

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- BONNET (Dominique). (1953) – Les tests de phrases à compléter. **Revue de psychologie appliquée**, T3, n°1, Paris.
- 2- BONNET (Dominique). (1954) - La méthode des phrases à compléter appliquée à l'étude de la personnalité – Thèse pour le Doctorat en médecine, Paris.
- 3- Bourgeois (Marc)-Contraception et psychiatrie- **Confrontations Psychiatriques**, n° 16, Spécia, Paris, 1978, pp 237-284.
- 4- Fawcett (James T)-Psychologie et population, The Population Council, New York, 1970.
- 5- Grawitz (Madeleine)-Méthodes des Sciences sociales, Dalloz, 1972.
- 6- Lezzar (Samia)-Des échecs de la contraception chez la femme algérienne, **Maghreb Médical**, n° 354, Tunis, Janvier 2001.
- 7- Lezzar (Samia)-Enquête psychosociologique sur la maîtrise de la fécondité et la pratique de la contraception en milieu algérois, **LES ANNALES**, Université d'Alger, n°16, T1, 2006.
- 8- Pasini(Willy)- l'enfant imaginaire, in **Désir d'enfant refus d'enfant**, ouvrage collectif, Stock Pernoud, Paris, 1980, pp117-122.

La plupart des femmes ayant une contraception plus ou moins équilibrée (G2), paraissent se ranger parmi les organisations psychiques les moins perturbées (56%) en indice 0 et (44%) en indice 1, dotées d'un moi relativement fort. Certaines ont montré une sensibilité aux effets secondaires, en plus du déterminisme endocrinien, l'aspect symbolique de la contraception est aussi à prendre en considération, ici, même s'il n'y a pas de conflit psychique sous-jacent. Les désagréments ressentis sont vite dépassés et le comportement des femmes (indice 1) peut être qualifié de positif actif, car la résistance à la contraception est plutôt verbale (plaintes somatiques, dénigrement de certains procédés) sans passage à l'acte. Elles ne cèdent pas facilement à l'abandon de leur pratique, aussi à l'intolérance du départ, succède toujours une prise de conscience, une attitude active et une prise en charge responsable de la prévention des naissances.

Celles qui semblent dominées par des problèmes émotionnels (G1, indice 2), présentent, pour la plupart, (72,97%), un tableau beaucoup plus intense et réagissent plus négativement à la contraception : les troubles sont alors plus exacerbés et les abandons plus courants et fréquents. La contraception est ressentie, ici, comme une castration, une agression, une atteinte corporelle, mettant en péril l'intégrité physique, suscitant anxiété et angoisse. Elle est vécue également comme une "charge" supplémentaire que le sujet n'arrive pas à assumer, ce qui donne lieu à un comportement contraceptif hasardeux (échecs répétés).

### **En conclusion :**

Les changements provoqués par la contraception s'inscrivent, donc, dans l'histoire personnelle et les moyens de se réaménager, en fonction des capacités du moi de chaque cas. Un moi fragile et labile se laisse facilement envahir par les malaises les plus mineurs, d'autant que la contraception est ancienne.

Inversement, un moi fort et équilibré arrive à les gérer, à les dépasser et à intégrer plus facilement la contraception, sur le plan physique et mental, en minimisant ses effets à des fins plus élevées.

D'après nos observations, l'existence d'un lien entre fonctionnement psychique d'un sujet et son comportement contraceptif n'est plus à démontrer, même si le poids et le rôle que peut jouer ce lien, peut aussi dépendre de la subjectivité de l'observateur.

Si on compare les deux groupes : Dans le **G1** des sujets présentant des "signes névrotiques", la majorité (72,97%) relève de l'indice 2. ce sont des femmes en proie, soit à un conflit intrapsychique, ayant des difficultés au sein même de leur personnalité, soit à un conflit interpersonnel (psychopathologie familiale ou conjugale) associé à un état dépressif, soit à un conflit de normes, soit à un conflit d'adaptation au milieu. On note assez fréquemment, ici, la notion de conflit actuel, ou de situation traumatisante, nécessitant une mesure thérapeutique.

27% sont classées en indice 1, ou " moyennement troublées " : elles semblent présenter également des difficultés existentielles, liées soit à leur vie psychoaffective relationnelle, soit à leur organisation constitutive, qui se caractérise, le plus souvent, par une nette émotivité apparente, à l'origine des réactions anxio-phobiques à l'égard de la contraception (voir plus loin). Comparativement aux précédentes, elles paraissent dotées de mécanismes de défense plus vigoureux, qui leur permettent de mieux maîtriser, canaliser et parfois dépasser leurs conflits sans trop de dommages psychologiques.

