donné la consigne de l'épreuve juste après la présentation de l'inventaire mais on été dans l'obligation d'expliqué les items on utilisant la

langue kabyle et arabe a cause de l'incapacité de nos cas de comprendre la langue française.

## **12-L'analyse des techniques de la recherche :**

### **-L'analyse de l'entretien :**

Dans l'analyse de guide d'entretien, on analysant chaque axe de l'entretien et on se basant sur le discours du sujet, on a démarré notre analyse par l'exposition de chaque cas brusquement par la suite l'analysé axe par axe.

### **-L'analyse et cotation de l'inventaire :**

L'analyse de l'inventaire de l'estime de soi est par la cotation de chaque items, on s'appuyé sur la grille de correction, en comptant un point par croix.

Les notes obtenues sont réparties selon les échelles : générale, familiale, sociale, professionnelle qui sera inscrites sur la feuille de réponse, par suite on va montrer les résultats obtenus dans des tableaux on s'appuyant sur le degré de l'estime de soi pour simplifier l'interprétation des données.

## **4- Le lieu de la recherche :**

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

Notre étude s'est déroulé au niveau de L'E.P.S.P de Bordj El- Kifene (Dergana) à Alger qui comprend les services suivent :

- on trouve à la rentrée : un service d'accueil et d'orientation, la régie, un bureau pour les œuvres sociales,

- pour les services médicaux, on trouve : un service de psychologie, service d'orthophonie, pédiatrie, service stomatologie, service maternité, chirurgie dentaire, médecin général, un médecin interne, un laboratoire, une pharmacie, ainsi qu'un service radiologie, et un service de l'ORL.

### **5- La population d'étude et leurs caractéristiques :**

Comme le thème de la recherche l'indique, notre travail se portera sur l'étude « les femmes stériles », a été choisi selon quelques critères que nous allons citer ci-dessous après, avoir obtenu leur consentement en leur expliquant la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et la passation d'une échelle de l'estime de soi ; nous avons constitué une population de cinq (05) cas.

#### **-Les critères d'homogénéités :**

Le choix de la population repose sur les critères suivants :

-Tous les cas de notre étude sont des femmes qui ont vécu une stérilité primaire.

-Tous les cas n'ont pas répondu au traitement.

-Pour l'âge des femmes : on a pris les femmes qui dépassent 35ans.

#### **-Les critères d'hétérogénéités :**

-Le niveau socioéconomique n'est pas pris en considération.

-Les caractéristiques de choix :( voir le tableau ci-dessous)

**Tableau n°7** : récapitulatif des caractéristiques de choix de la population :

Cas	Age	Niveau d'études	Situation professionnelle	Durée en couple
1 <sup>ère</sup>	41	Analphabète	Femme au foyer	11ans
2 <sup>ème</sup>	37	Primaire	Femme au foyer	7ans
3 <sup>ème</sup>	41	Primaire	Femme au foyer	5ans
4 <sup>ème</sup>	43	Universitaire	Radiologue	7ans
5 <sup>ème</sup>	37	Universitaire	Enseignante	11ans

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, le niveau d'étude, la situation professionnelle.

Concernant les noms des patientes, nous avons tenu à les changer pour garder l'anonymat complet.

## **6- Les limites de la recherche :**

Notre thème de la recherche se focalise sur l'évaluation de l'estime de soi des femmes stériles et la détermination des facteurs qui cause une faible estime de soi chez ces femmes. Notre travail sur le terrain est effectuée durant quarante jours à une fréquence de deux jours par semaines a partir du 01 avril 2016 jusqu'au 10 mai 2016, et consiste a la passation individuelle d'entretien et de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, aux femmes stériles présent pour leur consultations dans un cadre de travail favorable ayant par la présence d'un psychologue sur le lieu. Nous avons constitué une population de cinq(05) cas.

## **Synthèse :**

A travers ce chapitre méthodologique, nous avons essayé d'assurer une certaine organisation de notre travail de recherche, ce qui nous permis de

comprendre le déroulement de la démarche descriptive adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, mais aussi apprendre à l'utilisation des techniques à suivre telle que l'échelle de l'estime de soi, et le guide d'entretien qui nous permis à la vérifications de nos hypothèses.

## **CHAPITRE IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule .....	83
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith.....	83
2- Discussion des hypothèses .....	106
Synthèses.....	108

**Préambule :**

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif axe par axe, puis on va les analyser, et ensuite on passe à la présentation des scores de l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith. Cette analyse nous permettra d'accéder à des synthèses de chaque cas qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses par la suite.

**1-Présentation et analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith(S.E.I) :****-Présentation et analyse de l'entretien :****Le premier cas « Basma »**

Durant l'entretien avec cette femme on a remarqué qu'elle est très timide, et avec un grand cœur qu'elle a participé a cette entretien et de répondre à toutes les questions avec un peut de difficulté et une souffrance qu'elle la accompagné, et d'ailleurs on n'a pas pris beaucoup de temps pour elle d'expliqué la suite de procédure.

Axe n°1 : Les informations générales sur le cas

Il s'agit du cas du Basma, âgée de 41ans mariée depuis 11 ans, analphabète, femme ou foyer, issue d'une famille avec un niveau socio-économique moyen.

Axe n°2 : Les informations sur la stérilité :

La souffrance de Basma qui accompagné depuis 25 ans de son mariage sans enfant, c'est très difficiles pour elle de supporter la tristesse de cette stérilité qui se présente au niveau des trompe de Fallope, après 6ans de son mariage et

l'enfant pour Basma présente un rêve, elle dit : « Ltufan tafath adi3mran edenithiw. » c'est-à-dire que l'enfant me présente un rêve d'avenir qui va remplir sa vie. Et elle répondre avec une réticence : «ih lur ufigh ara imaniw imi tamatuth ilaq dunith-is atidhir-it kan i derryass » « la stérilité est un problème qui me souffre, car je ne peux pas être une mère qui sacrifie pour ses enfants. » et elle nous rajoute et les larmes pleine ces yeux aussi « thetefiyi lkhel3a hossagh dayane tewdiyid lmuth. » c'est-à-dire : « quand j'ai su que je suis stérile ,j'étais choqué, et j'ai senti vraiment que je suis morte. »,et les larmes remplis ses yeux .

Basma nous rajoute aussi : « taragh imaniw d rrif yewen ur ye3lim yessi !? imi yexuss uqcic aken ad reffdagh aqu-iw deguxam-iw » c'est a dire qu'elle a aucune valeur sans enfant, et quand elle voit une femme enceinte elle dit : « Madazragh tamatuth tette3assa ltufan asechebhen w seye3emer akham-is kechement-iyi tissemim imi nekk urezemirgh ara adehussagh iteyemat yellan degi» c'est-à-dire que Basma ressent toujours un sentiment de manque et de jalousie face au femme enceinte.

Axe n°3 : Informations sur la vie relationnelle avec l'entourage :

A propos ses relations avec sa famille, Basma souffre « deg ukham-iw lehidh ayewethen ayedyar wayedh deg thama tamghartiw iyette3asan zegi agrud amechtuh deg thama nidhen lhalynu » c'est a dire que sa belle mère elle se voit comme une femme inutile et de temps en temps elle entrain de projeter des termes qui augmente sa souffrance et sa tristesse, Basma redirais les paroles de sa belle mère et pleure « Ltufan tafath n ukham » c'est a dire l'enfant est la lumière de la maison , et ces termes va me créer des fatigues, des insomnies et le manque d'appétit, et pour les autres membre de la famille (beau père et beaux frères), Basma déclare qu'elle a une bonne relation avec eux.

