

*Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Sociales et Humaines
Département Sciences Sociales*

Mémoire de Fin de Cycle

En vue d'obtention d'un diplôme de Master II, en Psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

*L'image du corps chez les personnes stomisées
étude de six cas réalisés au niveau de
l'association des Stomisées de Bejaia*

Réalisé par :

M^{elle} DEBCHÉ Nadjet

M^{elle} DJAFRI Nina

Dirigé par :

M^r GHOUAS Yacine

Année Universitaire : 2017 - 2018

Remerciements

En premier lieu, nous tenons à remercier le bon dieu de nous avoir donné la santé, volonté et patience tout au long de notre travail.

Un grand Merci à notre promoteur Mr. Ghouas Yacine pour son acceptation de nous aider, et soutenir notre motivation tout au long de cette recherche, sa conception et sa défense de recherche scientifique ont largement contribué à guider nos stratégies de recherche. En outre, sa rigueur et ses connaissances méthodologiques nous a apportées bien plus que simple savoir,

Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Nous souhaiterons également à remercier le président de l'association des stomisées de Bejaia Mr Mansouri Rachid pour son accueil, sa compréhension ainsi que pour l'aide qu'il nous a fournis en mettant à notre disposition tout les moyens possibles pour l'accomplissement de ce travail.

Ainsi aux psychologues de l'association, et à tout le personnel travaillant dans cette association, qui nous ont aidés à effectuer notre stage.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail Merci.

Dédicaces

En signe de respect et de reconnaissance, je tiens sincèrement à dédier ce modeste travail :

A mes très chers et adorables parents, pour leurs soutien, encouragement et sacrifices, c'eux qui m'ont Guidé durant toutes mes années d'études vers le chemin de la réussite.

❖ *À ma chère sœur Ikram*

❖ *À mon frère, et sa femme.*

❖ *À mes grands parents*

❖ *À toutes ma famille paternelle et maternelle*

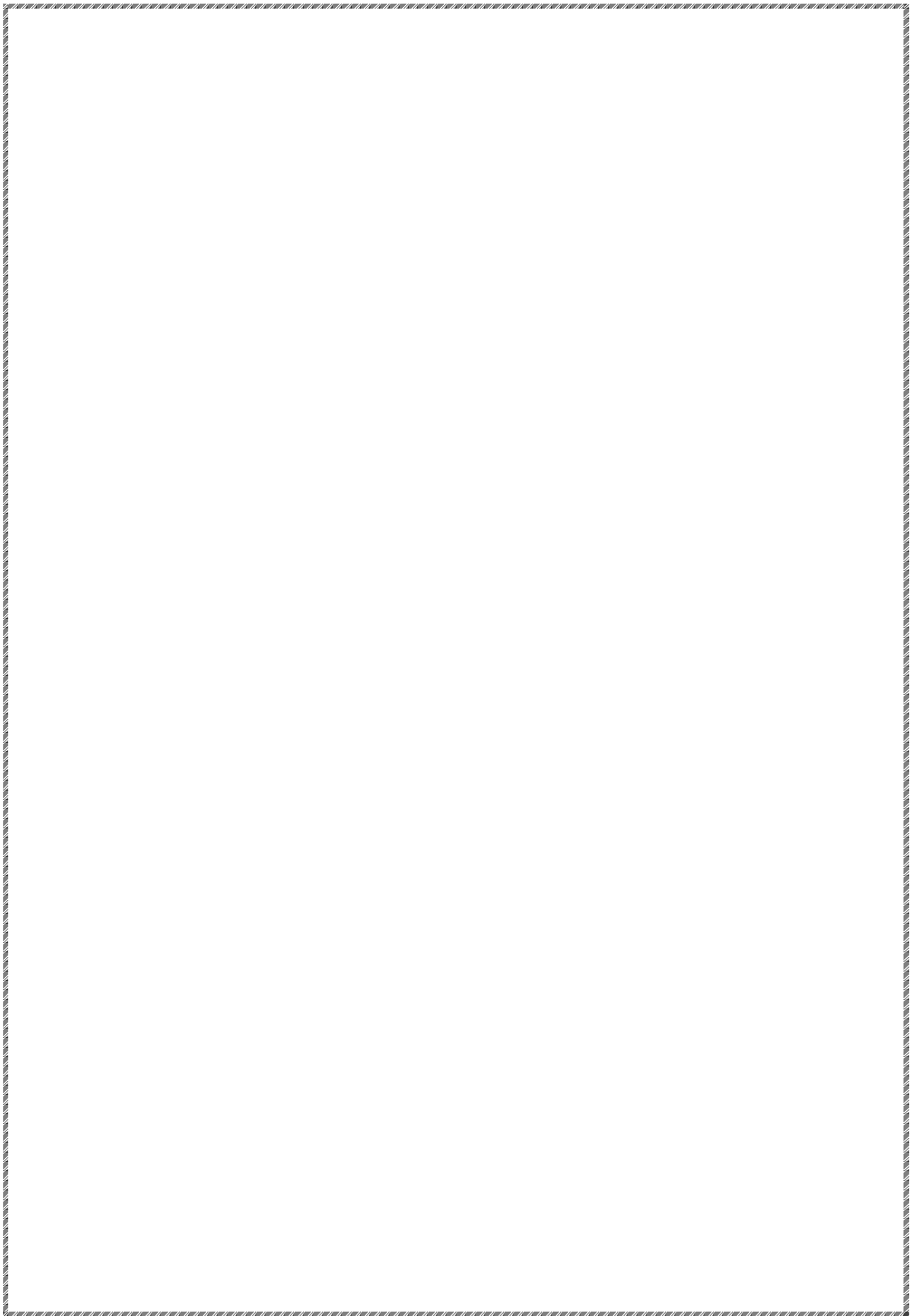
❖ *À ma copine Narimene.*

❖ *À ma binôme Nadjet*

❖ *À l'équipe de l'association « ASB »*

❖ *À tous mes amis (es) et à tous ceux qui me connaissent sans exception.*

Nina



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Ma mère :

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'affection et l'amour que j'éprouve
envers toi.*

*Puisse ce travail être la récompense de tes soutiens moraux et sacrifices que
dieu te*

*Garde et t'accorde santé et bonheur pour que tu restes la splendeur de ma
vie.*

Mon père :

*Puisse ce modeste travail constituer une légère compensation pour tous les
nobles*

sacrifices que tu t'es imposé pour assurer mon bien être et mon éducation.

Qu'il

*soit l'expression de ma profonde gratitude et ma grande considération pour
le plus*

dévoué des pères que tu es. Puisse dieu te prêter longue vie, santé et bonheur.

Toute ma famille du côté paternel et maternel :

A ma grand-mère et mon grand-père qui m'est très chers.

A ma chère tante Karima.

A mes amis :

M.Sounia, T.Nadjjet, C.Chafiaa, T.Hassiba, M.Zinne-din, Mahmoud

Karima, Y, Hanane.Hamida, Sabiha

Ma très chère binome NINA

Que Dieu vous garde.

NADJET

○ **Liste des tableaux :**

Numéro du tableau	Titre du tableau	Numéro de pages
Tableau N°1	Récapitulatif des cas étudiés	35
Tableau N°2	Résultat de test de Madame Sabah	47-48
Tableau N°3	Psychogramme de madame Sabah	49
Tableau N°4	Résultat de test de monsieur Ahmed	53-54
Tableau N°5	Psychogramme de monsieur Ahmed	54-55
Tableau N°6	Résultat de test de monsieur Tahar	59-60
Tableau N°7	Psychogramme de monsieur Tahar	61
Tableau N°8	Résultat de test de monsieur Wahabe	66-67
Tableau N°9	Psychogramme de monsieur Wahabe	67-68
Tableau N°10	Résultat de test de madame Zakia	72-73
Tableau N°11	Psychogramme de madame Zakia	74
Tableau N°12	Résultat de test de madame Nora	80-81
Tableau N°13	Psychogramme de madame Nora	81-82

○ **Listes des annexes :**

Annexes	Titres
Annexe n°1	Le guide d'entretien
Annexe n°2	Les planches de Rorschach

○ **Listes des figures :**

Figures	Titres
Figure n°1	Les types de stomie
Figures n°2	les types de poches

Introduction

L'être humain est constamment confronté à des problèmes et dangers divers qui peuvent toucher à son intégrité physique et psychique, son bien-être et nuire à sa santé, par conséquent des maladies qui l'affectent, Ainsi les personnes qui subissent une chirurgie abdominale avec la création d'une stomie, qu'elle soit temporaire ou permanente, ont besoin d'un soutien physique et psychologique continu afin de les aider à s'adapter à ce changement important dans leur vie et surtout un grand changement qui touche leur représentation corporelle. (C. Feulein, B. Crispin, A. Deccache, 2010, p. 15).

La personne qui doit subir une stomie ressent de la détresse et de l'angoisse et de l'anxiété à l'annonce du diagnostic et de l'opération. Les stratégies d'adaptation diffèrent ensuite selon que la stomie est temporaire ou permanente. L'évitement est fréquent chez les personnes dont la stomie est temporaire. Celles dont l'intervention est permanente affronteront leur situation pour, idéalement, devenir autonomes dans la prise en charge de leurs soins.

Cela signifie d'une part qu'une personne stomisée est une personne en détresse, elle vit une souffrance traduite la plupart du temps par un isolement ce qui influence sa vie sociale, et d'autre la stomie constitue un choc, un événement qui vient changer beaucoup de détails dans la vie d'une personne stomisée, commençant par son corps qui subit une modification, un handicap qui bouleverse des troubles psychologiques touchant essentiellement à sa perception de soi et l'image de son corps, sa vie sexuelle ce qui génère la dépression, l'anxiété, le stress...etc.

Cependant, la modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus facilement par rapport aux autres. L'étude de Krousse et al (2007) met d'ailleurs en évidence le fait que la moitié des patients interrogés rapportent avoir été percuté après la création de leur stomie. Les patients ont le sentiment de ne pas plus être comme les autres et de fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime à leur représentations corporelle.

Dans notre travail de recherche nous sommes intéressés à l'étude la qualité de l'image du corps et pour cela notre terrain d'étude est être à l'association des stomisées de Bejaia, dont on a constitué notre population d'étude, et nous avons utilisé l'entretien semi-directif et le test de Rorschach pour l'évaluation de l'image du corps.

La théorie psychanalytique est le cadre référentiel de notre recherche qui va être porté sur six cas, notre objectif est de savoir à quel point cette maladie peut affecter sur l'image du corps de patient.

Donc notre but de recherche est d'étudier et évaluer l'image du corps. Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en trois parties. De là nous avons formulé notre thème qui intitulé « **l'image du corps chez les personnes stomisées** ».

Pour la réalisation de ce projet, nous avons opté un terrain assurant notre travail de recherche, il s'agit de « l'association des stomisés de Bejaia », de plus, d'un cadre de référence qui est défini par les outils et techniques utilisées ; l'entretien clinique et le test projectif « l'épreuve de Rorschach ». En outre, ce travail saisit six (06) cas, cet échantillon est choisi soigneusement et minutieusement parmi les patients venus en consultation, dans le but d'en tester la fiabilité de nos hypothèses.

Pour enrichir les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons suivi le plan de travail suivant :

Partie théorique : Divisé en deux Axes :

Le premier axe intitulé « l'aspect médical et psychologique de la stomie ». Il est réservé à la présentation de la définition de la stomie, les types, l'étiologie et les buts, les soins et les appareillages utilisés par les stomisés, ainsi la stomathérapie et stomathérapeute.

Plus les thèmes réservés à l'aspect psychologique, du patient atteint qui comprend : L'annonce et acceptation de la maladie, du traitement, Adaptation et qualité de vie des patients stomisés, L'image du corps chez le stomisé, l'image du corps, la vie sexuelle, ainsi de la prise en charge psychologique.

Le deuxième chapitre réservé à la deuxième variable (variable dépendante), qui est l'image du corps qui comprend tous les concepts ayant un rapport avec cette variable à savoir les définitions, l'atteinte de l'image du corps, L'image corporelle perturbée, Rupture de l'apparence corporelle causée par la stomie, Altération du corps et diminution de l'activité sexuelle, La construction de l'image du corps à travers le Rorschach.

Le troisième chapitre on la réservé pour la problématique et les hypothèses, opérationnalisation des concepts, raisons et objectifs du thème.

Partie pratique : Comprend deux chapitres :

Le quatrième chapitre dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée dans notre recherche, le lieu de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique (l'association des stomisés de Bejaia), les critères de notre population d'étude et les caractéristiques de choix de cette dernière, et enfin les techniques utilisées telle que l'entretien clinique semi-directif et le teste de Rorschach.