Dans le **G2** de sujets "sans signes névrotiques", la majorité (56%) sont classées en indice 0, sans troubles significatifs, ou du moins minimes et insignifiants par rapport aux autres. Ces femmes jouissent davantage de facultés combattives, de maturité, de caractère, d'assurance, d'esprit heureux et optimiste. (44%) relèvent de l'indice 1, parmi lesquelles certaines ont traversé un épisode dépressif transitoire réactionnel, soit à une grossesse non désirée, à une fausse-couche, à un déménagement ou à la perte d'un proche, qui s'est vite résorbé.

### **Commentaire : les incidences de l'organisation mentale sur la pratique de la contraception.**

Nous savons, que l'apport spécifique de ce test projectif, ne peut être isolé des autres informations recueillies à l'entretien, dans la compréhension de ce qui fait la singularité de chacun de nos cas cliniques. En fait, il ne s'agit point pour nous, de ranger nos consultées dans une catégorie diagnostique, mais de tenter, cependant, de cerner un certain nombre de points communs entre elles. La sensibilité du Test de **PAUL** a résidé dans la possibilité qu'il nous a offerte de "tester" la stabilité, voire, la vigueur des mécanismes défensifs mentaux des protagonistes, appréciation d'autant plus aisée, que le matériel du test (phrases inachevées) renvoie à la réactivation de conflits enfouis, non décelables par un interrogatoire direct. Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle, l'organisation mentale d'un sujet affecte son comportement contraceptif, a été largement vérifiée, comme nous allons le voir :

**Tableau n° 2 : Echelle de SACKS**

Indice de gravité	Groupe 1		Groupe 2		Total	%
	Nbre	%	Nbre	%		
Indice 2 : Sujets très troublés, nécessitant une mesure thérapeutique, pour résoudre les conflits affectifs.	135	72,97	0	0	135	38,57
Indice 1 : Sujets moyennement troublés, capables de résoudre les problèmes affectifs, sans aide thérapeutique.	50	27	72	44	122	34,85
Indice 0 : Pas de troubles significatifs dans le secteur.	0	0	93	56	93	26,57
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>99,97</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>99,99</b>

Sur la totalité de la population consultée (tab n°2), nous avons 38,57% classées en indice 2 (troubles importants), 34,85% classées en indice 1 (troubles moyens) et 26,57% classées en indice 0 (troubles non significatifs).

constante de sentiments de culpabilité inconsciente, sujettes à des réactions névrotiques et dépressives (28,43%) (Sentiment d'échec, de dégoût, sensation de mal vie, pessimisme, etc.). Nous avons noté chez (25,94%) des tendances à la rumination mentale, sans que ce soit des névroses obsessionnelles franches ; des réactions de type paranoïaque chez (23,24%) où toute douleur, atteinte, malaise renvoie à une interprétation où la projection sur l'extérieur, ou sur un tiers (mari, belle-mère, enfant) est importante. Des désirs ambivalents et contradictoires concernent (22,07%) mettant parfois le sujet dans une situation conflictuelle et tensionnelle (ex : désir d'avoir d'autres enfants qui se heurte à des problèmes matériels, de logement ou de santé)

Comparativement aux précédentes, la majorité (56%) de celles ayant une contraception "saine" (G2), semblent se ranger dans la catégorie de sujets dits "adaptables", sans signes névrotiques apparents, avec un équilibre émotionnel et affectif de bonne qualité, utilisant avec aisance le registre entier de leurs mécanismes de défense.

Là également, une minorité (29%) présente des tendances dépressives et (15%) une tendance ambivalentielle.

Etant donné la complexité des différences individuelles, une classification est difficile à établir des femmes en difficulté avec la contraception, et ce n'est pas notre but, ici.

Par ailleurs, on constate que les différents symptômes relevés sont parfois corrélés entre eux, comme la tendance dépressive qu'on retrouve dans la majorité des cas (liée soit à une grossesse, à un deuil, à des problèmes conjugaux, familiaux, professionnels, etc....). Ils sont parfois exagérés, dans d'autres cas, plus atténués.

Comme les symptômes relevés prennent ainsi des aspects multiples, d'intensité et de gravité variables, selon les sujets, nous avons pensé à une distribution, selon l'indice de gravité, en référence à l'Echelle de **SACKS**.