Et pour l'accomplissement relationnelle avec son mari, elle annonce : « Argaziw d win iyifehmen d netta i ydittaran ruh7 it-ach ar likhsas igellan deg tudherthiw », Basma ressent la satisfaction de son mari, il a comblé le vide avec moi il me dit : « rebbi igh kethben anechetha ayen ideyussan s ghur rebbi le3selamas ur yelli achu ara nekhedhem », c'est à dire « c'est notre destin, on peut rien faire derrière le destin de Dieu. », et moi j'ai senti que mon mari me soutient malgré la souffrance qu'il a au fond de lui, mais il essaye toujours de la cacher. Et quand on a questionné Basma sur ses relations sexuelles avec son mari sa réponse était la suivante : « mes rapports sexuels sans enfant n'ont pas de sens. ».

Basma continue d'exprimer sa souffrance dans sa vie relationnelle au sein de son entourage on dit : « ma stérilité m'empêche de fonder des relations avec les autres femmes car je trouve des difficultés de s'intégrer dans le groupe car je me sens timide. »

Ajoutant à tous ça, Basma malgré sa difficulté de s'intégrer dans le groupe, elle est sociable par ce qu'elle souhaite toujours rester avec les autres.

Axe n°4 : Les informations sur l'estime de soi :

Basma présente une mauvaise opinion d'elle-même ; non satisfaite de son apparence, elle se sent qu'elle est inutile par rapport aux autres femmes qui ont des enfants.

Un sentiment de culpabilité remarquable chez Basma, affirmé par sa repense : « Ih taragh imaniw d sseba imi ur nese3 ara derya » c'est-à-dire « oui, je me sens coupable parce que c'est moi la cause de la stérilité de notre couple. », et à propos de regard des autres, Basma annonce : « ur hemelgh ara a ad ghidhagh l3ibad » c'est-à-dire le regard des autres me dérange, car je n'aime pas la pitié des autres.

À propos de ses projets et son regard vis -a vis de l'avenir Basma répond : « derya i dlssas n ukham » c'est-à-dire « l'avenir base sur ma construction d'une bonne famille. »

### **-Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Basma » :**

Les résultats obtenus dans l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de Basma seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau n°8 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Basma

Général	Social	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
09	05	01	05	20	06	Très bas

A partir des résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith, on a identifié une estime de soi très basse, avec un total de (20) cela démontre qu'elle a une évaluation négative de soi.

Elle affiche des résultats différents par rapport aux autres échelles, où elle présente un niveau inférieur par rapport à la moyenne sur l'échelle générale  $9 < 22,16$  ce qui était remarqué dans ses différentes réponses obtenus sur cette échelle ; l'exemple de l'Item N°47 : « je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir », sa réponse été (Ne me rassemble pas).

Ses résultats aussi à l'échelle sociale présente un bon niveau d'estime de soi ce qui explique qu'elle s'estime : par l'exemple d'item N°49 : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres », sa réponse été confirmé par (Ne me rassemble pas).

Basma a des mauvaises relations familiales qui influence négativement sur son estime de soi présenté dans l'item N°9 : « Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens », sa réponse été (Ne me rassemble pas).

Et sur l'échelle d'estime de soi professionnelle notre cas présente un score de (5<6,72) qui est inférieur par rapport à la moyenne, remarqué par le male satisfaite dans son travaille présenté dans l'item N°33 : « je suis fière de mon activité professionnelle », sa réponse été (Me rassemble pas).

Dans l'échelle de mensonge elle a obtenue la note de (06), elle est supérieure a la moyenne(3,22) ce qui signifie son attitude défensive vis-à vis du test est un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

### **Synthèse :**

D'une part, on constate d'après l'entretien, que Basma développe une mauvaise estime de soi concernant ses relations, sociales, et surtout familiales ainsi son adaptation à la stérilité, d'autre part, l'échelle de Cooper Smith indique que notre cas a une bonne adaptation sociale et une mauvaise adaptation familiale.

**Le deuxième cas « Imane »**

Avant de commencer notre entretien avec Imane, elle nous confirme qu'elle n'a pas l'habitude de parler de sa stérilité, la chose qui démontre le caractère tabou de cette stérilité par une sorte de timidité, mais au cours de temps Imane répond à toutes les questions avec un peu de difficulté.

**Axe n°1 : Les informations générales sur le cas**

Imane est une femme âgée de 37 ans mariée depuis 7 ans, elle est femme au foyer, issue d'une famille, avec un niveau socio-économique élevé, et un niveau d'étude primaire.

**Axe n°2 : Les informations sur la stérilité**

Ce qui concerne l'adaptation de Imane à son état est difficile car Imane présente une stérilité au niveau de malformation de l'utérus après 3 ans de son mariage ; la stérilité résume par une souffrance énorme suivie par la mort de son mot maternité, Imane dit : «imi ulach derya ur te3ichigh ara dunith-iw aken ilaq» c'est-à-dire « ma vie n'a pas de charme sans enfants. », et déclare aussi : « dhayen ur zemir agh ara ad hamellgh » c'est-à-dire « c'est bon je ne peut plus supporter ma stérilité. », et notre sujet à son état est très difficile est déclare : «nekk machi amteyidh ,nek ur se3igh ara derya ?? » , et Imane pleure « je me sens pas bien, je ne suis pas comme d'autres femmes qui ont des enfants. ».

Ajoutant aussi que les activités au foyer m'aident à oublier, elle affirme : « toujours, j'essaie au maximum d'être occupée par les activités de mon foyer qui influencent positivement sur ma vie. »

Imane nous a informé qu'elle éprouve un sentiment de jalousie vis-à-vis des femmes enceintes : « Ach7al tasmagh f lkhallat iglan s thadisth » c'est-à-dire

« quand je vois une femme enceinte il y'a une jalousie qui s'éclate au fond du moi. »

Quand Imane a entamé de représenter l'enfant, elle nous a dit : « Managh ltufan deg ukham iw aythi3emeren s thadhsa- ines, yarna ltoufan d lhiva n rebbi soubhano » c'est-à-dire « l'enfant pour moi est un désir qui fasse toutes mes souffrances, et l'avenir de nouveau bébé a la famille présente un trésor de Dieu pour un couple marié. »

### **Axe n°3 : Information sur la vie relationnelle avec l'entourage**

A propos du coté relationnelle, Imane est bien soutenue par ces beaux parents elle nous dit : « El hamdoulah, imgharniwe d l3uqal fehemen zran anechtha dayen igellan deg ufus n rebbi daymen semekthyniy-id s wanchtha » c'est à dire que « mes beaux parents m'ont soutenus et toujours ils me conseillent de croire vraiment au destin, et toujours me encouragent d'être solide pour accepter ma situation de stérilité. » Imane ajoute aussi : « Imawlaniw qimend s idhissan-iw dayan iyi3awnen ad veddagh wa ad rragh lahdhur n meden di rif » c'est-à-dire « d'après le soutien de ma famille, J'ai perdu l'intérêt pour le regard des autre pour moi, et ne m'empêche pas de fonder des relations au sein de la société. »

Concernant ces relations avec son mari Imane a une bonne relation avec son mari, elle confirme : « Argaziw ifahmiy-id ibed gher tamaw ikhedmi-yi hacha ayn ibghigh, akken ayisettu urfan ise3day usan n uset3fu-ines yidhi ittawiyi tt hawissagh » c'est-à-dire « mon mari est compréhensif, il essaie de m'occuper en voyageant pour oublier et aussi de me réaliser les choses que j'aime. »

Imane vit des difficultés sexuelles avec son mari est déclare : « le sens de la sexualité à changé pour moi depuis que j'ai su que je suis stérile. »