Le cinquième chapitre qui est divisé en deux Axes :

Axe I : il comprend la présentation et analyse du Rorschach.

Axe II : il comprend la discussion des hypothèses.

Enfin, nous avons clôturé notre recherche par une conclusion englobant tous les objectifs tracés tout au long de notre recherche suivie d'une liste bibliographique et des annexes et des figures.

Préambule :

Les maladies qui peuvent atteindre le tube digestif sont diverses, on peut citer les maladies inflammatoires de l'intestin ; comme la colite ulcéreuse, et la maladie du crohn, l'aggravation de ces derniers nécessite la création d'une stomie qui est le résultat d'une opération chirurgicale qui consiste à l'aboucher l'organe concerné (intestin, uretère...) directement à la peau sur l'abdomen.

I. l'aspect médical :**I.1. Définitions de la stomie :**

Le mot stomie vient du nom grec « stoma » qui signifie « bouche ». Le contrôle de l'évacuation intestinale est exclusivement assuré par sphincter anal qui ne s'ouvre pas pour évacuer le bol fécal. Pour de multiples raisons médicochirurgicales; les selles peuvent être évacuées par un autre orifice. (**Christine Benoit, 1999, p283**)

La stomie : il s'agit d'un processus artificiel qui abouche l'intestin à la peau, assurant ainsi un détournement externe du contenu digestif. Selon la pathologie en cause et son traitement.

La stomie est un abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel. Les stomies sont des abouchements chirurgicaux, les abouchements spontanés (d'origine infectieuse, cancéreuse ou traumatique) sont appelés fistules. On utilise également le suffixe-stomie. (www.dictionnaire.sensagent.com)

I.2. Aperçu historique sur la stomie :

Margareth Wheite, de nationalité anglaise fut considérée dans l'histoire comme la première patiente stomisée, et à avoir une terminaison artificiel sur le ventre.

William Cheselden fut le chirurgien qui l'opéra en 1780, à l'âge de 73 ans Margareth Wheite survécu encore de nombreuses années grâce à sa stomie malgré les techniques déficientes et les mauvaises conditions hygiéniques, elle survécu. Plus forte après l'opération, elle vécut encore de nombreuses années grâce à sa stomie.

I.3. Les type de stomie :

I.3.1. La colostomie : est l'abouchement à la peau d'une partie du colon pour donner issue à la totalité du contenu de ce dernier.

Une colostomie normale doit :

- Avoir été repérée avant l'intervention (son emplacement).
- Etre bien située sur l'abdomen, en dehors des plis cutanés, loin des reliefs osseux et des cicatrices, visible par le stomisé.
- Dépasser le ½ à 1cm le plan cutané.

-Etre bien dynamique et rouge. (**Bassement Hervé, 1999, p5**)

I.3.2. L'iléostomie : est un abouchement à la peau d'une partie de l'intestin grêle (l'iléon)

Une iléostomie normale doit :

Avoir été repérée avant l'intervention (son emplacement).

Etre bien située sur l'abdomen, en dehors des plis cutanés, loin des reliefs osseux et des cicatrices, visible par le stomisé.

Avoir une trompe de 2 à 3 cm permettant aux selles de tomber directement dans la poche et de ne pas s'écouler sous les appareillages, diminuant ainsi les risques d'altération de la peau dus aux agents corrosifs contenus dans les selles iléales.

Etre bien dynamique et rouge. (**Bassement Hervé, 1999, p6**).

I.3.3. L'urostomie : est une déviation externe des urines.

Une urétérostomie cutanée directe normale peut se présenter avec 1 ou 2 orifices ; elle doit ; avoir été repérée avant l'intervention.

La présence d'une sonde urétérale est constante et permet d'éviter la sténose. Elle doit être fixée à la peau à l'aide d'un fil maintenu par une bande adhésive.

Une urétérostomie cutanée transiléale normale ou « Bricker » doit ;

-Avoir été repérée avant l'intervention (son emplacement).

-Etre bien située sur l'abdomen, en dehors des plis cutanés, loin des reliefs osseux et des cicatrices, visible par le stomisé.

-Avoir une trompe comme l'iléostomie.

-Etre bien dynamique et rouge. (**Bassement Hervé, 1999, p7**).

I.4. L'étiologie d'une stomie:

I.4.1. Les stomies digestives : en dehors de certains traumatismes abdominaux avec plaies de l'intestin qui sont, à vrai dire, rarement en cause, la plupart des stomies digestives relèvent de diverses maladies intestinales. Elles peuvent aussi être les conséquences de malformations congénitales :

-Les malformations intestinales : quelques maladies congénitales de l'intestin et certaines malformations peuvent nécessiter la réalisation d'une stomie. Leurs particularités essentielles tiennent à l'âge auquel elles sont pratiquées, il s'agit habituellement de nouveaux nés ou de nourrissons, parfois d'enfants un peu plus grands.

❖ Les tumeurs colorectales (polypes et cancers) :

Lorsqu'elles ne peuvent être extirpées par voie naturelle (endoscopique) elles nécessitent des interventions chirurgicales avec ablation plus au moins étendue de l'intestin, type d'opération utilisé ne présume en rien de la gravité de la maladie.

Il est en fait dicté par la localisation des lésions, c'est ainsi que la présence de polypes parfaitement bénins sur toute la hauteur du gros intestin peut nécessiter une ablation complète de tout le colon, alors qu'un cancer peut être guéri par la simple ablation d'un segment (20 à 30cm) du gros intestin avec raccordement sans stomie.

Certaines tumeurs situées très bas près de l'anus nécessitent parfois le sacrifice du rectum et de la zone sphinctérienne obligeant la mise en place d'une colostomie définitive qui n'a aucune signification de gravité pour la lésion intestinale.

-Les maladies inflammatoires de l'intestin : il existe plusieurs : colite aiguë, diverticule compliquée, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique. Leur gravité est due à la possibilité de complications graves (perforation, abcès).

Dans certains cas, elles peuvent être contrôlées par des traitements médicaux, parfois cependant le traitement chirurgical s'impose et consiste en une ablation plus au moins étendue de l'intestin malade qui peut aller jusqu'à la suppression totale du gros intestin parfois mais rarement le rectum lui-même doit être également enlevé obligeant la création d'une stomie définitive. Dans quelques cas, le raccordement de l'intestin n'est pas possible car l'inflammation altère la qualité des tissus, ne permettant pas la confection de bonnes sutures obligeant donc à la création d'une stomie, parfois provisoire. **(Baumel Hughes, 2003, p12).**

I.4.2. Les stomies urinaires : certaines atteintes (tumeurs, accidents, atteintes nerveuses, malformations congénitales...etc.) peuvent entraîner un risque sérieux pour le patient ou encore être cause d'un défaut de fonctionnement de la vessie en condition normale (vessie neurologique par exemple).

Dans ces conditions, il peut être nécessaire d'envisager une dérivation de la fonction urinaire. Cette opération chirurgicale, relativement importante, a pour conséquences immédiates l'obligation d'assurer l'écoulement des urines par issue artificielle.

-Urétérostomie bilatérale : dans ce cas, le port d'une sonde par stomie est obligatoire, le handicap qui accompagne ces stomies et ces 2 sondes est important.

Outre le changement des sondes (tous les mois ou tous les 2 mois environ) et de deux appareillages, elle oblige à une surveillance des sondes qui peuvent se boucher, ce qui risquerait d'entraîner une détérioration du rien correspondant.

-Urétérostomie cutanée transiléale (BRICKER) : on greffe les uretères sur une portion de l'intestin grêle (iléon) maintenue en vie, irriguée par une partie du mésentère, cette portion de l'intestin est obturée à une extrémité étant abouchée à la peau. Cette opération dite de « Bricker ». Dans ces conditions, il n'y a qu'une stomie, en réalité une stomie intestinale (iléale) et pas de sonde.

Si cette opération est possible, elle ménage au futur stomisé, un confort marqué.

Il convient de signaler que ce type d'intervention constitue un acte chirurgical lourd qui affecte, soit directement (ablation de la prostate en même temps que celle de la vessie), soit indirectement (conséquences sur certaines ramifications) certaines fonctions, par exemple sexuelles, notamment chez l'homme. **(Baumel Hughes, 2003, p 16 et p 17).**

I.5. Les buts de la stomie :

Une stomie est faite dans le but de :

- Protéger une anastomose ;
- Mettre en repos le tube digestif (maladies inflammatoires) ;
- Dériver un obstacle (sténose, compression) ;
- Permettre un drainage (fistule, perforation, dilatation) ;
- Remplacer la fonction anale (après amputation ano-rectale et coloproctectomie totale **(Nicole Loraux, 2008, p 92)**).

I.6. les appareillages et les soins de la stomie :

I.6.1. Le soin de stomie: c'est un soin simple d'hygiène, ce n'est pas un soin stérile.

Mais de l'absence de sphincter entraînant une incontinence, une poche de recueil sera indispensable.

-Le matériel nécessaire : eau de robinet, savon neutre très doux en très petite quantité, compresses non stériles, essuie-tout (type Homecel), mouchoir en papier, sac poubelle, poche ou support et poche découpés au diamètre de la stomie 1 à 3mm **(Baumel Hughes, 2003, p22 et p23)**.

I.6.2. L'appareillage :

- ❖ **Le choix de l'appareillage :** il est impossible de définir par avance quel appareillage conviendra le mieux, c'est chaque stomisé de le choisir en collaboration avec sa stomathérapeute, il sera fonction :
 - Du type de la stomie (colostomie, iléostomie, urostomie) ;
 - De la qualité des effluents (très liquide, liquides, pâteux, solides) ;
 - De l'emplacement de la stomie sur l'abdomen ;
 - Des complications possibles (cutanées, invagination...).

-Du mode de vie.

❖ **Les appareillages :**

Les stomies sont en définitive de deux type ; celles à effluents permanents (iléo et urostomie), et celles à effluents intermittents (colostomies).

Une continence totale de la stomie rend nécessaire le port permanent d'un appareil collecteur.

Les progrès réalisés récemment dans ce domaine ont largement amélioré la condition des stomie. La poche qui est mise en place immédiatement après l'opération peut être différente de celle que le stomisé portera plus tard et qui pourra être plus petite.

Il n'est ni possible ni souhaitable de préconiser à priori tel ou type d'appareillage, d'autant que l'élément déterminant est en définitive la bonne tolérance par la peau du produit adhésif utilisé et l'adaptation du stomisé aux contraintes particulières de tel ou tel type d'appareillages. Il existe pour les appareillages modernes, et pour l'usage de « jour », type d'appareillage :

-Les appareillages constitués par une poche adhésive : un anneau de matière adhésive est fixé sur la partie supérieure de la poche (appareillage mono-pièce).

-Les appareillages associant un support adhésif à une poche) : la poche s'adapte sur le support (de façon différente selon les fabricant) en assurant une fixation solide et étanche, tout en offrant la possibilité d'enlever la poche à tout moment sans avoir à décoller le support (appareillage deux pièces).

-Tampons et bouchons : ils sont utilisés uniquement par les colostomies (gauche). Ils sont auto adhésifs et conviennent particulièrement aux personnes pratiquant l'irrigation, ils ont particularité d'éviter les bruits d'échappement des gaz, et sont munis d'un tampon à la particularité de s'expansé au contact de la muqueuse colique ce qui bloque les matières pendant un certain laps et temps. **(Baumel Hughes, 2003, p26).**

I.7. La stomathérapie :

Les problèmes posés par les stomisés relèvent de soins spécifiques, s'il appartient au chirurgien de réaliser une stomie bien faite et bien placée, c'est souvent le médecin traitant qui est amené à suivre le stomisé après son retour au domicile et à renouveler les prescriptions d'appareillages.

L'environnement et le soutien familial ont une grande importance avant et pendant l'hospitalisation et après le retour au domicile.

Il est également important pour le futur ou le nouveau stomisé, de rencontrer s'il le souhaite un ancien stomisé bien réadapté (visiteur ou un stomisé-contact), cette rencontre lui permet de constater qu'il n'est pas seul et qu'il sera aidé, ce qui permet d'envisager l'avenir avec plus de sérénité.

Depuis 1976, sous l'impulsion de chirurgiens motivé et d'ailleurs fondateurs d'associations de stomisés s'est développée en France une nouvelle compétence en soins infirmiers qui est « **la stomathérapie** ».

-La stomathérapie : suppose l'acquisition des compétences techniques et de la relation d'aide qui permettront aux stomisés de retrouver une autonomie après l'intervention et de reprendre progressivement une vie personnelle presque normale.