**Tableau n°1 : Troubles recensés**

	<b>Troubles</b>	<b>G1</b>		<b>G2</b>	
<b>Signes Névrotiques</b>	Tendances dépressives.	52	28,43%	48	29%
	Réactions de type paranoïaque Avec vécu persécutif.	43	23,24%	0	0
	Idées obsédantes, tendance à la rumination mentale.	48	25,94%	0	0
	Tendance ambivalentielle.	42	22,07%	24	15%
<b>Sans signes névrotiques</b>	Equilibre émotionnel et affectif	0	0	93	56%
	<b>Total</b>	185	99,68%	165	100%

La totalité des femmes (99,68%) (Tab n°1) ayant une contraception "déséquilibrée" (G1), semblent présenter des signes névrotiques. Il s'agit le plus souvent d'une immaturité affective (manque de confiance en soi, d'assurance, dépendance à l'égard d'un tiers, besoin de protection et d'appui) et une nette émotivité (anxiété, hypersensibilité, crainte, doutes, scrupules, hésitations, impulsivités). La plupart sont sous la possession

contraception, en fonction de la structure de personnalité, avait relevé « 34% d'échecs chez les névrosées, contre 10% chez les personnes supposées plus normales (échantillon de 8550 femmes) » (Bourgeois, M.1978).

Il faut signaler d'emblée, que notre population d'enquête ne semble pas présenter d'antécédents pathologiques, d'ordre psychiatrique, d'après les éléments du dossier médical et de l'anamnèse recueillie avant la passation du **Test de PAUL**. Celui-ci va nous fournir des renseignements sur les éléments de "contenu" de la personnalité de chaque enquêtée et sur la qualité de ses aménagements défensifs, qui conditionnent la réussite ou l'échec de la contraception. Nous privilégierons, donc, l'aspect symptomatique, qui consiste à décrire les troubles observés, sans toutefois, faire référence à la classification nosologique psychiatrique.

Les données de l'entretien nous ont permis de partager notre échantillon (350 femmes) en deux groupes : le premier (**G1**) composé de 185 femmes ayant une contraception "conflictuelle" et représenté par (52,85%). Le second (**G2**) concerne 165 sujets ayant une contraception "harmonieuse" et représenté par (47,14%).

La lecture globale des différents protocoles du test a permis de déceler les troubles suivants, dans les deux groupes (G1, G2) :

L'intolérance se distingue, chez la plupart, par son aspect de chronicité et sa répétition, donnant lieu à des récits riches en manifestations psychosomatiques et de rationalisations : "la pilule rend folle" (45 ans, niveau primaire, au foyer, 7 enfants), "le stérilet me donne des hémorragies, qui m'ont totalement affaibli" (28 ans, enseignante, 3 enfants), "je n'arrête pas de grossir, à force d'avaler des hormones (pilules), je me sens déformée" (43 ans, universitaire, 3 enfants), "je ne ressens plus rien avec mon mari, depuis qu'on m'a placé le stérilet" (32 ans, secrétaire, 2 enfants).

Quel est le comportement de la femme dans ce cas ?

La plupart (65,50%) ont connu un arrêt temporaire pour intolérance, même si aujourd'hui, elles sont plus régulières. Cet abandon va de 3 à 6 mois, parfois une année et plus, selon les circonstances, occasionnant ou non une conception.

Malgré ces troubles, une minorité (34,50%) adopte un comportement plus "rigoureux" : changement de marque de pilule, ou de technique ou continue avec le même procédé en s'y accommodant.

Quant aux échecs relevés, la pilule semble provoquer le plus d'échecs (51,30%) dus à la négligence dans sa prise, aux erreurs et oublis fréquents. De même pour le stérilet (27,35%), en dehors des risques qu'il comporte, le non respect des visites de contrôle ou des recommandations médicales favorisent ses échecs ; (21,35%) n'ont pas connu de ratages.

Il est clair, que la réussite des programmes de planification familiale dépend de l'efficacité des moyens adoptés, mais aussi de leur acceptabilité psychologique sur le plan individuel, du couple et de la culture.

Dés lors, ces manifestations négatives s'opèrent selon des modalités différentes, à la fois, en fonction du champ dans lequel évolue la femme (milieu familial, professionnel), sa propre histoire et son fonctionnement mental. Beaucoup de facteurs entrent en jeu (psychologiques, sociologiques, moraux, de personnalité) et s'associent aux aspects somatiques ou s'imbriquent avec eux, dans la déstabilisation de la contraception.

## **2. Les résultats du test projectif :**

Le but de cet article étant d'éclairer les facteurs intra personnels chez les "ratées" de la contraception, nous concentrerons donc nos propos sur cet aspect particulier, tout en sachant pertinemment, que bien d'autres aspects de ce problème, resteront ainsi dans l'ombre.

Avant d'exposer les résultats du test, rappelons que **H.MICHEL WOLFROMM**, dans ses travaux en 1965 sur l'acceptation de la



### **a. Les situations positives :**

Elles sont représentées par les femmes ayant un vécu "harmonieux" de la pratique contraceptive, sans conflictualisation, parfois avec une symptomatologie passagère. Elles concernent (47,14%) des cas observés.