Axe n°4 : Informations sur l'estime de soi :

Malgré le bon soutien de la part de sa famille, Imane présente un sentiment de culpabilité : « imi ur se3igh ara darya dayen iyidjan adh7ussagh s argaziw w adafagh beli yela dachou ithikhussan » .c'est-à-dire « oui, le manque d'enfant empêche à détruire la chaleur relationnel avec mon mari. »

Concernant sa valeur dit : » Ih , s3igh lqima medan ak tqadarni-yi,irna ti3iqerth -iw ur ydekhdim ara akk agur » c'est-à-dire « oui, J'ai de la valeur, toutes les personnes me respecte, et ma stérilité ne présente pas un souci pour la valeur que je donne a moi-même ». Ajoutant que le regard des autres ne pose pas de problème puis elle déclare : « kul yiweth d acu issikethben ternna maci hacha nekki ur yetarewen ara » c'est-à-dire « je suis fière de moi, il existe beaucoup de femmes qui sont dans le même état que moi. »

Enfin quand on a abordé ses projets d'avenir Imane répondent avec une grande importance à celui là : « levegh-iw ad khedmagh tadukli iwaken ad3awnagh lkhalath ur yttarwen ara aken ad kemellent tudhert-nsent » c'est-à-dire « je souhaite créer une organisation qualitative sociale pour donner de l'aide à des femmes stériles. »

Présentation et analyse des résultats du l'échelle de l'estime de soi du cas « Imane » :

**Les notes obtenues dans l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de Imane seront présenté dans ce tableau comme de suite :**

**Tableau n°9 :**

Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
12	06	06	06	30	07	Très bas

D'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut, Imane a un niveau très bas d'estime de soi avec un total de (30), ce que démontre qu'elle a une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont inférieurs à la moyenne : (12 < 22,16), ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : L'item N°43 « je me comprends bien moi-même » sa réponse été (Me ressemble pas), ce qu'explique qu'elle présente une incertitude de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale, présentent un niveau proche de la moyenne (6 < 6,70) cela veut dire que notre cas est une femme sociable, exemple : dans l'item N°5 : « On s'amuse bien en ma compagnie. », sa réponse été (Me ressemble).

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, elle présent un score de (6 < 6,88) c'est-à-dire une note proche a la moyenne estimée, cela indique que cette femme a un bon soutien familiale.

Sur l'échelle d'estime de soi professionnelle, notre cas présente un score de (6 < 6,72) c'est-à-dire que cette note aussi est proche a la moyenne estimée présenté par des bonnes attachements professionnelles, ce qui indique l'item N°37 : « je fais toujours mon travail du mieux que je peux », sa repense été (Me rassemble)

Imane présente une attitude défensive vis-à-vis du test, ou bien un désir de donner une présentation de soi, ce qui est prouvé par son niveau supérieure par rapport a la moyenne (7 > 3,22) de l'échelle de mensonge.

### **Synthèse :**

On constate d'après cette analyse, que notre cas a un niveau d'estime de soi très bas « 30 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith.

Imane présente une basse estime de soi générale qui influence sur son estime de soi de son état générale.

Pendant l'entretien avec Imane, on a démontré qu'elle a un niveau de l'estime de soi très bas malgré des bonnes relations familiales et sociales et professionnelle obtenues par les résultats de l'inventaire, ce qui explique que la stérilité a influencé négativement sur l'estime de soi de Imane.

### **Le troisième cas « Mounia »**

Hors de l'entretien clinique, Mounia est apparue timide avec rougeurs de ces Joux, mais marqué par des encouragements de notre part pour enrichir et atteindre notre objectif .Mais ou fur et a mesure de l'entretien notre cas d'étude s'exprime plus librement.

**Axe01 :** Les informations générales sur le cas :

Mounia est une femme âgée de 41ans, mariée depuis 5ans sans enfant, femme ou foyer, d'un niveau d'étude secondaire, avec un diplôme du C.F.P.A en informatique, issue d'une famille avec un niveau socio-économique élevé.

**Axe02 :** Les informations sur la stérilité :

Au moment où nous avons interrogé Mounia sur sa stérilité qui présente des problèmes d'anovulation après 3 ans de son mariage : « Hussagh iruh7iyi ayn i y3zizen felli , dayen iyran th7ussgh itlam i3mmer tudherth- iw » c'est-à-dire « c'est vraiment très dure car j'ai ressenti que j'ai perdu une chose très

importante dans ma vie et je suis devenue empathique. La stérilité représente pour moi la fin de la vie qui est accompagné avec des douleurs et d'ombre qui pleines ma vie. »

Mounia éprouve un sentiment de haine en voyant une femme enceinte car elle déclare : « Tasmagh m ad azragh tamtuth ataraw th7sugh s likhsas inu » c'est-à-dire « au moment où je vois une femme enceinte je me sens que j'ai un manque, et différente par rapport à ces femmes. », et l'existence d'un enfant donne un charme pour la vie d'un couple marié.

**Axe03** : Les informations sur la vie relationnelles avec l'entourage :

Au sein de la famille, Mounia a des bonnes relations avec tous les membres de sa famille, ses beaux parents, et aussi ses beaux frères, elle déclare : « akham-nagh fahmn-iyi w nakini hemlaghthen » c'est-à-dire : « toujours, toute ma famille me comprend et je les aime bien. », et ce qui la favorise de sentir à l'aise, et que sa famille entraîne de s'occuper dans leurs projets de travail et de ne pas la laisser rêvasser ; car ils ont proposé de donner ses points de vue positive et négative accompagné par ses décisions, puis ils ont comme des considérations et de pratiquer sur le terrain.

Par rapport à ses décisions sont respectables cela est confirmé par ses dires : « mes décisions sont respectables surtout de la part de mon mari. » un signe qui indique que le sujet a des bonnes relations familiales ainsi sociales parce qu'elle déclare : « j'aime intégrer dans le groupe, facile de construire des relations avec d'autres personnes ».

Mounia continue de nous raconter : « nekki ur hemlagh ara ad qimagh wehedi ,hemellagh ad qimagh akked d lghachi w adhqseragh yidh sen aken ad hussagh machi hacha nekk igese3an uguren » c'est-à-dire « je n'aime pas rester

seule, je préfère souvent discuter avec des gens » ; c'est à dire que Mounia considère les gens instruites comme un modèle pour elle.

Et ce bon soutien familiale rends Mounia de plus en plus une femme instruite qui partage les responsabilités de travail avec sa famille, et surtout son mari ; « Argaz-iw itehadhar-iyi w ykhedem ak ayen yellan deg ufus-is akken aayisefrah » c'est-à-dire « mon mari c'est un homme vraiment adorable qui sacrifie pour que je serais heureuse ».

Sur le plan sexuel Mounia nous a confirmé qu'elle vit en difficulté car sa stérilité est influencée négativement sur son état psychique.

#### **Axe04** : Informations sur l'estime de soi

Mounia développe une bonne estime de soi vis-vis de soi : « je suis satisfaite de moi-même », mais le sentiment de culpabilité est remarquable chez Mounia, elle nous dit : « tallayagh itghitiyi urgaziw imi ur zmirgh ara athidasfarh7agh s ugrud ad irfedhen ismis » c'est-à-dire « je me sens coupable quand je pense a notre couple sans enfant et que mon mari veut quelque chose que moi ne peux pas lui donner ». Et Mounia continué de raconter sur ses accomplissements de son rôle et déclare : « oui, j'ai ressenti de la satisfaction de mon mari ».