L'action des stomathérapeute commence avant l'intervention, par des entretiens avec le patient, puis le repérage de l'emplacement de la stomie et tout au long de l'hospitalisation par une disponibilité de tous les instants, par un soutien psychologique et technique, elle se poursuit lors des consultations ultérieures. Les stomathérapeutes ont la responsabilité de faire en sorte que le stomisé devienne au plus vite possible autonome, qu'il s'occupe lui-même de son appareillage dès sa sortie de l'hôpital.

L'infirmière stomathérapeute guide le patient par ses conseils d'hygiène pour maintenir la peau péristomiale en bon état, pour le choix de l'appareillage, pour l'initier le cas échéant à la technique des irrigations coliques et pour lui apporter les renseignements administratifs appropriés. **(Baumel Hughes, 2003, p38).**

II. l'aspect psychologique :

II.8. Le vécu psychologique des stomisés :

II.8.1. L'annonce et l'acceptation de la maladie, du traitement :

Notre système de notre corps et de cet objet, de cette chose, de cette part artificielle de nous-même génère des peurs, des angoisses, nous sommes face à une idée, à un concept, des mots qui paraissent être porteur de mieux être mais aussi d'inconnu. **(c.feulien, crispin, a.deccache, 2010, p15).**

A l'annonce de l'acte chirurgical imposant la réalisation d'une stomie, la future stomisée est bouleversée. Il se trouve confronté à différentes difficultés psychologique dont l'axe central est l'anxiété plus ou moins majorée par :

- Le manque de connaissances ;
- La menace d'altération du « concept de soi » ;
- Le deuil lié au sentiment de perte.

Le futur stomisé reçoit un choc émotionnel, il doit faire face à deux mauvaises nouvelles.

- L'annonce de la maladie
- L'annonce de mise en place de la stomie.

Dans les deux cas, rien ne sera plus comme avant, les séquelles de l'intervention peuvent paraître pire que la maladie, qui est invisible, face à ces deux mauvaises nouvelles, le patient comprend mal, et ne retient pas. (M.Eyffred, Lavigne, 2002, p18).

Lors de l'annonce d'une stomie, il y a une réaction émotionnelle inévitable. Il est difficile de déterminer où en est le patient dans son parcours d'acceptation de la maladie ou de son traitement, les chercheurs ont utilisés le modèle de distanciation ou d'intégration d'une maladie chronique, il existe deux processus possible soit celui d'intégration qui induit un passage par différentes étapes permettant l'acceptation de la maladie et /ou du traitement ; soit celui de résignation qui montre le non intégration, ou non acceptation par le patient de son nouvel état de santé.

Afin de déterminer dans quel processus se situe le patient, les critères sont :

❖ Les différentes étapes du processus de distanciation :

L'angoisse : « à la perspective d'une maladie non guérissable, les réactions émotionnelles normales tendent à se figer en un malaise psychique »

-Le déni/ refus : le déni est un mécanisme de défense essentiellement inconscient protégeant contre une réalité menaçante. Le patient paraît détaché, banalise ce qui lui arrive, oublie involontairement de prendre son traitement. Tandis que dans le refus, la maladie est intellectuellement reconnue mais pas les émotions qui l'accompagnent. Le patient présente un sentiment de honte et la maladie est souvent dissimulée à l'entourage.

-La résignation : apparaît quand les stratégies d'évitement cèdent sans avoir été résolue. Le patient subit la maladie, est résigné et s'en remet aux soignants et à l'entourage. Il prétend accepter son sort, il imagine le pire, l'amertume est souvent présente.

❖ Les différentes étapes du processus d'intégration sont :

-L'incrédulité passagère : « Mécanisme de défense physiologique et de courte durée, tendant à atténuer la réalité ».

- La révolte : est la confrontation à la maladie, un sentiment d'injustice est présent ainsi que les réactions agressives et les revendications. Cette révolte peut être masquée (manque du suivi du traitement) ou se manifeste ouvertement. Il ne s'agit nullement d'une agressivité à destination du personnel.

-Le marchandage : le patient est conscient de la présence de la maladie mais négocie certains aspects du traitement. Il exploite les contradictions pour essayer de négocier différents aspects du traitement.

-La capacité dépressive : n'est pas un état dépressif mais fait partie du cheminement vers l'acceptation. La tristesse est l'intégration de ce qu'il va falloir changer dans la vie.

-L'acceptation : le patient assume sa maladie et retrouve un équilibre émotionnel reconnaît les contraintes et les risques de la maladie. Il est en mesure de gérer sereinement son traitement son traitement dans la vie quotidienne.

Il faut savoir que les patients peuvent parfois faire des allers retours entre les différentes étapes.

Il en existe qui ne sont engagés dans aucun des deux processus, car l'anxiété est leur trait dominant. Sur base de ces déclarations et ces critères les chercheurs ont déterminé vers quel processus tend le patient. **(C. Feulien, B.Crispin, A.Deccache, 2010, p15, p16).**

En général le patient méconnaît complètement l'aspect, la localisation, le fonctionnement et les moyens d'appareillages d'une stomie. De plus le langage technique du chirurgien ne favorise pas toujours la compréhension, pour certains les connaissances souvent vagues. A tout cela s'ajoutent parfois des souvenirs marquants de patients anciens stomisés, porteurs d'un anus artificiel présentant de gros problèmes d'appareillages, avec fuites et odeurs.

Pour le futur stomisés l'avenir est souvent sombre : peur de la maladie, de l'opération, de la stomie, des traitements complémentaires, il se pose la question est-ce qu'il va survivre à tout cela et de toute manière, comment vivre avec ça (la stomie).

Le contrôle des exonérations est une étape importante de la vie en société. Or, avec une stomie, il n'y a plus de contrôle, et le stomisé va éprouver un profond sentiment de régression. La stomie va extérioriser la maladie, la rendre présente, elle est vécue comme un rappel permanent de la maladie qu'elle stigmatise.

Le schéma corporel va être profondément modifié, entraînant une absence de protection dans l'avenir avec un tel handicap, (je serai dépendant avec ça sur le ventre, comment vais-je m'habiller, reprendre activités).

Vulnérable dans son corps comme dans son esprit, la stomisé se tourne vers son entourage, épient le moindre signe de sympathie ou de répulsion, ce qui lui permet d'anticiper le d'anticiper le comportement ultérieur de ses voisins, de ses collègues de travail. Il a besoin du soutien de son entourage pour trouver le courage de s'accepter et de répondre à vivre normalement, mais l'entourage familial est souvent aussi choqué et désespéré que le stomisé lui-même. Cependant il constitue un rempart contre le stress de la maladie et peut convaincre le patient qu'on l'apprécie et qu'on a besoin de lui. **(M.Eyffred, C.lavigene, 2002, p18-p19).**

II.8.2. Adaptation et qualité de vie des patients stomisés :

Comme évoqué plus haut, les nombreux changements engendrés par la pose d'une stomie demandent au patient d'accepter sa nouvelle apparence mais aussi de nouvelles contraintes. Il doit se « mettre en confiance » avec l'appareillage, affronter le regard des autres, s'auto-former pour gérer sa vie quotidienne. On trouve 3 concepts affectant l'adaptation des patients à la stomie. **(C.feulien, B.Crispin, A.Deccache, 2010, p5).**

II.8.2.1. L'acceptation physique :

-Diminution des capacités :

La perturbation la plus évidente concerne l'élimination des selles : le patient ne peut plus aller aux toilettes mais il est contraint de changer régulièrement une poche remplie de selles. D'une certaine manière, il perd le contrôle sur le fonctionnement de son corps. Cette perte de contrôle est source de problèmes tels que l'émission de selles et ou de gaz incontrôlée, à un mauvais moment.

A cela s'ajoutent d'autres problèmes tels que fatigue, manque de force, troubles du sommeil, douleur, incontinence, mal-être physique, problèmes de peau autour de la stomie, difficultés liées au retour au travail ou rencontrées dans les loisirs et les voyages, etc. avec le temps le patient arrive à accepter ces changements et s'adapter.

-Sentiment d'insécurité :

Le sentiment d'insécurité en rapport avec l'appareillage lié à la stomie. Ils ont peur que la poche ne se voie, particulièrement lorsqu'elle est remplie de gaz. La majorité des patients relèvent d'ailleurs, que le choix des vêtements a été modifié à des degrés divers : les femmes préfèrent porter des vêtements larges et certains hommes portent des bretelles.

Par ailleurs, la perte de contrôle sur les selles et l'émission des gaz est inconfortable. Les patients relatent leur inquiétude : ils ont peur de blesser la stomie ou que la poche ne cède, ils redoutent la vidange de la poche dans un lieu public et craignent que d'autres personnes puissent sentir l'odeur. (**Ibid, p6**).

II.8.2.2. L'acceptation psychosociale :

-Acceptation de soi :

La stomie provoque chez les patients le sentiment d'être différent des « autres » et est perçue comme « un objet qui leur est étranger ». Cela peut être source de mal-être. Certaines études de mettent d'ailleurs en évidence le fait que la moitié des patients interrogés rapportent avoir été dépressifs après leur stomie.

Les patients ont le sentiment de ne pas/ plus être « *comme les autres* » et de ce fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime d'eux-mêmes.

-L'influence de la stomie sur la vie sociale :

L'environnement social est très important après une stomie car la plus grande partie de l'anxiété des patients est provoquée par la perception de la stomie par les autres. Ainsi, l'accompagnement par la famille et l'entourage proche est primordial. Les patients qui perçoivent un moindre soutien s'adaptent plus difficilement à la stomie que les autres.

Les patients stomisés craignent les fuites et les odeurs, surtout lorsqu'ils sont en contact avec des personnes extérieures. Certains patients racontent par exemple l'impossibilité de retourner à

la piscine ou au sauna. Les personnes porteuses d'une stomie, globalement, ont peur que les autres puissent voir l'appareillage au travers de leurs vêtements. Ils craignent que cette vision provoque des changements dans leurs attitudes et in fine, provoquent une modification de leur propre vie sociale.

Certains patients se sont repliés sur eux-mêmes, tandis que d'autres ont limité leurs contacts sociaux aux amis, aux voisins et autres personnes dans la même situation. Certains affirment d'ailleurs rechercher des personnes « comme elles ». Aucun des patients ne dit pourtant avoir été traité différemment une fois la présence de la stomie révélée, et, les patients l'ayant annoncé n'ont pas rencontré de problème particulier pour en parler.

Enfin, alors que le regard des soignants participe au soutien social, aucune étude ne s'est intéressée à l'influence du regard des soignants sur l'acceptation par les patients de leur stomie.

(Ibid, p7).

II.8.2.3. L'adaptation aux soins :

La pratique de l'auto-soin a beaucoup d'importance dans l'adaptation du patient à la stomie. A la sortie de l'hôpital, le stomisé doit être capable de vider sa poche, de changer son appareillage et de soigner la stomie. Le rôle d'éducation aux soins des infirmières stomathérapeute est alors primordial. Relèvent cependant que l'apprentissage de l'auto-soin ne peut débuter que si le patient accepte sa nouvelle image corporelle. Cela se manifeste par : regarder et parler de la stomie, toucher la poche, laisser voir la stomie par le conjoint ou une personne de l'entourage... etc.

Dans certaines études, les chercheuses ont observé l'adaptation des patients à leur stomie lorsqu'ils reçoivent, avant l'opération, des informations concernant leur opération, des détails sur les différents types de poche et la manière de les changer. Ainsi, les auteurs constatent que les patients ont une plus grande confiance en eux pour la réalisation des manipulations et des soins de leur stomie quand ils ont été informés. Par ailleurs, les patients ayant eu préalablement des interactions avec un stomathérapeute s'adaptent mieux, psychologiquement, aux différents changements qu'occasionne le placement d'une stomie. **(Ibid, p8).**

II.8.3. L'image du corps chez le stomisé :

L'image du corps est un élément essentiel pour notre ressenti et notre action, dans le monde, vers nous même et autrui. Au-delà de l'image visuelle, l'image ressentie, l'image perçue dans le regard de l'autre, intime ou professionnel vient redéfinir nos limites physiques et psychique entre ce qui est dedans et ce qui dehors, ce que nous imaginons et ce que nous voyons.

La modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus rapidement.

La mise en place d'une stomie entraîne une asymétrie abdominale, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel perturbe les expliquer des réactions de révolte ou de colère.

Les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue, l'acceptation est plus ou moins difficile et besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand. Mais certaines études montrent que, globalement, le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible.