Elles reflètent le bien-être attribué par l'intéressée à son changement de situation après l'emploi de la contraception: disparition de l'anxiété lors de la vie sexuelle, repos physique et mental entre les grossesses, réduction de certains problèmes socio-économiques... Grâce à ces avantages, elle tolère mieux les effets secondaires du procédé utilisé, sans avoir l'impression de mettre son équilibre personnel en jeu. Le recours à la contraception est donc réparateur d'une situation passée, perçue comme tensionnelle.

Cette tolérance est rencontrée soit au début, soit le plus souvent, après le dépassement d'une période initiale négative, chez certaines. Elle résulte, alors, de l'effet de contraste entre une intolérance vive de départ, qui cède la place à un état plus neutre, où le sujet a trouvé une certaine quiétude, après avoir réalisé ses désirs inconscients (taille familiale désirée, enfants de sexe différent).

### **b. Les situations négatives :**

Chez (52,85%) des observations, la pratique de la contraception est conflictuelle. L'intolérance la plus vive se caractérise par le fait, que la femme ne peut plus continuer à assumer sa pratique. Le récit témoigne soit de l'histoire d'une déception (échecs répétés), soit d'une impossibilité à supporter le changement (prendre un comprimé tous les soirs). Dans presque tous les cas, il y a nécessité, au préalable d'utiliser la contraception. Tout un système de contraintes est mis en oeuvre et s'actualise selon les circonstances particulières. Le soulagement éprouvé à régler un problème, pendant une période, se dissipe par la suite. Parfois, l'impression est d'emblée négative: appréhension, angoisse, vif rejet, surtout si la contraception est proposée à un moment inadéquat (après une fausse couche), ou vient se greffer sur un conflit conjugal, familial, professionnel.

La symptomatologie recueillie se résume ainsi: la nervosité provoquée par la pilule est au premier plan (20,50%), les maux de tête (12,50%), les vertiges (10,25%), les nausées (08,64%), l'obésité (07,56%); le stérilet provoque des algies chez (15,65%), des hémorragies (08,64%), la frigidité (06,66%); certaines mentionnent aussi des infections liées à ce dispositif (04,30%), une dyspareunie (03,20%), ou la gêne du conjoint lors de rapports sexuels (02,10%).

entre activité professionnelle et responsabilités familiales intervient elle, mais dans le contexte général d'un modèle collectif, dont le rôle semble prééminent et qui est lui-même sous la dépendance de facteurs puissants et multiples en évolution lente.

La résistance à la contraception est propre à chaque personnalité féminine, à "chaque famille". Autant de femmes, autant de cas particuliers. Il n'est donc pas évident, que les variables précitées suffiraient, à elles seules, à expliciter le conflit psychique et les avatars psychosomatiques. Elles peuvent contribuer mais pas déterminer absolument cette dégradation fort sensible physique et mentale incriminée aux procédés contraceptifs employés. Celle-ci reviendrait, davantage, à une variable "cachée" constituée par l'organisation psychique, spécifique à chacune, comme le montrent les résultats.

## **B. LES DONNÉES RECUEILLIES:**

### **1. L'interview:**

A travers les cas examinés, le sentiment dominant est l'expression verbale de plaisir ou de déplaisir à vivre sous contraceptifs.

Que recouvre l'appréciation verbalisée ou vécue par le sujet ? Elle est la synthèse actuelle d'une séquence temporelle, incluant la situation avant la contraception, l'histoire de cette pratique et ses prolongements jusqu'au moment de l'entretien.

Comment cette appréciation est concrètement élaborée lors de l'interview ? Il s'agit de considérer la réponse de la femme, comme l'indication d'un sentiment positif ou négatif attaché à l'emploi de la contraception. Elle peut fournir ainsi les éléments de son caractère perçus par le sujet, d'échec, d'intolérance ou de réussite et montre la force de l'investissement affectif opéré à son égard. Il faut donc aller au-delà de l'aspect manifeste et tenir compte de ce qu'un processus de déplacement, peut diriger la charge affective pénible vers la pratique actuelle, afin de minimiser des conflits plus enfouis. La contraception est d'autant plus dramatisée, qu'elle devient un lieu, où l'insatisfaction et les problèmes peuvent se projeter.

Quelles sont les manifestations cliniques observées, à l'entretien ?

L'analyse de contenu des réponses nous a permis de les regrouper en deux catégories :

son idée, de façon à en faire des phrases complètes. Les débuts de phrases ou stimuli sont suffisamment courts et imprécis, pour qu'il soit possible de les compléter d'un grand nombre de façons différentes.