Et concernant sa valeur dit : « azal-iw ger meden ibed ,macha aregaz-iw yernayi kera » c'est-à-dire « oui j'ai de valeur, toutes les personnes me respecte et surtout mon mari ». Ajoutant qu'elle s'intègre facilement dans le groupe et de fonder des relations facilement au sein du travail ».

Mounia est optimiste, elle a des projets dans son avenir à réaliser ce qui confirme par ces dites : « nechallah hacha revah ad yellin » c'est-à-dire « oui, j'ai toujours une visions positives pour l'avenir ».

### **-Présentations des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas(3) « Mounia » :**

Les notes obtenues dans l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de Mounia seront présenté dans ce tableau comme suite :

**Tableau N°10 :** les résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas Mounia

Générale	Sociale	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
19	08	07	07	41	07	Moyen

### **Analyse de l'inventaire de l'estime de soi :**

D'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut, Mounia présente un niveau d'estime de soi moyen.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont inférieurs à la moyenne : ( $19 < 22,16$ ), ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : L'item N°12 « C'est très dur d'être moi » sa réponse été (Me ressemble), ce qu'explique qu'elle présente une incertitude de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale, présente un niveau supérieure de la moyenne ( $7 > 6,70$ ) cela veut dire que notre cas s'estime est qu'aime s'intégrer dans la société, exemple : dans l'item N°49: « Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres. », sa réponse été (Ne me ressemble pas).

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, elle présent un score de ( $7 > 6,88$ ) qui supérieure de la moyenne c'est-à-dire :une très bonne note estimée, cela

indique que cette femme a un très bon soutien familiale. Ce qui est confirmé dans ces deux items : item N°09 : « Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens », item N°20 : « Ma famille me comprend bien », sa repense été (me ressemble).

Sur l'échelle d'estime de soi professionnelle, notre cas présente une note supérieure au score de (7>6,72) c'est-à-dire que cette note présente le résultat des très bonnes attachements professionnelle ce qui est indiqué par l'item N°37 : « je fais toujours mon travail du mieux que je peux », sa repense été (Me rassemble)

Mounia présente une attitude défensive vis-à-vis du test, ou bien un désir de donner une bonne présentation de soi, ce qui est prouvé par son niveau supérieure par rapport a la moyenne (7>3,22) de l'échelle de mensonge.

### **Synthèse :**

On constate d'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présente dans ce tableau en haut que notre cas a un niveau d'estime de soi moyen « 41 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire.

Mounia présente une basse estime de soi générale qui influencé sur son estime de soi de son état générale provoqué par la stérilité.

Pendant l'entretien avec Mounia, on a confirmé qu'elle a un niveau de l'estime de soi moyen malgré des bonnes relations familiales et sociales et professionnelle obtenues par les résultats de l'inventaire.

### **Le quatrième cas : « Nadia »**

Durant l'entretien avec le sujet on a remarqué qu'il est content de participer à cette recherche et de répondre à toutes les questions sans difficultés.

#### **Axe n°1 : informations générales sur le cas**

Il s'agit du cas de Nadia, âgée de 45ans, mariée depuis 7ans, a un niveau d'étude universitaire, radiologue, issue d'une famille, avec une situation socio-économique moyenne.

#### **Axe n°2 : Informations sur la stérilité**

Nadia a rendu compte de sa stérilité après 2ans de mariage, et depuis, elle a perdu l'espoir, elle a ressenti un dégoût qui lui a fait perdre l'attente du bonheur, parce que, quand nous l'avons interrogé par la question suivante : « quelle est votre réaction quand vous avez su que vous êtes stérile? » sa réponse été « hassit ssma tahet 3la rassi » c'est-à-dire elle voit une difficulté dans tout ce quelle entreprend, et cela explique le sentiment d'incapacité de notre sujet.

Nadia nous a déclaré qu'elle aime beaucoup les enfants, et tellement elle les aime, elle voit l'enfant comme une chose idéal, exemple : lorsque nous l'avons interrogé de la signification de l'enfant pour elle, sa réponse été : « howa zinato el-Hayat » ce qui signifie pour elle que l'enfant est le bonheur du monde, et sa vie sans enfant n'est pas une vie, et là, on a remarqué que le sentiment de la culpabilité persiste sur la conscience de Nadia.

#### **Axe n°3 : Information sur la vie relationnelle**

Sur le plan relationnel, Nadia vit des difficultés d'adaptation avec l'entourage et avec sa belle famille, surtout avec sa belle mère qui la méprise et

qui la considère comme une femme grande, incapable et inutile, elle nous a dit : « la famille ga3 hagrati » c'est-à-dire qu'elle se sentait marginalisé et méprisé.

Concernant sa relation avec son mari, Nadia dit : « je sais que mon mari m'aime beaucoup, il comprend bien ma situation, mais je sais aussi qu'il souffre en cachette » c'est-à-dire qu'elle sent parfois de la culpabilité surtout lorsque elle pense à son mari.

Sur le plan sexuel, notre interlocutrice vit aussi des difficultés dans ses relations sexuelles avec son mari, elle nous dit : « je ne vois pas de sens dans cette relation s'il y aura pas d'enfants » se qui explique que la vie sexuelle n'a pas de sens pour cette femme, on a trouvé qu'elle a même perdu l'envie de continuer sa vie avec son mari au point qu'elle demande le divorce, mais son mari n'a pas accepté, il a compris qu'elle est sous le choc, donc il a refusé de se séparer avec elle.

#### **Axe n°4 : Informations sur l'estime de soi**

Nadia n'est pas satisfaite de son apparence, elle a une mauvaise opinion d'elle-même, elle se sent inutile et qu'elle n'a aucune valeur, elle annonce : « la chose qui est plus importante dans cette vie, je ne peux pas l'avoir », elle rajoute : « je me sens que je suis inutile »

Un sentiment d'incapacité est remarquable chez cette femme. Affirmé par sa réponse lorsque nous l'avons interrogé par la question suivante : « est-ce que vous arrivez à gérer psychologiquement votre situation de stérilité », elle nous a dit : « non, je ne peux pas, j'ai essayé mais ce n'est pas de tout facile », ce qui explique la soumission de cette femme devant sa situation de stérilité.

On a remarqué aussi un sentiment de culpabilité chez Nadia, elle se sent coupable parce qu'elle voit que c'est elle la cause de la situation de stérilité,

Lorsque nous avons interrogé Nadia si elle a des projets à réaliser dans l'avenir, sa réponse été ; « moi je voulais adopter un enfant, mais mon mari n'a pas voulu, donc je ne vois pas une vie heureuse sans enfants », elle rajoute : « rana n3icho bla fayda » c'est-à-dire qu'elle vie sans aucun bénéfice.

### **-présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi du cas (4) « Nadia »**

Les notes obtenues dans l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de Nadia seront présenté dans ce tableau comme suite.

**Tableau n°11 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Nadia.**

Générale	Sociale	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
09	04	03	06	22	05	Très bas

### **-Analyse de l'inventaire de l'estime de soi :**

La lecture des résultats montre que le sujet a un niveau d'estime de soi très bas, avec un score total de (22).

Elle affiche des résultats inférieurs par rapport à la moyenne dans toutes les échelles, ou elle présente un niveau inférieur par rapport à la moyenne sur l'échelle générale ( $9 < 22$ , 16) ce qui était remarqué dans les différentes réponses obtenus sur cette échelle, par exemple : dans l'item N°15 « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » sa réponse été me ressemble.