Il est à noter que le site de la stomie aurait une influence, de moindre importance, sur l'adaptation du patient (les stomies rectales seraient plus difficiles à accepter). Ensuite, le fait qu'une stomie soit temporaire donnerait au patient l'espoir de retrouver une élimination normale des défécations et, peut-être paradoxalement, freinerait le processus d'adaptation et d'autonomie.

Il est ici nécessaire de verbaliser les colères, les peurs, les hontes, et aussi les découvertes que cette expérience physique, morale, émotionnelle va provoquer, car la question de l'image du corps est une reconquête du corps ou conquête de ce qui change, c'est une découverte d'un nouveau territoire pour soi-même et pour les autres. La personne va revisiter sa garde-robe, ses activités, non pas forcément en perdant quelque chose mais juste en faisant autrement, cela implique une fois encore du changement et c'est cela qui est le point sensible. **(C. Marie, S. Sandrine, p13- p14).**

II.8.4. La vie sexuelle du stomisé :

La sexualité est l'un des aspects de santé ayant un impact important sur la qualité de vie. La reprise de cette activité peut déterminer l'adaptation à la stomie. Cependant pour le patient stomisé, certaines difficultés surviennent par exemple après une chirurgie pelvienne pour cancer rectal. Des troubles physiologiques liés aux lésions des fibres nerveuses des systèmes parasympathique et sympathique, entraînent des problèmes d'érection ou d'éjaculation chez l'homme, des problèmes d'anorgasmie et de lubrification chez la femme ; étant donné l'étendue de la tumeur ou des lésions inflammatoires, la longueur du vagin peut être diminuée entraînant alors une sévère dyspareunie. La radiothérapie complémentaire peut aussi détruire des nerfs ou des vaisseaux sanguins affectant la fonction sexuelle.

Des difficultés d'ordre psychologique peuvent empêcher l'activité sexuelle : ces obstacles sont liés à la peur de ne plus être aussi attrayant ou séduisant, liés à la baisse de l'estime de soi, à la honte, à la peur d'être confronté au moment des relations sexuelles, à des problèmes avec la stomie, ou à la peur de l'échec qui reste, en soi, un facteur d'échec. L'attitude du conjoint et la qualité de la communication dans le couple ont ici un rôle primordial. L'adaptation de la personne stomisée est souvent interdépendante de sa relation avec son conjoint. C'est pour cette

raison que l'on s'intéresse aux préoccupations et aux craintes de la personne proche ou de l'entourage avec autant de soin que pour le patient stomisé.

Des dysfonctions sexuelles peuvent relever directement de la dynamique de la relation dans le couple. Il est important pour les soignants (chirurgien, médecin, stomathérapeute) lors du suivi ambulatoire à long terme, d'explorer ce domaine afin de discerner le mieux possible le type de difficultés et orienter le patient vers des consultations spécialisées : urologie, sexologie, thérapie de couple ou psychothérapie. (C.Soravia, S.Beyler, L.Lataillade, *Revue Médicale Suisse*, 2005)

II.9. La prise en charge psychologique des stomisés :

La psychologie étant sciences des faits psychiques visant à la connaissance des activités mentales et des comportements en lien aux conditions de l'environnement, impose la présence nécessaire d'un psychologue dans chaque centre de stomathérapie, car entre le diagnostic médical, le pronostic, l'explication chirurgicale, l'acte et l'après, il ya des adaptations « psychoaffectives émotionnelles » qui vont se produire chez la personne et ses proches. Ceci va toucher le rapport de la personne à elle-même, aux autres, au monde, secouer ses peurs, ses croyances, ses projets, simplement redéfinir sa vie.

Etre accompagné, savoir que nous proches peuvent l'être aussi et que les équipes qui nous accueillent sont soutenue dans leur travail est un apaisement, un réconfort possible face é l'avenir, celui du quotidien.

❖ Le psychologue introduit un lien entre ;

-La personne et la personne. La personne et les soignants.

-La personne et les proches. Les soignants et les proches.

Un lien dans le dire, dans le comment dire, dans le comment faire « avec »...et surtout autour du « faire face » à l'autre, celui dont le changement s'est imposé pour un mieux-être physique médical mais souvent un « moins bien-être » sur le plan relationnel avec lui-même, les proches, le social.

❖ **Le psychologue écoute et entend :**

C'est aller au-delà du discours, c'est une perception en action simultanée avec tous les sens, c'est une attention au fond tout en tenant compte de la forme. Cela nous permet de dissocier différentes formes d'écoute, d'accompagnement qui peut être complémentaires mais qui ont des fonctions et des points d'actions qui seront différents.

❖ **Le psychologue accompagne :**

Nous parlons d'accompagnement plus que d'une prise en charge, car l'accompagnement pose d'emblés la notion de participation. L'accompagnement des personnes a pour but de

promouvoir leur autonomie, d'apporter des services ou des solutions leur permettant de se gérer par elles même, dans la recherche de leur bien-être physique, morale, psychologique.

La pratique d'accompagnement repose sur des principes simples :

- Prendre en compte et répondre à des demandes, des exprimées librement, des besoins implicites ou latents tout en avançant aux cotés de la personne, à son rythme.
- Conseiller, orienter, donner des indications et des points de repère, aider, soutenir dans l'environnement proche, proposer et mobiliser les ressources disponibles.
- Respecter son pouvoir de décisions, accepter ses différences, respecter son intégrité, sa dignité et son intimité, respecter des principes de confidentialité.

La fonction du psychologue ici donc n'est pas celle de celui qui donne la solution, qui répond aux interrogations techniques, mais c'est juste une boîte ; boîte outils multiples et variés, il s'agit d'accompagner la personne à s'accepter avant tout et à trouver des stratégies afin de faire face aux situations qui lui font le plus peur.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire la fonction du psychologue est de ramener les professionnels vers une réalité moins mécanique, d'un acte à poser pour soulager et guérir. Le psychologue doit les aider à comprendre l'importance de donner du sens à cette mécanique, de rassurer et d'entendre les messages qui leurs sont adressés alors. Auprès de la personne il va lui donner la possibilité d'exprimer ses peurs et de les analyser afin que l'anxiété diminue.

Dans le travail de deuil du stomisé, le psychologue peut lui permettre de changer son regard sur la situation, l'aider de façon concrète, à s'approprier ce changement par des jeux, des discussions, permettre un cheminement vers l'acceptation de ces changements et la découverte de soi-même à travers ces changements.

Donc le psychologue peut être un soutien technique, un coach de vie permettant un apprentissage vers un nouvel espace d'actions, ceci à travers un travail de motivation, et des techniques qui peuvent permettre de construire d'autres objectifs de vie, affronter les problèmes avec plus de distance et réussir en harmonisant corps, esprit et émotion par la gestion du stress, la relaxation...etc. (C. Feulien, B. Crispin, A. Deccache, 2010, p11, p12).

Synthèse :

La revue de la littérature nous confirme que des initiatives ont bien pris en compte les résultats des nombreuses études ayant mis en évidence les difficultés et les enjeux des soins et de l'autogestion des soins de stomie. Mais il y a encore vraisemblablement beaucoup à faire pour comprendre et prendre en compte les besoins des patients stomisés qui, comme le dossier le révèle, ne s'arrêtent pas aux soins et à l'auto-soin à proprement parler.

Préambule :

Tout problème de santé peut perturber le concept de soi et, par-là même, l'image corporelle. On parler du L'image du corps, peut être interprétée comme une perception qu'un individu a envers son propre corps, particulièrement son apparence; cette perception comprend plusieurs dimensions, aussi cette notion a cependant un sens qui varie selon les personnes atteintes dans leur image corporelle ?

1. Définition des concepts: l'image, corps, l'image du corps**-Définition de l'image :**

«L'image est un événement psychologique qui a pour vocation de restituer l'apparence figurative des objets ou des événements en dehors des conditions matérielle de réalisation d'un champ perceptif». (Broch et coll. 2007, p599-600)

-Définition du corps :

Selon le dictionnaire petit Larousse : Le corps est un «Organisme humaine ; partie matérielle de l'être humain (par opposé à âme, à esprit)» (Larousse, 2013, P606).

Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie : « Le corps est un concept traditionnellement opposé à ce lui de psychisme. Ce concept et ce dualisme se sont trouvés complètement bouleversés, dans un premier temps, suite à l'introduction par (Freud) des concepts de conversion hystérique et de pulsion, et, dans un second temps, suite à l'élaboration par Lacan des concepts de corps propre, d'image spéculaire, de corps réel, de corps symbolique». (Bloch. H et Coll. 1997, P218).

-Définitions de l'image du corps :

La notion d'image du corps appartient au champ conceptuel de la psychanalyse.

Selon Paul Schilder, l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». C'est la somme des jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées.

En 1990 Bruchon - Schweitzer donne une nouvelle définition de l'image du corps « l'image du corps paraît appropriée pour décrire les aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu non seulement à propos d'un corps-objet pourvu de propriétés physiques (tailles poids, volume, orientation...) mais aussi à propos d'un corps-sujet-investi d'affects complexes, plus ou moins conscients, et souvent de nature auto évaluative.» (B.Schweitzer, 1990, P. 176)

Nous avons emprunté le terme d'image du corps pour désigner ces structures: images, car ce qui régit leur dynamique lié à l'imaginaire du désir; du corps, par ce que le plaisir, tremplin du désir, s'étaie de façon indissociable sur des besoins corporels engendrant un vécu somatique et relationnel global (le bébé ne peut satisfaire ses besoins vitaux qu'au sein d'une relation à sa mère) qui se duplique en psychique (**Herbert, J, 1995, p53**).

Dolto F, reprend le terme .L'image du corps se distingue du schéma corporel, «abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité ; image de base, image fonctionnelle et image érogène. » (**Dolto. F, 1984, p49**).

Pour Anzieu. D l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. Il désigne par la notion Moi-peau «une figuration dont l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenu psychique, à partir de son expérience de la surface du corps»(**Anzieu. D, 1985, P61**).

2. Le schéma corporel :

Le schéma corporel est souvent confondu avec l'image corporelle. Tous deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre.

Selon Françoise Dolto, psychanalyste, le schéma corporel « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est le même pour tous les individus. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, il est indépendant du langage ». Il est une réalité de fait, constitué à partir de perceptions. Le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient alors que l'image du corps est éminemment inconsciente.

3. L'image corporelle d'après bob Price :

Bob Price, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres (1998), définit en trois composantes : Le corps réel, le corps idéal et l'apparence.

a. Le corps réel :

C'est le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du Temps et les agressions du milieu. C'est en quelque sorte une composante de l'environnement. Le corps réel change à la fois parce qu'il vieillit d'une part, et parce qu'on l'utilise en permanence d'autre part. De même, les traumatismes, le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer de manière radicale le corps réel. Un regard réaliste sur les possibilités et les limites du corps réel constitue souvent l'élément déclenchant d'une réflexion autour de ce qui menace l'image corporelle et d'une prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle. Quand le corps réel change, il s'écoule souvent un certain laps de temps avant que

l'image corporelle change, elle aussi. Durant ce laps de temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit.

b. Le corps idéal :

C'est l'image mentale du corps rêvé et des prouesses qu'il devrait accomplir. La conception du corps idéal est profondément influencée par les normessocioculturelles, par la publicité et par les diverses modes concernant la forme physique et la santé.

L'image mentale du corps idéal peut être perturbée par une altération du corps réel et toute perturbation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne.

c. L'apparence :

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal et c'est pour essayer de faire correspondre le rêve à la réalité que l'on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est, littéralement, la façon dont on présente son corps au monde extérieur : la façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa présentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne ou un appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne. De même, la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps réel) peut aussi changer radicalement l'apparence.

4. L'atteinte de l'image du corps :

L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel ».

La douleur et la souffrance morale peuvent être masquées par les plaintes somatiques et traduiront détresse, anxiété, dépression, atteinte narcissique, deuil, regret d'une image perdue. Le risque étant une focalisation permanente de la pensée sur le corps douloureux avec un repli et une régression voire au maximum une inhibition de la pensée.

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

5-L'image corporelle perturbée : Nous observons une association entre les personnages méchants et une représentation corporelle déformée (monstre, sorcière, ogre,...). Cela implique

que nous sommes, dès le plus jeune âge, amenés à faire un lien entre les caractères physiques des personnages et leur personnalité. De beaux attraits physiques sont ainsi attribués à des héros et à des personnalités positives et inversement, un physique désavantageux est attribué aux personnages néfastes. Cette manière de forger les mentalités se reflète dans la société actuelle où l'on retrouve une discrimination pour les personnes ayant un physique ne correspondant pas aux critères imposés.