L'hypothèse fondamentale qui sous-tend cette méthode et permet l'interprétation des réponses est que la "la personnalité" du sujet lui-même, va intervenir de façon importante et souvent inconsciente dans le choix de la réponse exprimée, parmi toutes les réponses possibles, en sorte que l'étude ultérieure de ces réponses exprimées, pourra révéler différents aspects de la personnalité du sujet testé (Bonnet, D.1953).

Nous avons opté pour une présentation individuelle et orale. Nous lisons la phrase au sujet, en lui demandant de la compléter le plus vite possible en écrivant nous-mêmes la réponse, car nous avons eu affaire à différents niveaux scolaires. Les phrases ont été traduites en arabe pour les analphabètes et celles de niveau primaire. Elles ont subi d'abord un pré-test sur un échantillon réduit.

Les sujets examinés ont été recrutés dans quatre Centres de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I) à Alger. Il s'agit de 350 femmes mariées, venues consulter pour espacement des naissances. Toutes ont subi un examen médical, qui n'a révélé aucune contre-indication à l'utilisation de contraceptifs.

Le mode de recrutement s'est fait au hasard, "le sondage scientifique est celui qui obéit au hasard" (Grawitz, M.1953).

L'avantage du sondage probabiliste revient au fait même, qu'il utilise le tirage au sort, qui permet d'évaluer l'erreur d'échantillonnage de façon méthodique.

Même si notre échantillon est aléatoire, nous avons retenu quelques variables, tels : l'âge, la moyenne d'âge est de 27,3 ans, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique et la situation professionnelle, pour avoir une vision globale et assez diversifiée.

Cependant, nous pouvons avancer déjà, que les attitudes vis-à-vis de la contraception et le malaise qui s'en dégage semblent relativement indépendantes des variables citées. Ceci illustre la complexité du phénomène de la procréation et de sa maîtrise, difficilement réductible à des relations mécanistes et le désir d'avoir un enfant, quelque soit son rang, est pris au terme d'un processus, dont bien des aspects échappent encore à l'investigation et même aux parents concernés.

Sans doute, l'appréciation du niveau socioculturel, socio-économique, les conditions de logement, de ressources, de compatibilité

spéciale et reposent sur l'expérience psychologique générale du correcteur, contrairement aux tests thématiques

L'étude des tests de complètement de phrases s'est d'abord développée aux Etats-Unis depuis 1940, sans que l'on puisse vraiment lui identifier un « pionnier » (Bonnet, D.1954). Elle a d'abord été utilisée comme test d'aptitude pour mesurer l'étendue du vocabulaire et de l'intelligence.

C'est vers 1930 que A.TENDLER eut l'idée de l'appliquer pour l'étude de la personnalité. Mais c'est surtout durant la Seconde Guerre Mondiale, que ces tests vont connaître un grand essor aux U.S.A. dans les milieux psychiatriques militaires. C'est même la seule méthode projective utilisée par les services de sélection du personnel des « Offices Of Stratégique Services » (O.S.S). Le test auquel on recourait était composé de 100 phrases à compléter, le plus vite possible.

En 1947, le test de l'O.S.S. Assesment Program fut repris et mis à jour par MORRIS STEIN, qui propose une technique d'interprétation des réponses uniquement qualitative.

Ce test fut adapté et corrigé par GUY SERRA Fen France, ou cette nouvelle version fut couramment utilisée : elle comporte 50 phrases et est susceptible d'une passation collective.

C'est depuis 1950 que BONNET utilise une des traductions du test de STEIN dans des consultations psychiatriques d'orientation professionnelle, en établissant une grille de dépouillement nouvelle, plus facile, plus rapide et plus sûre que celle de STEIN, tout en apportant des réponses aussi significatives dans l'étude des troubles affectifs et des inadaptations.

En 1951, D. BONNET opta pour une révision du test de STEIN, pour pallier certains défauts du texte (longueurs et traduction mot à mot de l'américain). Cette nouvelle version est le **TEST DE PAUL**, qui comporte 60 items rangés dans les quatre secteurs de personnalité suivants :

A= motifs de soucis, dégoût, souffrance.

B=objets désirés, goûts, aspirations.

C=modes de réaction.

D=réflexions sur soi, sur la vie.

La durée de l'épreuve n'est pas limitée, mais est notée. La feuille de dépouillement est la même que celle établie par BONNET pour le test de STEIN.

La méthode de phrases à compléter consiste à présenter au sujet, en règle, par écrit, une série de début de phrases, en l'invitant à les achever à

de compte, avec ses difficultés anciennes et présentes, comme nous aurons l'occasion de le voir.