Sur l'échelle sociale le score est inférieure à la moyenne ( $4 < 6$ , 70) ce qui démontre que le sujet a une mauvaise estime de soi au niveau social, cela prouvé par ses réponses aux items de cette échelle, l'exemple de l'item N°49 : « je suis mal alaise dans mes relations avec les autres personnes »sa réponse été confirmé « me ressemble ».

Les résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale marquent aussi un niveau très bas par rapport à la moyenne ( $3 < 6,88$ ) ce qui démontre que Nadia mène une vie familiale marquée par une instabilité, elle se sent pas aimable par son entourage familial, exemple : dans l'item N°20 « ma famille me comprend bien » sa réponse été « me ressemble pas »

Le score de l'échelle professionnel est proche par rapport à la moyenne ( $6 < 6,72$ ) ce qui indique que Nadia ne trouve pas du mal à s'intégrer dans le milieu professionnel, on peut donner l'exemple de l'item N°33 « je suis fière de mon activité professionnelle » la confirmation de la réponse le prouve.

Revenant à l'échelle de mensonge, elle affiche un score supérieur par rapport à la moyenne, ( $5 > 3,22$ ), ce qui veut dire que notre sujet a une grande attitude défensive vis-à-vis du test, et un désir de donner une mauvaise image de soi.

## **Synthèse**

D'après l'entretien, on constate que Nadia souffre de problème d'ordre relationnel. Elle présente une mauvaise estime de soi concernant ses relations familiale et sociale.

On remarque que la stérilité a influencé négativement sur ses relations socio-familiales.

Hors, on a trouvé d'après le score de l'échelle professionnelle ( $6/6,72$ ) que Nadia ne trouve pas du mal à s'intégrer dans le milieu professionnel et a une puissance à gérer son travail convenablement.

Mais selon la note totale de l'inventaire de Cooper Smith ( $18 < 42,46$ ) on remarque que Nadia présente une faible estime de soi.

### **Le cinquième cas : « Nassima »**

Au début de l'entretien avec Nassima, on a remarqué une sorte de timidité chez elle, mais au cours de temps, avec un renforcement et un encouragement de notre part, notre cas apparut à l'aise et elle s'exprime librement.

#### **Axe n°1 : Informations générales sur le cas**

Nassima est une femme âgée de 45ans, mariée depuis 11ans, a un niveau d'étude universitaire, prof de Français, et d'une situation socio-économique élevé.

#### **Axe n°2 : Informations sur la stérilité**

Dans cet axe, Nassima n'a pas pu s'adapter à son état de stérilité facilement. Lorsque nous avons interrogé cette femme : qu'elle était sa réaction quand elle a su qu'elle est stérile, elle nous a dit : « hassit Rohi fchalt, dégoutit w gta3t l'yass f denya » c'est-à-dire qu'elle a ressenti de la faiblesse et un dégoût qui lui a fait perdre l'attente du bonheur.

Et lorsque nous l'avons interrogé sur la signification de la stérilité pour elle ; elle nous a répondu : « c'est un cauchemar pour moi » ce qui explique la gravité de l'effet causé par sa maladie, c'est une expression qui résume une souffrance psychique que vit cette femme.

Elle rajoute: « wahed ma yekder yethakem f had el -mard », c'est à dire: N'importe qui ne peut gérer cette situation de stérilité, cette repense révèle le sentiment d'incapacité de Nassima. Elle se voit incapable faire face à cette maladie qu'elle considère comme unique en son genre.

**Axe n° 3 : Informations sur la vie relationnelle**

Sur le plan relationnelle, Nassima vit en conflit avec les membres de la belle famille, commençons par son mari dont elle pense qu'il la considère comme indésirable. Elle dit « hassit Rajli y3ich m3aya bessif » c'est-à-dire qu'il s'efforce de resté avec elle.

Ce qui augmente la souffrance de Nassima c'est le regard de sa famille envers elle. Elle nous a parlé de sa belle famille qu'est exercé sur elle en nous disant : « toujours ana li nesskoute même si 3andi lhak » c'est-à-dire « j'obéis toujours même si j'ai raison ».

Le cas a continué d'exprimer sa souffrance dans sa vie rationnelle en disant « Je n'assimile pas facilement au sain de groupe » au même temps elle ajoute : « même dans mon travail, j'aime rester seule » ce qui nous a conduit à remarquer que notre sujet trouve des difficultés pour s'intégrer dans le groupe.

Lorsqu'on a questionné Nassima sur ses relations sexuelles avec son mari. Elle a observé un long silence, après elle nous a déclaré que tout aller bien, c'est un silence qui exprime une longue réflexion intérieure. Un silence pendant lequel on a pu lire une hésitation de la part de notre interlocutrice. Finalement elle a décidé de ne pas nous en parler.

**Axe n°4 : Information sur l'estime de soi**

Nassima a une mauvaise image d'elle-même, elle ne s'accepte pas comme elle est, c'est-à-dire, le fait qu'elle est stérile influence négativement sur son image et sa valeur personnelle.

Quand nous l'avons interrogé par la question suivante : « vous sentez-vous coupable quant vous pensez à vote couple sans enfants » sa réponse été : « par fois je me dis, qu'est-ce que j'ai fait dans ma vie pour que le dieu me punit

maintenant », cela explique le sentiment de culpabilité dont souffre cette femme, car elle est entrain de s'accuser elle-même.

On remarque que le malaise de notre sujet et le non satisfaction de son apparence, provoque en elle une représentation négative à son estime de soi qui offre une mauvaise perception de l'avenir.

### **Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas(05) de « Nassima »**

**Tableau n°12:** les résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Nassima ».

Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau
10	03	01	04	19	04	Très bas

#### **-Analyse de l'inventaire de l'estime de soi :**

D'après le tableau, le cas a un niveau d'estime de soi très bas avec un total de (11), cela démontre qu'il a une mauvaise évaluation de soi

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieurs à la moyenne (11 < 22,16) ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple: l'item n°51, ou elle confirme qu'elle a trouvé honte d'elle-même, On peut expliquer cela par le fait qu'elle ne s'accepte pas tel qu'elle est, donc elle est sous estime.

Sur l'échelle d'estime de soi social, le score est inférieur par rapport à la moyenne, où elle présente (3 < 6,70) Exemple: l'item n°49, elle confirme qu'elle est mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes, ce qui signifie que le sujet ne s'adapte pas bien avec son milieu.

Son résultat dans l'échelle d'estime de soi familiale est de (1) ce qui indique un niveau très bas par rapport à la moyenne estimé à (6,88) ce qui indique que notre sujet vit des difficultés dans son milieu familiale. L'exemple de l'item d n°29 « je passe souvent de bons moments en famille » sa réponse été « me ressemble pas »

Son score au niveau de la sous échelle professionnelle est de (4) une note inférieure en référence à la moyenne estimé à (16.72) ce qui indique que notre cas manifeste une estime de soi professionnelle très basse, l'exemple dans l'item n°17 ou elle confirme qu'elle est souvent mal à l'aise dans son travail.

Dans l'échelle de mensonge. Nassima présente un niveau supérieur par rapport à la moyenne ( $4 > 3,22$ ) ce la veut dire qu'elle présente une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir de donner une mauvaise image de soi.

## **Synthèse**

La concordance entre les données obtenues au cours de l'entretien et du test d'estime de soi qui est de (19), ce qui correspond à un niveau d'estime de soi très bas comme il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith ( $< 33$ ).

D'après cette analyse on remarque que la stérilité a influencé négativement sur notre cas dans l'ensemble des sous-échelles, le regard des autres a une influence négative sur ce sujet.

Selon la note total de l'inventaire de Cooper Smith ( $19 < 42,46$ ) on a trouvé que Nassima a une faible estime de soi.