Les médias véhiculent une image corporelle impossible à reproduire. Cette dimension prouve bien la difficulté majorée des personnes confrontées à des perturbations de leur

Image corporelle. La perturbation de l'image corporelle affecte les trois composantes de l'image corporelle définie par Price (1995). L'atteinte de ses trois éléments va perturber l'équilibre psychique de la personne. En effet, selon Potterton (1986), « Le sentiment de ne pas être une personne complète peut rapidement entraîner un état d'esprit qui annihilera une personnalité et détruira la capacité à penser de manière positive. ». La réaction à une modification de l'image corporelle va varier en fonction de « [...] l'âge, le sexe, la personnalité, les croyances, les valeurs, les attentes et l'origine socioculturelle, auxquels s'ajoute le niveau de préparation aux changements, [...] ».

L'intensité des difficultés face à une perturbation de l'image corporelle va ainsi varier en fonction de multiples critères et va nous amener à adopter une prise en soin respectant la singularité de la personne et de son partenaire. Aussi, le vécu de chaque individu va influencer sur sa gestion des répercussions d'une perturbation de leur image corporelle.

Dans un contexte de cancer, alors même que l'acte chirurgical a pour but primaire de détruire la tumeur et de sauver la vie, il peut être vécu par le patient comme une mutilation, une atteinte à son image corporelle, pouvant avoir des conséquences sur sa qualité de vie. **(C.Paquis, 2008, P. 03)**

5.1. Epreuve du miroir et trace d'un délit sur le corps :

Après un changement corporel causé par la présence d'un corps étriqué, capable d'éveiller le désir et d'être nourricier, fait place à une image désolante évoquant le manque et la blessure, synonyme de honte, de tristesse, d'un corps à dissimuler. Se regarder dans le miroir est presque toujours une épreuve qui tient de l'effroi. Impossibilité de regarder ce qui manque, impossibilité de toucher aussi. **(Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).**

5.2. La dysmorphobie :

Parmi les différents troubles de l'image du corps, la dysmorphophobie c'est une phobie créée par regard d'autrui la dysmorphobie est un individu normalement constitué qui croit être affecté de déformation physiques, qui croit son corps déformé cette « obsession » de la

différence du corps peut porter soit sur sa grosseur ou sa maigreur, soit sur sa taille, soit sur l'aspect disgracieux du visage, soit enfin sur les caractères sexuels.

Elle se rencontre surtout chez les adolescents mais peut perdurer à l'âge adulte, prenons un exemple j'ai reçu une jeune femme de 24 ans qui présente des conduites phobiques.

5.3. La pathologie des images du corps selon F. Dolto :

F. Dolto nous montre que le processus de régression des images du corps est le processus inverse de leur structuration. Pour elle ce processus est toujours dépendant d'une relation affective; il ne faut donc pas déduire un déterminisme organiciste car c'est grâce à la relation de langage entre le sujet et son entourage que la généralité du processus d'articulation de l'image du corps et du schéma corporel s'éclaire comme la personnalisation narcissique défensive du sujet.

F. Dolto explique que la pathologie de cette image du corps peut survenir tout au cours du développement et même être due à la vie intra-utérine, alors que les manifestations ne se révéleront qu'y plus tard.

Un être humain peut sans -avoir d'anomalies neuromusculaires ou neuro-végétatives être trouvé dans l'impossibilité de structurer sa première image du corps et même de soutenir son narcissisme fondamental. Il suffit qu'il ait subi des ruptures dommageables du lien précoce avec sa mère.

C'est l'exemple du schizophrène chez qui la potentialité de symboliser l'image du corps a été interrompue (par absence de parole l'enfant va symboliser pour lui-même tout ce qu'il vit dans un code qui n'est plus communicable : ainsi du psychotique muet qui présente rarement des troubles organiques, mais ne présente pas de médiation de l'image du corps, le schéma corporel vit tout seul. Le sujet se désolidarise de son corps. On constate que cela arrive dans des cas d'hospitalisation précoces, de séparation brusque mère-enfant, en bref dans des cas où les castrations ne sont pas symbolisées, seuls les besoins physiologiques étant comblés.

C'est le cas de toutes les maladies psychosomatiques, correspondant d'ailleurs à des psychoses ou névroses plus ou moins graves selon que les traumatismes ont lieu avant la castration primaire et plus encore avant la marche et avant l'achèvement neurologique du schéma corporel.

Ce sont les symptômes de dérèglement végétatif. Ainsi quand les zones érogènes (visage, bouche, anus, fesses) liées aux pulsions orales et anales ne sont plus intégrées au plaisir ni en relation avec la mère ni aux images de base correspondante (ventre, estomac), il y a régression

du sujet jusqu'à des images cardiorespiratoires et péristaltiques. Il peut y avoir un retour impossible à la mère fœtale ou appel en vain à la mère tactile; ce qui peut provoquer des crises d'asthme...

F. Dolto nous montre que le rôle du psychanalytique est rendre le sujet désirant afin de permettre une reconstruction de l'image du corps en rapport avec le schéma corporel. **(Y. Vanpouille, 1987, P. 18-19).**

6. L'estime de soi :

L'estime de soi est une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept de soi). En tant que structure cognitive, le concept de soi est fait d'éléments auto descriptifs (traits, comportements, états...), chroniquement accessibles ou temporairement saillants, variant quant à leur désirabilité ou leur utilité sociale. Cette valeur résulte de processus d'intériorisation et de comparaisons sociales plus ou moins sélectives. Bien que certaines personnes s'attribuent peu de valeur (dépressifs), les psychologues établissent sur une motivation des gens à maintenir l'estime qu'ils ont d'eux-même à un niveau élevé. **(Ersoc Roland et Françoise Parot. p 2012).**

Valeur personnelle, compétence, qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi actuel, d'une part et d'autre part, le moi idéal, le moi qu'il devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qu'il connaît. **(Bloch H, et al. 1999. p117)**

L'estime de soi est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou sa réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-même. 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, p07).**

7. Rupture de l'apparence corporelle causé par la stomie:

La modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus rapidement **(Piwonka et al, 1999).**

La mise en place d'une stomie entraîne une asymétrie abdominale, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel perturbe les patients qui découvrent pour la première fois leur stomie et peut fortement les stresser et expliquer des réactions de révolte ou de colère.

Les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue, l'acceptation est plus ou moins difficile et le besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand. Mais l'étude de Piwonka et al. (1999) montre que, globalement, le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible.

Il est à noter que le site de la stomie aurait une influence, de moindre importance, sur l'adaptation du patient (les stomies rectales seraient plus difficiles à accepter – Simmons et al, 2007). Ensuite, le fait qu'une stomie soit temporaire donnerait au patient l'espoir de retrouver une élimination normale des défécations et, peut-être paradoxalement, freinerait le processus d'adaptation et d'autonomie (Staelens, 1999).

8. Altération du corps et diminution de l'activité sexuelle :

Des réactions de choc, de dégoût et de répulsion face à la stomie lorsque les patients la découvrent la première fois ont été mises en évidence dans différentes.

Ces réactions influencent les relations affectives et sexuelles des patients. En effet, les patients expérimentent un profond sentiment de dégoût vis-à-vis de leur corps.

La présence d'une poche sur la stomie est perçue comme « un intrus » lors des relations sexuelles (Manderson, 2005).

Persson et al. (2002) expliquent que globalement, les patients pensent qu'ils sont moins attirants.

9. La construction de l'image du corps à travers le Rorschach :

Il est bien évident que les tests projectifs vont nous fournir une image de l'image

Du corps du sujet dans ses différentes dimensions.

Dans le Rorschach, les taches étant à la fois non structurées et organisées autour

D'un axe ces caractéristiques spatiales des planches induisent le sujet à prendre son propre

-Corps comme référence :

En haut, en bas, à droite, à gauche, au centre, le milieu étant constitué d'un axe vertical suggérant l'axe du corps et en sollicite tant la projection. Le sujet va donc prendre position dans l'espace et donner corps à sa réponse.

L'image du corps, elle, serait plutôt sollicitée par l'ambiguïté de la délimitation formelle des taches ou de parties de taches, ambiguïté que le sujet va essayer de réduire ou dans laquelle il va se dissoudre.

L'image du corps va se refléter dans la qualité formelle des réponses (formes bien délimitées, mal délimitée ou floues) et encore dans les propriétés formelle des réponses dur, mou, ouvert, cassé, etc.)

On pourrait dire que le corps de la réponse du sujet va porter l'empreinte de ce qu'il ya de plus corporel dans l'appareil psychique, c'est-à-dire le Moi. (**Sanglade, Anne, revue française de la psychanalyse**)

Le Rorschach teste la présence d'une image du corps intégré, qu'il y ait ou non des réponses portant sur le corps. Le point de départ de cette hypothèse est évidemment la structure du stimulus, bâti autour d'un axe vertical, dégagé par contraste sur un fond blanc par des contours qui délimitent le dedans du dehors. Ce stimulus, cet engramme perceptif, cet espace est un espace corporel, «un corps» dans le sens de tout corps, animal, végétal, humain ou objet inanimé. Ce corps est simplement nommé, ou il est présenté comme très valorisé, magnifié, «un très beau papillon» (pl. I) ou comme atteint est mutilé «un papillon qui a les ailes déchiquetées », «une boîte de conserve toute cabossée» (pl. IV). Autrement dit, il est investi par l'énergie libidinale et de plus vécu dans une relation avec le monde.

Il ne s'agit donc pas ici de projection du corps propre, connu, objet de l'activité cognitive, mais bien plutôt de corps vécu, objet et sujet de l'activité affective. L'espace corporel devient espace relationnel. (**Chabert C, 1988, p4**)

Synthèse :

Pour conclure, Une stomie entraîne une altération de l'image du corps ; il y a une rupture dans la représentation mentale que l'individu a de son propre corps. Certaines personnes décrivent le sentiment d'être amputées, endommagées, et peuvent avoir la sensation d'être coupées en deux. Ce changement suscite une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation. Bien souvent, l'intensité des réactions émotionnelles à la modification du corps est moins liée à la gravité de l'incapacité qu'à l'importance attribuée à l'aspect physique.

Problématique :

L'être humains est une unité multidimensionnelle (sociale, culturelle et économique) qui est prédisposé aux différents événements positifs et négatifs tel que les traumatismes et les maladies qui sont en étroite interaction entre son psychisme et son corps. Ces interactions provoquent chez lui des altérations de la santé qui peuvent aboutir à des complications. On dira que l'individu peut atteindre des maladies réversible ou irréversible.

Le cancer est parmi les maladies chroniques du siècle, dont les causes sont liées à une grande déficience nutritionnelle, de changement du mode de vie et à des facteurs génétiques et héréditaires. Parmi les cancers les plus fréquents le cancer des poumons, du col d'utérus et le cancer du sein et cancer du colorectal.

La découverte d'un cancer colorectal est toujours un énorme choc pour l'individu, l'annonce du cancer, le rapproche de la mort, c'est aussi une atteinte potentielle du corps avec la peur des mutilations à venir. Même si l'espoir d'une guérison peut être davantage présent aujourd'hui, malgré l'avancement des connaissances scientifiques sur les causes et les mécanismes de développement du cancer du colorectal mais les conséquences d'un cancer du colorectal chez les patients reste toujours très difficile à préciser, surtout sur les relations conjugales très intimes. le cancer colorectal reste une épreuve très difficile pour les patients et leurs conjoints qui à leur tour affecte et changer leur vie.

Selon les chiffres issus du Cahier SIPES de mars 2009 sur le dépistage du cancer colorectal en Communauté française (Jonckheer, 2009), le cancer colorectal touche plus d'un million de personnes chaque année et en tue près de la moitié. En Belgique, en 2004, ce sont 7 582 nouveaux diagnostics qui ont été enregistrés par la Fondation Registre du Cancer. Les données épidémiologiques indiquent que ce cancer constitue une menace grave pour la santé publique en Communauté française.

Il est en effet la troisième cause de cancer chez les hommes, la deuxième chez les femmes et la deuxième cause de décès par cancer, ce qui démontre sa sévérité. Nous nous situons d'ailleurs parmi les pays aux plus hauts taux d'incidence et de mortalité liés à ce cancer dans le monde. **(Jonckheer SIPES de mars 2009)**

L'ablation engendre la pose d'une stomie définitive ou temporaire. Cette intervention est lourde physiquement et psychologiquement pour le patient qui doit, quotidiennement, gérer les conséquences de l'intervention qu'il a subie, sans compter que, la plupart du temps, il est aussi atteint d'un cancer et doit faire face à la maladie. Ces deux paramètres affectent

largement sa qualité de vie. De plus, le patient stomisé rencontre des complications d'ordre physique et psychologique.