Pour nous résumer, nous dirons que les échecs de la contraception ne relèvent pas d'une pathogenèse univoque, mais d'une intrication poly étiologique, qui s'exprime, de la sorte, dans l'hypothèse suivante : l'intolérance et/ ou l'échec de certains procédés contraceptifs est sous-tendu par un conflit psychique, mais aussi, par une situation de vie, qui réactive les anciens conflits et par une fragilité constitutionnelle du sujet. Lorsque ces trois facteurs agissent ensemble, la déstabilisation de la pratique est imminente.

## **A. Méthodologie**

Pour comprendre et élucider cette problématique, nous disposons d'outils qui sont propres à l'investigation clinique : étude de la personnalité du sujet à travers une épreuve projective, qui nous permettra d'évaluer son fonctionnement psychique et la qualité de ses aménagements défensifs, qui conditionnent la réussite ou l'échec de sa pratique contraceptive.

Mais, dans un premier temps, nous avons recours à un entretien semi directif, en face à face, car tenter d'apprécier ce qui fait les troubles chez la femme, à un moment donné de son existence, c'est tenter d'apprécier ses potentialités de vie, voire son passé, son éducation, ses convictions morales et religieuses, sa vie sexuelle et affective, en tenant compte de son présent et de ses projections futures.

L'entretien nous a permis d'aborder en détail et avec un maximum de véracité les différentes composantes, qui font la complexité de la vie reproductrice et contraceptive à un instant précis de la vie de la consultée.

Cependant, nous n'exposerons pas ici l'ensemble des données de l'anamnèse, nous nous référons à certains de ses éléments indispensables pour l'analyse des résultats du test.

### **1-1 Le Test de Paul (D. BONNET, 1951) :**

Etant donné la difficulté culturelle des tests thématiques, nous avons choisi un test projectif à stimulus verbal, de phrases à compléter, le Test de Paul, en raison de sa facilité d'application et de son efficacité à révéler différents aspects de la personnalité du sujet testé. Le dépouillement et l'interprétation des réponses ne demandent pas beaucoup d'initiation

sont sous-tendues par des motifs inconscients. Elles sont aussi un message chargé de sens, que nous essayerons de déchiffrer dans cette étude.

Notre but est de tenter de trouver le lien psychosomatique de ces plaintes et d'en préciser le rapport existant entre ces symptômes physiques, corporels, objectivables ou seulement allégués et dramatisés par le sujet et un état de souffrance psychologique, que ce soit des difficultés éprouvées consciemment ou de manière inconsciente.

Ce qui nous intéresse, ce n'est pas leur caractère objectif mais leur retentissement affectif : attitude de la femme vis-à-vis de sa pratique, comment elle en parle et "livre" ses symptômes, l'attitude émotionnelle qui s'en dégage, comment elle voit et perçoit la situation de façon subjective. Nous mettrons ainsi l'accent sur l'importance que l'on reconnaîtra au rôle dévolu à l'organisation mentale et au fonctionnement psychique des femmes en cause, dans leur tentative de programmation des naissances, à travers l'épreuve projective de **D. BONNET** (1951).

Par la suite, comme la contraception fait partie de la vie de la femme et du couple, il y'a autant de situations et d'événements qui peuvent se répercuter sur elle : nous pensons que ces symptômes ont davantage une connotation existentielle, qui ne sera comprise, qu'en replaçant le sujet dans son contexte socio-culturel et socio psychologique. Il s'agit, alors pour nous, non seulement de repérer les grands points charnières de la problématique de la femme (deuil, séparations, conflits)

Mais de voir aussi, comment les références culturelles peuvent devenir opératoires dans la clinique, car ces "ratages", à notre sens, ne peuvent exister isolément de la culture, dans une société où la procréation a encore un haut degré de signification sociale et affective, où la maternité est la réalisation féminine essentielle et la fécondité demeure un pilier fondamental dans la constitution du couple actuel.

Nous tiendrons alors compte de facteurs extérieurs ou extra-personnels, de milieu, et de facteurs internes ou intra personnels ou encore psycho dynamiques de la consultante (sentiment de culpabilité, d'hostilité...) qui peuvent se réactiver avec la pratique contraceptive et engendrer des situations conflictuelles. Il est clair, pour nous, que ces avatars découleraient d'un enchaînement multifactoriel avec des interrelations diverses : facteurs psychiques (nous parlerons de conflit intrapsychique) mais aussi de facteurs sociaux, car la contraception est encore l'affaire de la famille et du groupe social. Des tensions avec eux peuvent rejaillir sur elle et se traduire par des manifestations psychosomatiques utilisées comme système de défense contre ces tensions (conflit interpersonnel). Ces deux types de conflit vont être prédominants selon les cas, car la personnalité de base du sujet entre en ligne