**-L'analyse des résultats de l'échelle :****Présentation et analyse des résultats du test(S.E.I) :****Tableau N°13 : Résultats du test**

<b>Résultats du test les cas</b>	<b>Général</b>	<b>Sociale</b>	<b>Familiale</b>	<b>Professionnelle</b>	<b>Total</b>	<b>Mensonge</b>	<b>Niveau d'estime de soi</b>
<b>Basma</b>	09	05	01	05	20	06	Très bas
<b>Imane</b>	12	06	06	06	30	07	Très bas
<b>Mounia</b>	19	08	07	07	41	07	Moyen
<b>Nadia</b>	09	04	03	06	18	05	Très bas
<b>Nassima</b>	11	03	01	04	19	04	Très bas
<b>Moyenne</b>	12	5,5	3,6	5,5	25,6	5,8	Très bas

**Interprétation de tableau :**

D'après ce tableau on a inscrit les résultats de l'inventaire de l'estime de soi obtenu de nos cinq (05) cas, on constate que le niveau d'estime de soi qui est très bas dans la plupart des cas se qui signifie que la stérilité influe négativement sur l'estime de soi contrairement au cas(3) de « Mounia » qu'elle a obtenu des notes moyennes se qui signifie que « Mounia » a un niveau un peu plus élever par rapport au autres cas.

**2-Discussion des hypothèses :**

Après avoir présenté et interpréter les résultats obtenus dans notre pratique (résultats du test de Cooper Smith et de l'entretien clinique semi-directif).On arrive à la phase de discussion des hypothèses, afin de confirmer ou bien d'infirmer nos hypothèses.

A partir de l'analyse des résultats du test de l'estime de soi, on a confirmé nos hypothèses comme suit :

- Notre première hypothèse suppose que les femmes stériles présentent une faible estime de soi à des degrés divers, on a enregistré d'après les résultats de l'échelle de (S.E.I) les divers niveaux de l'estime de soi chez ces femmes. On a trouvé que quatre (04/05) de nos cas manifestent une faible estime de soi avec un degré très bas, cela indique véritablement que la stérilité a influencé négativement sur l'estime de soi de ces femmes avec des degrés divers,

Le cas (1) a obtenu un score de (20), ainsi le cas (2) a obtenu un score de (30). Le cas (4) a un score de (18), et finalement le cas (5) a obtenu un score (19) sur l'échelle de l'estime de soi.

Selon les classes présentés à l'inventaire de Cooper Smith (<33) ces femmes présentent un niveau très bas d'estime de soi.

On trouve que les femmes (1), (2), (4) et (5), qui sont atteint de stérilité, ont une basse estime de soi, et ceci reflète la souffrance psychologique de ces dernières (stress, agressivité, dépression...) engendré par plusieurs facteurs, essentiellement, la culpabilité, le regard des autres, et le sentiment d'incapacité.

De ce fait, on a déduit que notre première hypothèse est confirmée.

-Concernant la deuxième hypothèse qui suppose que les femmes stériles trouvent des difficultés d'adaptation dans leur entourage, on a constaté à travers l'échelle familiale et sociale de l'inventaire (S.E.I) de Cooper Smith que le niveau d'adaptation socio-familiale est faible dans la majorité de nos cas.

On remarque que, les cas (1), (4), (5), ont une mauvaise adaptation sociale et familiale, cela explique que ces femmes trouvent des difficultés à s'intégrer dans le milieu socio-familial à cause de leur stérilité.

Les cas (2), (3) ont une bonne adaptation socio-familiale, cela explique que ces deux femmes s'adaptent au milieu socio-familial malgré leur stérilité.

Cela indique que notre deuxième hypothèse est affirmée par rapport aux trois cas (Basma, Nadia et Nassima) et infirmé par rapport aux deux cas (Imane et Mounia).

Pour conclure, on a compris durant cette étude que la stérilité influe négativement sur l'estime de soi de notre population d'étude à des degrés divers d'un cas à l'autre.

On a remarqué aussi que la majorité de nos cas présentent une bonne adaptation sociale et familiale malgré leur stérilité.

**Synthèse :**

En somme, les résultats de notre recherche ont pu mettre en évidence l'ampleur de la stérilité sur l'estime de soi des femmes stériles, et décrire les facteurs qui peuvent influencer sur l'adaptation de nos cas dans leurs environnements socio- familiales, afin d'évaluer le degré de l'estime de soi chez cette catégories des femmes.

# CONCLUION

### **Conclusion :**

L'estime de soi l'une des conditions qui mène à la réussite et à la réalisation de soi. L'opinion que l'on a de soi, les dialogues inférieurs que l'on entretient qu'ils soient conscients ou non, influenceront nos choix et la façon dont nous organiserons notre vie, cela par conséquent déterminera les résultats en termes de succès et de satisfaction personnelle.

L'objectif de notre étude de recherche est de cerner l'influence de la stérilité sur l'estime de soi de ces femmes ayant une incapacité à procréer.

Plusieurs recherches ont démontré que la stérilité influence négativement sur l'estime de soi. À partir des résultats de notre recherche sur l'estime de soi chez les femmes stériles pour savoir si les femmes stériles se caractérisent par une estime de soi négative, et aussi si leur stérilité présente une incapacité de s'adapter dans leurs entourages.

Pour la réalisation de ce travail nous avons choisi une population de cinq (05) cas que nous avons utilisés deux outils de recherche qui sont l'entretien semi-directif et le test d'estime de soi de Cooper Smith (S.E I) ; grâce à cette technique on a pu évaluer le niveau d'estime de chacune de ces femmes stériles.

D'après les résultats des données on a confirmé notre hypothèse qui s'oppose que les femmes stériles présentent une faible estime de soi à des degrés divers d'un cas à l'autre.

En effet ; on a déduit que la plupart des cas présentent un sentiment d'incapacité et de culpabilité, perturbations sur le plan relationnel et sexuel.

Enfin, la femme stérile a besoin d'un soutien familial est une prise en charge psychologique afin de s'adapter à sa stérilité.

# **Bibliographie**

## Liste bibliographique

### Ouvrage :

1. Adam cash(2004), « la psychologie pour les nuls », Paris, first. –
2. Alaine de broca, (2006), « Deuil et endeuillé », 3<sup>émé</sup> édition, Masson, Paris.
3. André Christophe et Coll, (1996), « l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Paris, Odile Jacob.
4. Anne-Marie Lavarde(2008), « guide méthodologique de la recherche en psychologie », Bruxelles, de Boeck.
5. Blanc.c et Boubli,(1993) ? « Génécologie », 2<sup>émé</sup> édition, Bradel, Paris.
6. Bruner. J, (2000), « comment les enfants apprennent à parler », Paris Edretz
7. Bydlowshi.M, (1997), « Dette de vie », 1<sup>er</sup> édition, presses universitaires de France.
8. Carol Tarvis et Coll, (1999), « introduction à la psychologie » : les grandes perspectives, Bruxelles de Boeck.
9. Coopersmith,(1967), « des antécédents de l'estime de soi », Paris, San Francisco. C A, Freeman.
10. Coopersmith(1984), « l'inventaire d'estime de soi », Paris, centre de psychologie appliquée(CAA)
11. Dairus R et al,(2003) ? « PSYCHO ANCOLOGIE », Masson, Paris.
12. Delphine, Martino,(1995), « le soi, les approches psycho-sociales », presse universitaire de Grenoble.