Tout au long du traitement du cancer du colorectal, d'importants troubles de l'image du corps est observés chez les patients. Ils provoquent une remise en cause de son identité psychique, corporelle. Les malades confrontés au cancer craignent la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation de son corps. Les équipes médicales tentent d'y remédier physiquement par une reconstruction ou la mise en place d'un appareil prothétique pour suppléer à l'ablation de la partie du corps atteinte par le cancer... Il subit une grande modification de son image corporelle, des répercussions dans sa vie sociale, professionnelle, familiale et de couple. Cela demande qu'il s'adapte aux changements et les accepte. Le présent dossier technique tente de définir les éléments ayant un impact sur la qualité de vie du patient stomisés et sa capacité d'adaptation à l'intervention. . **(MICHEL, K, 2008).**

A de l'image du corps pour ce concept s'inscrit dans une synthèse vivante des expériences émotionnelles personnelles, elle s'avère un outil de communication avec autrui. Dans une société où le paraître a plus d'importance que l'être, la mutilation corporelle apparaît comme une blessure physique mais aussi narcissique dont les conséquences sur le plan psychologique ne seront pas négligeables : troubles anxieux et dépressifs, syndrome de stress post-traumatique, l'image du corps et son altération constituent un problème crucial en oncologie tant pour les patients que pour les équipes soignantes. . **(Weil-Barais. A et all, 2008, P83)**

L'atteinte de l'image du corps concerne la représentation psychique qu'a la patiente de son corps et sa perception. Elle est beaucoup plus importante que l'atteinte réelle du corps. La baisse de la libido peut également être majorée par un syndrome dépressif parfois dénié ou peu visible chez les patients à laquelle ses charges nombreuses n'autoriseront pas la baisse d'activité dans la vie quotidienne. La prise en charge des aspects physiologiques et psychologiques reste donc une priorité en termes de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patients atteints de cancer. L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel ». **(Northous, 1994,90-183).**

Pour la psychanalyse, cette notion d'image du corps est expliquée et clarifiée à travers de multiples travaux et recherches effectuées par de nombreux auteurs, à titre de (FREUD S), énonce que la peau est en évidence érogène ; la peau sera telle une zone érogène tenant et indiquant le rôle d'un contenant des pulsions sexuelles, «La peau qui, en certains endroits du corps, est différenciée en organes de sens et est transformée en muqueuse autrement dit, la zone érogène par excellence» (Freud S, 1905, P85).

Selon (NASIO. J D), le vrai sens du corps, qui intéresse la psychanalyse, n'est pas le sens de l'organisme, significatif d'un corps ausculté et soigné par la médecine, mais tel un corps vivant, tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés. (Nasio J. D, 2007, P112)

En Algérie, environ 40 000 personnes sont atteintes par un cancer du côlon, contraignant le malade à vivre avec une poche sur l'abdomen qui coûterait 8 000 DA par mois au malade.

La création d'une stomie est toujours mal vécue par le malade et son entourage qu'il soit familial (au sens restreint comme au sens large), amical ou professionnel. Elle engendre toujours des répercussions. Le compagnon ou la compagne peuvent être confrontés à l'irritabilité ou aux autres conséquences du stress de son/sa conjoint(e) stomisé(e). Les enfants et/ou petits-enfants risquent d'être mis à l'écart parce qu'ils ne sont pas toujours informés de ce qui arrive à leur parent malade, ce qui peut les laisser dans une incompréhension ou un sentiment d'abandon profond. Les ami(e)s sont parfois écartés par crainte de ce qu'ils pourraient penser, et finissent par se retirer du fait des multiples relances infructueuses. Professionnellement, un tiers des personnes stomisées changent de métier ou d'activité professionnelle, alors qu'aucune contrainte ne les obligeait à opter pour une nouvelle orientation. La crainte du regard des collègues et de l'employeur est la plupart du temps la cause de ce changement. De plus, ceux-ci, quand ils ne sont pas informés de la stomie, ne comprennent pas les réactions « étranges », les absences et les départs soudains de l'employé qui a, en fait, rencontré des soucis avec sa poche. La prise en considération de ces répercussions sera la garantie pour le patient stomisé et son entourage de ne plus subir ces effets, mais au contraire de mieux les gérer, et ainsi limiter leurs impacts.

En effet, La mise en place d'une stomie entraîne la présence d'un corps étranger que l'on ne peut supprimer, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel peut fortement stresser les patients et expliquer des réactions de révolte ou de colère, les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une

nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue de Piwonka et al, l'acceptation est plus ou moins difficile et le besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand, comme ils montrent que le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible. **(B.CRISPIN et coll., 2001, p.10).**

Mais, le fait d'accepter sa stomie et de pouvoir s'appuyer sur un environnement soutenant, aide à mieux s'y adapter. Ainsi, les personnes ayant des contacts sociaux vont plus facilement chercher de l'aide auprès des professionnels et de leur réseau de contacts, ce qui leur permet de mieux accepter leur situation, au contraire, les personnes ayant peu de contacts sociaux rejetteraient les accompagnements possibles, auraient moins l'opportunité de s'exprimer et se replieraient plutôt sur eux-mêmes, refusant d'accepter leur stomie. Acceptation et soutien sont liés, sans que l'on sache si l'un influence l'autre ou s'ils sont interdépendants.

Il est naturel de se poser de nombreuses questions afin de pouvoir y faire face quel que soit la maladie et la souffrance vécue par la personne. Cependant, on parlera de la stomie comme d'une expérience psychique où la perte de la santé est perçue comme la précarité même de la vie. Elle consiste le plus souvent à aboucher un segment d'intestin à la peau. Elle peut être temporaire pratiquée en attendant que la cicatrisation des lésions permettent un rétablissement de circuit digestif ou urinaire normal, ou définitive si en aval les voies digestives ou urinaires sont détruites, obstruées ou enlevées.

Pour J.P. MELOUPOU, l'image du corps reste une construction psychique que les patients font de leurs propre corps, approuvée par des facteurs psychologiques et sociaux, et encor par l'histoire du sujet et même les valeurs esthétiques de la société, «Il s'agit de façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres ». **(Meloupou J.P, 2003, P208).**

La stomie pu provoquer la diminution des capacités ou le patient perd le contrôle sur le fonctionnement de son corps. Cette perte de contrôle est source de problèmes tels que l'émission incontrôlée de selles et ou de gaz, à un mauvais moment. A cela s'ajoutent d'autres problèmes tels que fatigue, manque de force, troubles du sommeil, douleur, incontinence fécale, mal-être physique, problèmes cutanés autour de la stomie, difficultés liées au retour au travail ou rencontrées dans les loisirs et les voyages, etc. **(H Baumel, 1998,p.56)**

La rupture de l'apparence corporelle et la modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus rapidement.

La mise en place d'une stomie entraîne la présence d'un corps étranger que l'on ne peut supprimer, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel peut fortement stresser les patients et expliquer des réactions de révolte ou de colère. Les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue, l'acceptation est plus ou moins difficile et le besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand. Mais l'étude de Piwonka et al montre que, globalement, le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible. Le fait qu'une stomie soit temporaire donnerait au patient l'espoir de retrouver une élimination normale des selles et, peut-être paradoxalement, freinerait le processus d'adaptation et d'autonomie. (Coe et Kluka, 1988, p44)

En fin on peut dire, que l'image du corps est une configuration globale intégrant l'ensemble des représentations que l'individu a élaborées vis-à-vis de son propre corps.

A partir de ces différentes citations et études antérieures, sur les modifications qu'elle importe la stomie sur le corps des patients la, en pose la question suivante:

La problématique de l'image du corps occupe une place importante chez les personnes stomisées atteintes du cancer colorectal.

A partir de ce qui précède, la question qu'on pose dans le cadre de notre recherche est la suivante :

La question est :

-La mise en place d'une stomie suite à un cancer colorectal, altère- elle l'image du corps des patients?

❖ **La formulation de l'hypothèse :**

-L'emplacement d'une stomie suite à un cancer colorectal altère l'image du corps des stomisées.

-La qualité d'image du corps chez le stomisé est négative.

-La présence d'une poche sur l'abdomen crée un inconfort corporel et un état de stress et d'anxiété chez les stomisées.

❖ **Opérationnalisation des concepts :**

- Définition de la stomie :

Selon Christine Benoit « la stomie c'est le contrôle de l'évacuation intestinale est exclusivement assuré par le sphincter anal qui ne s'ouvre que pour évacuer le bol fécal. Pour

de multiples raisons médicochirurgicales, les selles peuvent être évacuées par un autre orifice» d'une part.

Et d'autre part « il s'agit d'un processus artificiel qui abouche l'intestin à la peau, assurant ainsi un détournement externe du contenu digestif. Selon la pathologie en cause et son traitement ». (**Christine Benoit, 1999, p. 283**).

-La stomie : C'est une petite ouverture de forme ronde ou ovale qui est légèrement enflée juste après la chirurgie mais finit par rétrécir 6 à 8 semaines plus tard si elle est temporaire, elle ne contient pas de nerfs c'est pourquoi elle n'est pas douloureuse lorsqu'on la touche mais elle peut saigner facilement en raison de la présence de nombreux petits vaisseaux sanguins près de la surface.

Aussi C'est une personne qui a subi une intervention chirurgicale et qui porte une poche de recueil des selles ou des urines. Cette personne souffre physiquement et psychologiquement, c'est pourquoi elle nécessite un traitement pour soigner la pathologie et une thérapie pour soulager la souffrance psychique.

- Le stomisé :

Une personne portant une stomie est appelée «stomisé», terme impropre en français mais validé par l'usage dans un contexte médical.

-Définition de l'image du corps :

«L'image du corps est une synthèse vivante de nos expériences émotionnelles: interhumain, répétitivement vécu à travers les sensations érogènes électives, archaïque ou actuelle » (**Dolto, F. 1984, p22**)

-L'image du corps :

-L'image corporelle est l'image que toute personne a de soi-même depuis l'enfance.

-L'image corporelle est la perception qu'une personne a de son corps.

-C'est l'attitude que nous avons envers notre corps et son apparence.

-Elle peut être positive ou négative.

-L'image corporelle change au cours de la vie. Elle se module au fil du temps, de son évolution personnelle et de celle de son environnement.

-L'image du corps influence sur l'estime et la confiance en soi.

❖ **Les raisons du choix du thème :**

Notre thème de recherche porte sur l'image du corps chez les personnes stomisées. Ce choix découle de fait que la stomie demeure d'une atteinte plus grave, plus sévère, plus fréquente, et

c'est également un problème de santé publique qui touche l'humain à tous les âges sur les deux dimensions suivantes : psychosomatique, d'une part, et somatopsychique d'autre part.

Plusieurs études locales ont traité cette maladie telles que : la qualité de vie chez les personnes stomisés, l'estime de soi chez les personnes stomisés, la dépression chez les personnes stomisée, l'anxiété chez les personnes stomisés, le stress chez les personnes stomisés...Etc.

Mais d'après nos lectures, on a constaté un manque réel d'étude sur le phénomène de l'image du corps chez les personnes stomisés sachant que cette pathologie représente l'une des plus stressantes à cause de son caractère dangereux. Cela nous a poussés à aborder cette thématique en vue d'apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances à propos de cette dernière.

À cela s'ajoute la disponibilité des cas, grâce auxquels nous pouvant appliquer notre recherche et grâce auxquels nous pouvant infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherche.

❖ **Les objectifs de la recherche :**

Notre recherche vise les objectifs suivants :

- L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur le syndrome de l'image du corps chez les personnes stomisés au niveau de l'association des stomisés de Bejaia.
- Décrire les souffrances physiques, psychiques et sociales chez ces patients stomisés.
- Décrire les facteurs qui favorisent l'apparition du syndrome de l'image du corps chez les personnes stomisés
- Proposer des solutions afin de prévenir l'apparition de l'image du corps chez les personnes stomisés.

Préambule :

Ce chapitre méthodologie sera consacré des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche ,afin de mieux cerner notre thème de recherche qu'est intitulé sur l'image du corps chez personnes stomisés ,qui consiste en une pré- enquête ,le choix de méthode de recherche ainsi que du choix de la population de l'étude et les outils à utiliser.

1. La pré enquête :

Dans toute recherche en particulier en sciences humaines et sociales, la pré-enquête est très importante. A ce sujet, NISABWE (2007-2008) indique que : « la pré-enquête est une reconnaissance ou une familiarisation avec le terrain et permet la reformulation des questions du guide d'entretien ».