Les conclusions de ces auteurs sont que les femmes qui oublient de prendre la pilule manquent de maturité et ont tendance dans le passage à l'acte, à refuser toute responsabilité, d'autre part, la mésentente entre mari et femme et les attitudes de conflit à l'encontre de la sexualité renforcent cette tendance à l'oubli. D'après ces auteurs, bien des échecs ne sont pas toujours liés aux angoisses venues de l'extérieur, même lorsque ce sont celles-ci qui sont évoquées et prétextées par les femmes

Nous situant dans la même lignée, nous pensons que les perturbations cliniques relevées sont la preuve d'un conflit engendré par la pratique de la contraception, qui se traduit sur un mode somatique et / ou psychologique.

Nous n'ignorons pas que certaines réactions négatives correspondent authentiquement à un trouble somatique objectivable de certains procédés : la contraception hormonale, notamment, peut entraîner différents troubles psychiques (dépression, irritation, etc.), sexuels et somato-fonctionnels divers. En effet, des perturbations mentales et sexuelles avaient un déterminisme hormonal, lorsque les pilules étaient fortement dosées en oestro-progestatifs, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, puisque les dosages sont de plus en plus faibles. Par contre, d'autres réactions sont en rapport avec des plaintes subjectives, sans signe physique vérifiable (vertiges, céphalées, algies).

Ces manifestations psychiques relèvent beaucoup plus de la psychopathologie, en raison de l'amélioration des produits contraceptifs actuels. Comme le souligne **BOURGEOIS**, "leur interprétation oppose les tenants de la psychopathologie à ceux de la physiopathologie" (*Bourgeois, M.1978*). Nous les rapprochons à des considérations d'allure hypochondriaque, qui représentent le cas limite de la pathologie gynéco-psychosomatique, surtout, lorsqu'elles deviennent chroniques.

Ceci s'explique par le fait, que l'intérêt de la femme pratiquant la contraception est polarisé, la plupart du temps, sur la représentation imaginaire d'une lésion qui n'existe pas : matrice perforée par le stérilet, par exemple, et qui s'accompagne d'angoisse (peur du cancer, des maladies graves, de stérilisation, de malformation du nouveau-né), ou bien de considération relevant parfois du "délire corporel" et d'une distorsion globale de l'image du corps : obésité ou amaigrissement provoqué par les hormones, perte de son sang avec le dispositif intra-utérin.

Comme nous l'avons déjà évoqué et adhérent à la conception psychanalytique du déterminisme psychique, ces plaintes n'ont rien de fortuit, ni d'arbitraire à nos yeux. Elles ne sont pas le fruit du hasard mais

A côté de cette intolérance de certains procédés contraceptifs, des erreurs, des oublis dans son utilisation sont notés, qui souvent répétés, pourraient être associés à des actes manqués produits de l'inconscient, traduisant un désir refoulé. Ils expriment, comme le souligne **FREUD**, des pulsions et intentions que l'on veut cacher à sa propre conscience. Ces échecs sont alors acceptés avec résignation, dans la plupart des cas, même si la grossesse n'est pas désirée, elle est menée à terme, en dépit de toutes les complications provoquées à tous les niveaux.

Par ailleurs, nos observations nous ont montré une irrégularité dans la pratique de la contraception chez une certaine frange des utilisatrices : certaines l'abandonnent contre avis médical pendant quelques années, sous prétexte de n'avoir pu tolérer les effets secondaires et d'avoir craint pour leur vie. Sa reprise ne se fait souvent que sous contrainte médicale ou sous la pression des problèmes socio-économiques aggravés par une fécondité excessive. D'autres, plus négligentes, ne reviennent pas aux visites de contrôle, qu'elles trouvent contraignantes.

Tous ces indices révèlent la situation ambiguë dans laquelle se trouve la femme pratiquant la contraception. Ils signalent une difficulté dans son vécu : En effet, pourquoi ces plaintes, ces erreurs, ces échecs, ces abandons chez des femmes qui, jusque là, vivaient en "harmonie" avec leur pilule ou leur stérilet ?

Ces incidents ont fait l'objet de beaucoup de débats, depuis une décennie déjà : sont ils dus aux effets secondaires des contraceptifs employés, ou à la castration symbolique de la stérilisation temporaire qu'ils provoquent ? (Bourgeois, 1978).

Selon **FAWCETT** (1970), la littérature psychologique met l'accent sur les facteurs affectifs liés à l'emploi de la contraception. Pour certains, elle est lourdement chargée de significations affectives. **DEVEREUX** (1965) souligne la signification inconsciente de la contraception et de son exploitation dans le "passage à l'acte névrotique". **LEHFELDT** (1985) étudie le concept "d'exposition volontaire à une grossesse indésirée" en relation avec cette pratique et discute brièvement des aspects psychologiques des différentes méthodes.