- 13.Elaine N,(2005), « Anatomie et psychologie humaine », 6<sup>ème</sup> édition, Pearson, Education.
- 14.Engers/M,(1997), « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines », université d'Alger, Kasbah.
- 15.Francoie Olivienne,(2008), « N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant », édition Odile, Jacob Amayon, France.
- 16.Jean Marc Stephan,(2011), « Assistance médicale à la procréation », Paris.
- 17.J-Mantoinne,(2002), « De la conception à la naissance », Masson.
- 18.Jean-Pierre Famouse et Florence Guérin, (2002), « connaissance de soi et estime de soi », Edition, Armand Colin, Paris.
- 19.Josane de Saint Paul(1999), « estime de soi, confiance en soi », Inter Editions.
- 20.Hafner.J.L (2003), « la reproduction humaine », 1<sup>er</sup> édition de boeck, université, Paris.
- 21.Hedon B et al,(2006), « Assistance médical à la procréation », Paris, Eska.
- 22.Germain Duclos, 2000, « L'estime de soi, un passeport pour la vie », Edition Duned.
- 23.K. H, Chahraoui, H. Benoy H, (2003), « l'entretien clinique » Paris, Duned
- 24.Lansac.J,(1994), « Gynecologie pour le praticien », 5<sup>ème</sup> édition, Paris
- 25.Lécuyer R, (1978), « Le concept de soi », PUF, Paris

26. Luc Albarello, (2003), « Apprendre à chercher : acteur social et la recherche scientifique », Bruxelles, de boeck.
27. Macha Meril, (2008), « Un jour je suis morte », Albin Michel
28. Mimoun S, (2003), « Des maux pour le dire », J'ai lu.
29. Omar Aktouf, (1987), « Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations », Québec, HEG presses.
30. Patrick Menrad, (1984), « La vie quotidienne des couples mariés », Paris
31. Pervin A.L, John O-P- (2005), « la personnalité de la théorie à la recherche », Bruxelles, Edition du Boeck.
32. René L'Ecuyer, (1994), « Le développement de concept du soi : de l'enfance à la vieillesse », Canada, PUM.
33. R. Perron, (1991), « image de soi statu social », Québec
34. Serge Netchine, (1996), « psychologie sociale », Paris, Bréal.
35. Simon L. Dolan – André Arsenault, (2009), « Stress, estime de soi, santé, travail », presses de l'université de quebec.
36. Zorn. J. R, M. Savale (1999), « stérilité de couple » 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.
37. Zorn. J. R, M. Savale, (2005), « la stérilité du couple ».

**Dictionnaire :**

Le petit Larousse de la psychologie, (2005), Edition Larousse

**Liste de revues :**

1. Bergone A, (2002), Biothique : le point du vue d'un praticien le concoure médical, n°124,6,398-9.
2. Cedrein Durnerin I, (2002), « Stratégie diagnostique et thérapeutique de la stérilité »le concoure médical n°124-19,1267-73
3. Claud Noëlle. Pichomann, (2001), actualité d'un symptôme féminin. La stérilité psychique.
4. David George,(1991), La stérilité masculine, le déni du mal, le genre humain , N° 10.
5. Illan, Lowy(2000), Assistance médical à la procréation(AMP) et traitement de la stérilité masculine en France, science sociale et santé, volume 18. N° 4.
6. Shavelson,R.J, et Bolus,R,(1982), Self concept ; The interplay of théorie and methode, journal of educational psychology, n° 74,3-17

**Liste des thèses :**

1. Bertrand lucie, (2003), traitement actuel de l'infertilité dans le cadre de l'assistance médical à la procréation, université Henri poincare, Nancy,1, France.
2. Docteur Deshayes, (2005), « Chirurgie de la stérilité », thèse de doctorat en gynécologie obstétrique, France.

**Sites internet :**

1. <http://www.chu.Toulouse.Fr> (17-03-2016/16 :30)
2. <http://www.chu.toulouse.Fr/inséminationartificielle>.(27-04-2016/20 :05)
3. [http://www.Amel.Fr/stérilité ou infertilité](http://www.Amel.Fr/stérilité_ou_infertilité) (30-08-2016/13 :00)
4. [http : /www.algeriepyrness.Com](http://www.algeriepyrness.Com) (20-02-2016/14 :23)
5. <http://www.materno.Com> (02-03-2016/ 21 :05)
6. [http://www.psychologie.com/Dic- psychologie/ Adaptation](http://www.psychologie.com/Dic-psychologie/Adaptation)

# Annexes

# **Annexe N°1 : Guide d'entretien**

## **AXE I : Informations sur la vie personnelle :**

1-Quel est votre nom ?

2-Quel est votre âge ?

3-Quel est votre niveau d'étude ?

4-Quel est votre profession ?

5- Quel est votre situation socio-économique ?

## **AXE II : Informations sur la stérilité :**

1-Quel est votre réaction quand vous avez su que vous êtes stériles

2-Que représente la stérilité pour vous ?

3-Depuis quand vous êtes au courant de votre stérilité ?

4-Quel est votre réaction quand vous voyez une femme enceinte ?

5- Que représente l'enfant pour vous ?

## **Axe III : Informations sur la vie relationnelle avec l'entourage :**

1-Comment elle est votre relation avec votre famille ?

2-Quel est le regard de votre famille envers vous ?

3-Est que votre stérilité vous empêche de fonder des relations avec des autres ?

4-Trouvez-vous des difficultés pour s'intégrer dans le groupe ?

5-Comment elles sont vos relations avec votre marie ?

6- Est-ce que votre marie a accepté votre stérilité ?

7-Comment il se comporte avec vous depuis qu'il a su que vous êtes stérile ?

8-Ace que votre stérilité à influencé sur votre vie sexuel ?

9-quel est votre durée en couple ?

**Axe IV :** Informations sur l'estime de soi :

1-Quel est opinion avez-vous de vous-même ?

2- Sentez-vous de la culpabilité quand vous pensez à votre couple son enfant ?

3-A propos de l'accomplissement de votre rôle d'épouse, ressentez vous de la satisfaction ?

4-Est que vos sentez que vous avez de la valeur ?

5-Est que le regard des autres vous dérange ?

6-Avez-vous des projets à réaliser dans l'avenir ? Si oui, les quels ?

# **Annexe N°2 : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (Forme adulte)**

## **S .E.I**

**NOM.....**

**PRENOM.....**

**AGE: .....**

**SEXE :.....**

**NIVEAU D'ETUDE :.....**

**PRPFSSION .....**

## **CONSIGNES**

### **LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondre**

Dans les pages qui suivantes, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

## TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981 by consulting psychologists press, Inc., Palo Alto, California  
Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué, 25, rue de la plaine- 75980 Paris cedex 20. Tous droits réservés.

Achévé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépôt légal 1<sup>er</sup> Trim. 1984-Edit 528050

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.		
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5	On s'amuse bien en compagnie.		

6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau		
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.		
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		
10	Je cède très facilement aux autres.		
11	Ma famille attend trop de moi.		
12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.		
16	J'ai souvent envie de changer de vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiète (e).		
27	Je suis assez sur (e) de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux (euse)		

37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouille tout (e) seul(e).		
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		
45	On ne me fait jamais de reproche.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme).		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.		
50	Je ne suis jamais intimidé (e).		
51	J'ai souvent honte de moi.		

52	Les autres me cherchent de querelle.		
53	Je dis toujours la vérité.		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.		