On a effectué notre pré-enquête au niveau de l'association des stomisées de Bejaia, qui se trouve à Ihaddaden.

En premier lieu on a contacté le président et la psychologue de l'association des stomisés, qui nous ont orienter, d'ailleurs on a été bien reçu, la psychologue elle nous a proposé des cas, on a effectué avec eux des entretiens libre, on a essayée de poser quelques question pour voir, est ce que ces questions peuvent nous aider à recevoir des informations qui sont capable de répondre au question posé et c'est à partir de cette pré- enquête qu'on a peut formuler notre guide d'entretien.

Et cela s'est déroulée durant le mois février, qui a duré 1 mois ce qui nous a permis de découvrir le terrain et avoir une idée sur le fonctionnement de l'association ainsi que le recueil des informations concernant notre population d'étude et le choix de la technique utilisé vérifier nos hypothèses et tester notre guide d'entretien sur 9 cas de stomisés ce qui nous a permis d'apporter quelque modifications aux questions posés en le reformulant afin qu'elles soient plus compréhensibles pour tous les personnes stomisées.

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des patients stomisés pour constituer notre population d'étude de notre recherche, avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Cette pré-enquête nous a permis d'effectuer un certaine nombre d'observations de la situation clinique, et plusieurs entretien avec des patients stomisée,cette étapes savoir une idée sur les particularités, principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de l'association des stomisés de Bejaia , en outre elle nous a permis de prendre contact avec les

patients stomisés adhérents à cette association et cela à partir des entretiens libre pour avoir une vue d'ensemble de la situation, et des difficultés d'ordre psychologique qui touche à cette catégorie.

2. Lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'association des stomisés de Bejaia, située à Ihaddaden du 26/02/2018 jusqu'au 26/05/2018 c'est un centre d'entéro-stomathérapie, qui a commencé ses activités en (2002). Elle est composée des membres actifs, et membres d'honneur.

Le corps technique de l'association est constitué d'une équipe représentée par :

-Une psychologue et en même temps stomathérapeute, Un médecin généraliste, Des agents administratifs.

Les objectifs de l'association se résument en :

-Organiser des rassemblements des personnes stomisés afin de favoriser les échanges d'idées, et susciter un climat propice à la solution de tous les problèmes liés à leur état.

-Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des stomisés.

-Assurer la prise en charge et le soutien psychologiques.

-Etablir le contact et préparer le futur stomisé à l'intervention chirurgicale.

-Porter assistance aux stomisés qui le désirent.

-Promouvoir et assurer des soins sthomathérapeutique de qualité.

-Organiser développer la formation des personnels stomathérapeute afin d'améliorer les soins et la réhabilitation.

-Veiller et aider à organiser une diffusion des appareillages en vue d'un meilleur confort et dans le but d'alléger les charges de la collectivité à leur égard.

3. Population d'étude :

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de six cas de patient colostomisés et iléostomisés adultes de sexes différents dont l'âge varie de 36 à 77ans.

Nous avons opté à travailler avec des adultes en raison de leur particularité (la stomie est plus fréquente chez les adultes que chez les autres tranches d'âges).

3.2. Tableau N : 01 récapitulatif des cas étudiés :

Cas	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Type de stomie
Sabah	Féminin	37ans	Moyen	En valide	Mariée	Colostomie

Ahmed	Masculin	77ans	moyen	Retraité	Marié	Colostomie
Tahar	Masculin	42ans	moyen	Mécanicien	Marié	Colostomie
Wahabe	Masculin	36 ans	Primaire	Locateur	Marié	Colostomie
Zina	Féminin	48 ans	Moyen	Femme au foyer	Mariée	Colostomie
Nora	Féminin	45 ans	Diplômé	Femme au foyer	Mariée	Doubles stomies (iléostomie et colostomie).

4. Le choix de la méthode de recherche :

Dans l'élaboration d'une recherche scientifique il faut utiliser une méthode efficace qui correspond à l'objectif visé en pratique.

Selon Angers .M « la méthode est un ensemble d'opérations en vus d'atteindre un objectif ». **(Angers, 1997, p.58).**

Dans 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 individu. L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent références.

Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, questionnaire, échelles cliniques) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. **(Chaharaoui. Kh et Bénony. B, 2003, p. 125, 126).**

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur l'image du corps chez les personnes stomisés, de décrire la situation particulière de cette catégorie de malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

5. Les techniques utilisées :

Nous avons opté pour une approche intégrative « approche psychanalytique » car l'étude que nous avons menée a été axée sur l'étude de cas et le teste de rorschach.

Le choix de l'entretien semi-directif est dû au fait qu'il a l'avantage non seulement de nous permettre de collecter des données concernant notre thème de recherche et cela en mettant en avant nos hypothèse suivant un cadre et une trame préparée à l'avance, mais aussi il donne une liberté d'expression au sujet tout en l'orientant dans cette voie.

Le choix du teste rorschach réponde à nos objectifs de recherche, car elle permet d'évaluer et de mesurer le niveau de l'image de corps.

❖ **La méthode descriptive :**

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

Elle intervient en milieu naturel et tente de donner, à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. **(Chaharaoui Kh, Benony H.2003.P125).**

Selon **W.HUBER** l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et genèse de ces problèmes » **(Pedieli (J.L), 2005.P64).**

On a utilisé cette méthode dans notre recherche, afin de décrire la qualité de l'image du corps chez les personnes stomisés.

5. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toute fois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien, la préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

L'entretien se déroulera d'une manière semi directif, et les questions seront posées selon le Pour ce guide d'entretien nous avons utilisé 04 axes : l'un concernant les informations personnelles du patient, l'autre en rapport avec les informations liées à son état de santé, le troisième c'est les informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux, et le quatrième est relatif au regard d'autrui face aux stomisés et cinquième axe est concernant l'opération et l'image du corps des patients stomisés interrogés.

6. Le test du Rorschach :

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test de Rorschach.

❖ **Historique :**

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie

« Hermann Rorschach », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. Il sélectionne progressivement 15 planches, il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs puis sélectionna, celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « normaux. (J.L.Bernaude, 1998, p.08).

Le test du rorschach est utilisé dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et psychopathologie sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement conformées et précisées. (C.Chabert, 2004, p. 47).

-Définition de test du Rorschach :

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affective. Ainsi, est un magnifique outil pour évaluer l'image du corps du sujet. Ce dont parle l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, en se projetant face à chacune des planches, c'est la représentation du patient de lui-même, et de lui-même en rapport avec les autres. (O.Moyano, p. 02).

Dans le cadre du bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation, comme les épreuves cognitive.

Il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité (C.Beizmann, 1961, p. 21).

-Le matériel de test du Rorschach :

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24x10). Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes diverses : grises et le noires pour la planche I, IV, V, VI, VII. Noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée de 1 à 10.

Correspondant à 1 ordre de leurs présentations pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé. (J.Richelle, 2009, p. 20).

-La description des planches de Rorschach :

Planche I : Planche d'entrer elle nous montre le model d'investigation des objets dans les nouvelles situations.

Réponse Banal : animal avec deux aille ou bien une femme. Voire choc initial et difficulté de mise en train.

Planche II : Planche de l'agressivité. Voir comment le sujet reçoit le rouge.

Planche III : Planche de l'identification

Absence de réponses humaines qui renvois a la problématique psychologique ou névrotique.

Planche IV : Planche paternelle.

Conflit œdipien surmoi, castration choc au noir et culpabilité.

Planche V : planche de l'image de soi

Adaptation à la réalité, représentation de soi et le moi idéal.

Planche VI : Planche sexuelle Haut symbole pénis, bas symbole vagin qui renvois a la problématique fétiche et œdipienne : différenciation sexuelle.

Planche VII : Planche maternelle.

Relation mère enfant

Planche VIII : Tonalité affective, monde extérieur sociale.

Planche IX : Tonalité affective, unité corporel.

Planche X : angoisse de morcellement, problématique.

-Passation de test du Rorschach :

Le test est administré individuellement, planche par planche. Le sujet examiné est invité à dire « tout ce que l'on pourrait voir dans ces taches » ; l'examineur prend en compte les réponses verbales et non-verbales, le temps mis pour la première réponse et pour chaque planche, l'orientation de la planche. Une enquête suit généralement la passation et se donne pour objectif d'apporter des précisions sur la nature des réponses et leur cotation. L'ensemble dure ainsi les trente minutes à deux heures. (**Jean-Luc, B, 1998. P87**)

❖ Le premier temps :

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient, dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujets. (**P. Roman, 2006, p. 87**)

La consigne proposée par Chabert (1997) est la suivante :

« Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaieriez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autre idées.

(**J.Richelle, 2009, p. 21**).

❖ Le deuxième temps :

C'est la seconde phase de la passation, pour l'examineur, c'est un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « où et comment ? », accompagnée de la réitération par le psychologue, ce temps a pour objectif de

s'assurer d'avoir bien compris ce que les patients avez voulu dire et de recueillir des informations nécessaires pour la cotation.

❖ **Le troisième temps :**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelles sont ses planche préférée puis ses planche les moins aimée. (**P. Roman, 2006, p. 87**).

-La consigne de test de Rorschach :

Le déroulement de Rorschach doit se fait dans des bonnes conditions, et l'examiné doit se met devant l'examineur sur son côté gauche, pour faciliter l'observation les comportements de sujet, on met les dix planches à l'envers et par ordre croissant.

La consigne donnée au sujet ne présente pas de caractère immuable. La littérature en propre différentes versions, tantôt courtes. Chabert (2007) a proposé une formule similaire remettant à l'avant-plan de la tache la notion d'imagination : « je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

❖ **Les principes élémentaires de cotation des protocoles de Rorschach :**

La cotation des réponses ; c'est la codification des réponses donné par le sujet pour chaque planche, elle se base sur une écoute et lecture attentive de chaque réponse et rend compte de sa dynamique.

(Rorschach H) avait établi pour chaque réponse trois critères de cotation :

-la localisation : c'est-à-dire la partie de la planche sur laquelle porte la réponse.

-Le déterminant : c'est-à-dire la source de la réponse, le facteur déclenchant : la forme, le mouvement, la couleur.

-Le contenu : c'est-à-dire les images évoquées : contenus humains, animaux, objet, plantes.

-La localisation :

Définit comme « cadre perceptif dans lequel se roule le contenu de la réponse, qui compose ; les réponses globale(**G**), les réponses grand détails(**D**), les réponses petits détails(**Dd**), les réponses localisées dans les espaces blancs(**Dd**), les réponses de détails oligophrénies (**Do**) »

(**Traubenberg N.R.1981, p 35**)

-Les réponses globales(G**) :**

« Concernent la totalité de la tache noire ou colorée » (**Anzieu, Chabert, 1961, p63**)

-Les réponses grands détails(D**) :**

Se sont « des réponses qui s'attachent à une localisation partielle de la planche dans ses découpes les plus fréquemment utilisées par une population donnée,....le « **D** » reprennent les découpes les plus prégnantes perceptivement qui sont souvent plus grandes » (**Chabert, 1983, p117**).

-les réponses petits détails (Dd) :

Se sont « des réponses portant sur des découpes plus rares, soit plus petites soit bizarres dans leur délimitation » (Op cite. P94).

Elle désigne « les réponses portant sur les lacunes inter maculaires ou extra maculaires, le, sujet opérant ainsi une inversion figure /fond (**Chabert C, 1983.p125**)

-les réponses de détails oligophrénies(Do) :

Et Elle désignent « des éléments traité isolément, dans un contenu partiel alors qu'habituellement il fait implicitement partie d'un tout, soit pour les réponses grands détail(**D**) ou pour les réponses globales ex :planche03 tête de l'homme dans le(**D**) noir supérieur alors qu'habituellement le personnage entier vu en(**G**) » (**Traubenberg N.R,1981 ,p64**).

-Le déterminant :

Renvoie à ce qui détermine la réponse du sujet :est la forme(**F+**,**F-**,**F+**-en fonction de la qualité de la réponse),le mouvement(**cotation K, Kp, Kan, Kob**),la couleur(**C,CF,FC**)l'estompage ou le clair-obscur(**E ;FE ;EF ;Clob**) l'analyse des déterminants permet de situer l'adaptation psychologique et le type de personnalité du sujet, notamment elle permet d'établir le type de résonance intime qui, dans la terminologie de Rorschach, permet de classer les individus en trois type , introversif, extratensif, , ambéique (**Ibid. P65**).