A côté de cela, il existe beaucoup d'études médico-psychiatriques traitant de cas précis, mais sans donner une interprétation théorique particulière. Certaines ont eu recours à des méthodes psychosomatiques rigoureuses telles le M.M.P.I (Minosta Multiphasique Personality Inventory) et le questionnaire des 16 facteurs de personnalité pour évaluer les effets de la contraception orale et de la stérilisation (**BAKKER** et **DIGHTMEN**, 1964).



Notre pays a adopté une politique d'espacement des naissances depuis 1967 et le nombre d'adhérentes ne fait que s'accroître, ce qui démontre, que les attitudes sont de plus en plus favorables à la contraception. Celle-ci a pénétré les foyers, même dans les régions les plus éloignées, grâce à l'infrastructure médicale nombreuse et variée.

La contraception moderne s'intègre de plus en plus dans nos mœurs. Les femmes y recourent plus librement et ont à leur disposition des procédés assez perfectionnés, dont les effets secondaires sont minimales. La peur de la nouveauté et de la transgression des tabous semble avoir diminué, ce qui a renforcé la sécurité émotionnelle des utilisatrices et a mis en évidence la dimensions d'hygiène mentale de la contraception, que ce soit par rapport à l'enfant, à la mère, au couple, à la famille ou au groupe social plus large.

Si une bonne partie de la population utilise la contraception de manière adéquate et responsable, d'autres, par contre, malgré son acceptabilité manifeste et son libre choix, échouent dans sa réalisation, qui se traduit par des effets somatiques et psychologiques variés et par un comportement irrégulier. Il semble que ces réactions existent dans le monde entier, comme le souligne PASINI (1980), chez 20% de la population, cette pratique est inadéquate ou conflictuelle.

Nos observations quotidiennes, que ce soit dans notre proche entourage ou dans le cadre d'une enquête dans plusieurs centres de P.M.I (\*) à Alger, nous ont révélé l'existence d'une symptomatologie liée à cette pratique, qui se résume à des troubles de l'humeur et du caractère à type d'anxiété, de nervosité et d'irritabilité permanente, à des plaintes somatiques variées avec prédominance de céphalées, vertiges, algies abdominales diffusés, dyspareunies, à des craintes anxiogènes par rapport à l'intégrité corporelle : hémorragies liées au stérilet, dérèglement du cycle menstruel, stérilité, etc.

Ce tableau clinique est souvent plus dramatisé que vécu, car dans la plupart des cas, l'examen ou le contrôle médical est négatif et ne montre aucune anomalie engendrée par la contraception. Ces symptômes nous interrogent alors sur leur survenue, leur développement d'une part, sur leur accalmie, leur disparition, d'autre part, ou leur association à d'autres symptômes névrotiques.

A travers leur présence, nous avons décelé la souffrance et l'inquiétude qui s'en dégagent, d'où notre intérêt à les élucider, afin de voir s'ils sont dus à des facteurs exogènes ou à des facteurs endogènes, constitutifs d'une personnalité qui se prête au mal, ou bien est-ce la jonction des deux.

# CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES AVATARS DE LA CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME ALGÉRIENNE À TRAVERS LE TEST DE PAUL

Par Samia LEZZAR

## RESUME:

Les problèmes démographiques sont d'actualité dans notre pays et se posent avec beaucoup d'acuité. La complexité de ce problème et ses répercussions dans tous les domaines de la vie quotidienne, qui connaît des crises à tous les niveaux : scolarité, emploi, habitat, santé, délinquance..., demeure un sujet de préoccupations et mérite de retenir l'attention ; il nous incite à nous pencher sur la question de la planification familiale, sans avoir l'ambition ou la prétention de trouver des solutions à des problèmes d'organisation politique. Notre contribution, dans cette étude, est beaucoup plus modeste. Il s'agit pour nous, d'essayer d'analyser quelles sont, à l'heure actuelle, les causes des échecs de la maîtrise de la fécondité, de faire la lumière sur les facteurs intra psychiques dans les avatars de la pratique de la contraception chez la femme, en mettant l'accent sur le versant psychologique. Les facteurs socioculturels ont été traités plus longuement dans une autre publication (LEZZAR, S. 2006). Ils ne sont pas écartés ici mais occupent une place secondaire.

Notre but consiste, donc, à démontrer l'existence d'une corrélation clinique entre la personnalité du sujet, son organisation mentale, cernée et dévoilée par le Test de Paul, et les incidents ou troubles liés à la prévention des naissances.