**G**

**SO**

**F**

**P**

**T**

**M**

--	--	--	--	--	--

## Annexe N°3 : Résultats de l'inventaire d'estime de soi des cas

### A : Résultats de l'inventaire d'estime de soi de cas de « Basma »

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.	+	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.	+	
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.		+
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	+	
5	On s'amuse bien en compagnie.	+	
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.	+	
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	+	
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.		+
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		+
10	Je cède très facilement aux autres.	+	

11	Ma famille attend trop de moi.	+	
12	C'est très dur d'être moi.	+	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	+	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.	+	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.	+	
16	J'ai souvent envie de changer de vie.	+	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		+
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gents.		+
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.	+	
20	Ma famille me comprend bien.	+	
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.	+	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.	+	
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.		+
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	+	

25	Les autres ne me font pas souvent confiance.	+	
26	Je ne suis jamais inquiète (e).	+	
27	Je suis assez sur (e) de moi.	+	
28	Je plais facilement.	+	
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		+
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	+	
31	J'aimerais être plus jeune.	+	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.	+	
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		+
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.	+	
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.	+	
36	Je ne suis jamais heureux (euse)	+	
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.	+	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e).	+	
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		+
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que	+	

	moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.	+	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.	+	
43	Je me comprends bien-même.		+
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.	+	
45	On ne me fait jamais de reproche.		+
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		+
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		+
48	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme).	+	
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.		+
50	Je ne suis jamais intimidé (e).		+
51	J'ai souvent honte de moi.		+
52	Les autres me cherchent de querelle.		+
53	Je dis toujours la vérité.	+	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		+

55	Je moque de ce qui peut m'arrive.	+	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.	+	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	+	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.	+	

**G                      SO                      F                      P                      T                      M**

09	05	01	05	20	06
----	----	----	----	----	----

## B : Résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas de « Imane »

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.		+
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		+
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.	+	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	+	
5	On s'amuse bien en compagnie.	+	
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.	+	
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	+	
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.	+	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		+
10	Je cède très facilement aux autres.	+	
11	Ma famille attend trop de moi.	+	
12	C'est très dur d'être moi.	+	

13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.	+	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.	+	
16	J'ai souvent envie de changer de vie.		+
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.	+	
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gents.	+	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.	+	
20	Ma famille me comprend bien.	+	
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		+
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		+
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.		+
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		+
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		+

26	Je ne suis jamais inquiète (e).	+	
27	Je suis assez sur (e) de moi.	+	
28	Je plais facilement.		+
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.	+	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	+	
31	J'aimerais être plus jeune.	+	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.	+	
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		+
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		+
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		+
36	Je ne suis jamais heureux (euse)		+
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.	+	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e).	+	
39	Je suis assez content (e) de ma vie.	+	
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.	+	
41	J'aime tous les gens que je connais.	+	

42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.	+	
43	Je me comprends bien-même.		+
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		+
45	On ne me fait jamais de reproche.		+
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.	+	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	+	
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme).		+
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.		+
50	Je ne suis jamais intimidé (e).		+
51	J'ai souvent honte de moi.		+
52	Les autres me cherchent de querelle.		+
53	Je dis toujours la vérité.	+	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		+
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.	+	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.	+	

57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	+	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.	+	

**G                      SO                      F                      P                      T                      M**

12	06	06	06	30	07
----	----	----	----	----	----

## C : Résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas de « Mounia »

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.	+	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		+
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.	+	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	+	
5	On s'amuse bien en compagnie.	+	
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		+
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	+	
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.	+	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.	+	
10	Je cède très facilement aux autres.	+	
11	Ma famille attend trop de moi.		+

12	C'est très dur d'être moi.	+	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		+
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.	+	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.		+
16	J'ai souvent envie de changer de vie.		+
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		+
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gents.		+
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.	+	
20	Ma famille me comprend bien.	+	
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		+
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		+
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.	+	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		+
25	Les autres ne me font pas souvent	+	

	confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiète (e).	+	
27	Je suis assez sur (e) de moi.		+
28	Je plais facilement.	+	
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.	+	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		+
31	J'aimerais être plus jeune.	+	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.	+	
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.	+	
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		+
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		+
36	Je ne suis jamais heureux (euse)		+
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.	+	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e) .	+	
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		+
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		+

41	J'aime tous les gens que je connais.	+	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.		+
43	Je me comprends bien-même.	+	
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		+
45	On ne me fait jamais de reproche.		+
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		+
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	+	
48	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme).		+
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.		+
50	Je ne suis jamais intimidé (e).		+
51	J'ai souvent honte de moi.		+
52	Les autres me cherchent de querelle.		+
53	Je dis toujours la vérité.	+	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		+
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.		+

56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		+
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		+
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.	+	

**G                      SO                      F                      P                      T                      M**

19	08	07	07	41	07
----	----	----	----	----	----

**D : Résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas de « Nadia »**

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.	+	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		+
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.		+
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	+	
5	On s'amuse bien en compagnie.		+
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		+
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	+	
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.	+	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		+
10	Je cède très facilement aux autres.		+
11	Ma famille attend trop de moi.		+

12	C'est très dur d'être moi.	+	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	+	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.	+	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.	+	
16	J'ai souvent envie de changer de vie.	+	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.	+	
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gents.	+	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		+
20	Ma famille me comprend bien.		+
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.	+	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.	+	
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.	+	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	+	
25	Les autres ne me font pas souvent		+

	confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiète (e).		+
27	Je suis assez sur (e) de moi.	+	
28	Je plais facilement.		+
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		+
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	+	
31	J'aimerais être plus jeune.	+	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.	+	
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.	+	
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		+
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.	+	
36	Je ne suis jamais heureux (euse)	+	
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.	+	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e) .		+
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		+
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		+

41	J'aime tous les gens que je connais.	+	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.	+	
43	Je me comprends bien-même.		+
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		+
45	On ne me fait jamais de reproche.	+	
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		+
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	+	
48	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme).		+
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.	+	
50	Je ne suis jamais intimidé (e).	+	
51	J'ai souvent honte de moi.	+	
52	Les autres me cherchent de querelle.		+
53	Je dis toujours la vérité.	+	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		+
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.	+	

56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.	+	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	+	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.	+	

**G                      SO                      F                      P                      T**

09	04	03	06	22	05
----	----	----	----	----	----

**E : Résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas de « Nassima »**

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
1	En général, je ne me fait pas de souci.	+	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.	+	
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je		+

	changerais, si je la pourrais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	+	
5	On s'amuse bien en compagnie.		+
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.	+	
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau		+
8	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.	+	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		+
10	Je cède très facilement aux autres.	+	
11	Ma famille attend trop de moi.		+
12	C'est très dur d'être moi.		+
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	+	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.	+	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.	+	
16	J'ai souvent envie de changer de vie.	+	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.	+	
18	Je trouve que j'ai un physique moins		+

	agréable que la plupart de gents.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		+
20	Ma famille me comprend bien.		+
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.	+	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.	+	
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.	+	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	+	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.	+	
26	Je ne suis jamais inquiète (e).		+
27	Je suis assez sur (e) de moi.		+
28	Je plais facilement.		+
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		+
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	+	
31	J'aimerais être plus jeune.	+	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.	+	

33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.	+	
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		+
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		+
36	Je ne suis jamais heureux (euse)	+	
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.	+	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e).		+
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		+
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		+
41	J'aime tous les gens que je connais.	+	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.		+
43	Je me comprends bien-même.		+
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.	+	
45	On ne me fait jamais de reproche.	+	
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		+
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		+
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme).		+

49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.	+	
50	Je ne suis jamais intimidé (e).		+
51	J'ai souvent honte de moi.	+	
52	Les autres me cherchent de querelle.	+	
53	Je dis toujours la vérité.	+	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		+
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.	+	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.	+	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	+	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.	+	

**G**

**SO**

**F**

**P**

**T**

**M**

11	03	01	04	19	04
----	----	----	----	----	----