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites :

Réponse animales (**A, Ad**, les plus fréquentes), humaines (**H, Hd**) anatomique, sexuelle, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographique, symboles, objets, ct.), l'analyse de contenu est susceptible de renseigner sur le degré de maturité, l'image du corps ou encore l'aptitude intellectuelle du sujet. Elle procède pour cela à une analyse du symbolisme (au niveau sexuel ou bien niveau des images parentales (**Ibid. p66**).

-Le contenu :

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : réponse animales (**A, Ad**, les plus fréquentes), humaines (**H, Hd**) anatomique, sexuelle, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographique, symboles, objets, ct.), l'analyse de contenu est susceptible de renseigner sur le degré de maturité, l'image du corps ou encore l'aptitude intellectuelle du sujet. Elle procède pour cela à une analyse du symbolisme (au niveau sexuel ou bien niveau des images parentales (**Ibid. p66**).

-Les facteurs additionnels :

Intègrent les réponses banales les chocs réactions émotionnelles fortes les refus de répond, le symbole spatial et la succession des différentes réponses.

Chaque réponse est ainsi cotée dans le terme qui vient d'être présentées, ainsi à la planche 01, la réponse « un papillon » sera cotée « **G F+ A Ban** ». (Bernaud. j, 1998, P 38).

-Le psychodrame :

Est une synthèse quantitative des différences observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage ou de quantités un certain nombre d'indice relatifs au type d'appréhension (localisation, dominantes) au déterminants, et aux contenus (Bernaud. J, 1998).

-Le type de résonance intime :

Situe le fonctionnement global de la personnalité, alors que l'indice d'angoisse s'appuie sur des rapports entre différentes catégories de contenus. A cotée de la démarche classique de cotation, toujours très appliquée, est apparue ces dernières années nouvelle méthode baptisée synthèse synthétique propose par (Exner Saziouk, 1991, Wiener, 1996) le système d'Exner s'est imposé très vite comme une méthode palliant aux rapproche que l'on attribuait fréquemment au Rorschach (ambiguïté, de la cotation, fidélité et validité limitées).

Ainsi la fidélité inter-évaluation est estimée 85avec le système Exonder ce qui est considère comme très élève. Dans son modèle, Exner propose de limite les réponses à cinq par planche et prend en compte huit qui se recourent partiellement avec la cotation classique localisation, déterminant, qualité formelle, contenus, réponses populaire, processus organisateur, scores spéciaux et identification chiffré. (Chaharaoui Kh et Bénony. H, p35)

7. L'analyse des outils d'investigation :**7.1. L'analyse de l'entretien :**

Dans notre recherche l'analyse de l'entretien se fait par la présentation de chaque cas, et l'analyse de chaque axe de notre guide d'entretien.

7.2. L'analyse de l'épreuve de Rorschach :

L'analyse de l'épreuve de Rorschach est faite par la lecture de chaque protocole de notre cas, on s'est basé sur la cotation, donc on a utilisé «le livret de cotation des formes dans le Rorschach». (Beizmann. C, 1966)

8. Le déroulement et l'application des outils d'investigation:

Nous avons effectué l'entretien et l'épreuve de Rorschach au niveau de l'association, on s'est présenté au sujet comme des étudiantes de fin cycle, en psychologie clinique, et notre

objectif consiste sur la recherche, mais pas dans le domaine de la thérapie. Donc, on a essayé de faire passer l'entretien et l'épreuve de Rorschach avec les sujets dans un bureau.

8.1. Le déroulement de l'entretien :

Durant notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif, c'est-à-dire un entretien qui comporte un guide d'entretien qui se compose de (04) axes, dans le but de recueillir le maximum d'informations sur les sujets, qui vont nous aider à enrichir notre thème de recherche et pour bien comprendre nos cas, et pour cela, on a demandé si on peut inscrire et enregistrer leur réponses, nous patients ont accepté. Notre demande se fait avec les deux langues : Français, Kabyle :

«Svp on a certains question qu'on veut vous poser si vous pouvez nous répondre ».

« Nes3a kra iseksyen, ma thevghit aghd jawvet ».

8.2-Le déroulement de l'épreuve de Rorschach :

Durant la passation de test de Rorschach, on a essayé de faire passer l'épreuve de Rorschach avec les patients (es), dans un bureau.

Ainsi, on a utilisé la consigne de Rorschach selon Chabert. C, ou on utilisant les deux langues: Français, Kabyle.

«Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout a ce quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

«Akdafkagh 3achra n les images, inyid arwachou itatwalat zayssants, dachou izemret ademajinit g les images ayi».

On a donné la consigne une fois pour chaque cas. Puis, on a passé à l'étape de l'enquête, on a effectué la consigne de cette manière : « Maintenant, je vais vous redonnez les planches, et dite moi ou est-ce que vous avez vu ce que vous m'avais donné comme réponse, est ce que c'est la forme ou la couleur si vous avez une nouvelles réponse n'hésitez pas de me faire part»

« Akderegh les images ayi inyid anda ithtwalit ayen idenit, dechaclis nagh dhla couleur, mathes3it lajwev nitan inithid ».

9. Projection de l'image du corps et projection des motivations :

L'interaction des deux aspects : prise de conscience du corporel et projection des besoins et des motivations relationnelles, diffère suivant les planches et leur structure.

Elle est plus ou moins facile à déceler suivant l'âge et le degré de différenciation perceptive des sujets.

La communication verbale de l'expérience de construction de l'unité corporelle peut, au Rorschach, se faire de différentes manières.

Un mécanisme par pro toto semble parfois jouer : voir les jambes équivaut à voir le personnage entier, voir un bonhomme se justifier par le repérage de sa tête ou par des phrases elliptiques.

La recomposition descriptive est fréquente, aboutissant petit à petit à l'image entière. Cette recomposition du corps entier peut être visible, surtout à IV à partir des pieds ou dans les silhouettes noires de III à partir de la tête. A IV le caractère largement étalé du stimulus appelle à un percept unitaire du corps entier, mais celui-ci semble porteur d'une menace ou d'une puissance qui, peut-être, pousse le sujet à fragmenter lorsqu'il y a un problème au niveau de la relation aux positions de puissance et de domination : c'est ce qui fait qu'après une énumération de diverses parties du corps le concept unitaire n'est donné que sur encouragement : « des pieds, des mains, son ventre »- ?-« d'un monsieur ».

Une étude expérimentale introduisant des variables isolées sur différents modes de présentation d'appréhension sensorielle et motrice apporterait des données précieuses pour la discussion de ce problème, car il n'est que de jeter un coup d'œil sur les épreuves d'assemblage des mannequins chez les sujets qui ont tant de mal à percevoir la totalité de l'image du corps à IV alors qu'ils réussissent fort bien la reconstitution des mannequins, pour se rendre compte qu'une seule et même expérience de l'image du corps s'exprime différemment suivant les stimuli et le type d'activité sensori-motrice, idéationnelle et visuelle requise.

Les exemples cités nous font entrevoir la complexité de l'interaction entre la perception de l'image du corps et la projection des motivations. Afin de mieux circonscrire la teneur de cette interaction il paraît utile de poursuivre ce double repérage à travers les réponses individuelles et les réactions des groupes obtenues dans les dix planches de l'épreuve : le repérage sera utilisé pour discuter de la représentation de soi et des représentations des images maternelles. L'image de maternelle est essentiellement perçue dans une persécution et destruction comme image prégénital ou phallique incapable d'apporter la sécurité. **(Traumbenberg N.R. et Boizou M.F. 1996.P39).**

Synthèse :

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté le lieu de notre recherche, la méthode à suivre tel que le test projectif Rorschach et l'entretien. On a présenté aussi la façon de ces deux outils qui nous permet de constater la tenue du corps de chaque cas, et leur image corporelle et aussi qui nous permet de bien organiser notre recherche.

Préambule :

Ce chapitre méthodologie sera consacré des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche ,afin de mieux cerner notre thème de recherche qu'est intitulé sur l'image du corps chez personnes stomisés ,qui consiste en une pré- enquête ,le choix de méthode de recherche ainsi que du choix de la population de l'étude et les outils à utiliser.

1. La pré enquête :

Dans toute recherche en particulier en sciences humaines et sociales, la pré-enquête est très importante. A ce sujet, NISABWE (2007-2008) indique que : « la pré-enquête est une reconnaissance ou une familiarisation avec le terrain et permet la reformulation des questions du guide d'entretien ».

On a effectué notre pré-enquête au niveau de l'association des stomisées de Bejaia, qui se trouve à Ihaddaden.

En premier lieu on a contacté le président et la psychologue de l'association des stomisés, qui nous ont orienter, d'ailleurs on a été bien reçu, la psychologue elle nous a proposé des cas, on a effectué avec eux des entretiens libre, on a essayée de poser quelques question pour voir, est ce que ces questions peuvent nous aider à recevoir des informations qui sont capable de répondre au question posé et c'est à partir de cette pré- enquête qu'on a peut formuler notre guide d'entretien.

Et cela s'est déroulée durant le mois février, qui a duré 1 mois ce qui nous a permis de découvrir le terrain et avoir une idée sur le fonctionnement de l'association ainsi que le recueil des informations concernant notre population d'étude et le choix de la technique utilisé vérifier nos hypothèses et tester notre guide d'entretien sur 9 cas de stomisés ce qui nous a permis d'apporter quelque modifications aux questions posés en le reformulant afin qu'elles soient plus compréhensibles pour tous les personnes stomisées.

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des patients stomisés pour constituer notre population d'étude de notre recherche, avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Cette pré-enquête nous a permis d'effectuer un certaine nombre d'observations de la situation clinique, et plusieurs entretien avec des patients stomisée,cette étapes savoir une idée sur les particularités, principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de l'association des stomisés de Bejaia , en outre elle nous a permis de prendre contact avec les

patients stomisés adhérents à cette association et cela à partir des entretiens libre pour avoir une vue d'ensemble de la situation, et des difficultés d'ordre psychologique qui touche à cette catégorie.

2. Lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'association des stomisés de Bejaia, située à Ihaddaden du 26/02/2018 jusqu'au 26/05/2018 c'est un centre d'entéro-stomathérapie, qui a commencé ses activités en (2002). Elle est composée des membres actifs, et membres d'honneur.

Le corps technique de l'association est constitué d'une équipe représentée par :

-Une psychologue et en même temps stomathérapeute, Un médecin généraliste, Des agents administratifs.

Les objectifs de l'association se résument en :

-Organiser des rassemblements des personnes stomisés afin de favoriser les échanges d'idées, et susciter un climat propice à la solution de tous les problèmes liés à leur état.

-Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des stomisés.

-Assurer la prise en charge et le soutien psychologiques.

-Etablir le contact et préparer le futur stomisé à l'intervention chirurgicale.

-Porter assistance aux stomisés qui le désirent.

-Promouvoir et assurer des soins sthomathérapeutique de qualité.

-Organiser développer la formation des personnels stomathérapeute afin d'améliorer les soins et la réhabilitation.

-Veiller et aider à organiser une diffusion des appareillages en vue d'un meilleur confort et dans le but d'alléger les charges de la collectivité à leur égard.

3. Population d'étude :

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de six cas de patient colostomisés et iléostomisés adultes de sexes différents dont l'âge varie de 36 à 77ans.

Nous avons opté à travailler avec des adultes en raison de leur particularité (la stomie est plus fréquente chez les adultes que chez les autres tranches d'âges).

3.2. Tableau N : 01 récapitulatif des cas étudiés :

Cas	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Type de stomie
Sabah	Féminin	37ans	Moyen	En valide	Mariée	Colostomie

Ahmed	Masculin	77ans	moyen	Retraité	Marié	Colostomie
Tahar	Masculin	42ans	moyen	Mécanicien	Marié	Colostomie
Wahabe	Masculin	36 ans	Primaire	Locateur	Marié	Colostomie
Zina	Féminin	48 ans	Moyen	Femme au foyer	Mariée	Colostomie
Nora	Féminin	45 ans	Diplômé	Femme au foyer	Mariée	Doubles stomies (iléostomie et colostomie).

4. Le choix de la méthode de recherche :

Dans l'élaboration d'une recherche scientifique il faut utiliser une méthode efficace qui correspond à l'objectif visé en pratique.

Selon Angers .M « la méthode est un ensemble d'opérations en vus d'atteindre un objectif ». **(Angers, 1997, p.58).**

Dans 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 individu. L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent références.

Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, questionnaire, échelles cliniques) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. **(Chaharaoui. Kh et Bénony. B, 2003, p. 125, 126).**

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur l'image du corps chez les personnes stomisés, de décrire la situation particulière de cette catégorie de malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

5. Les techniques utilisées :

Nous avons opté pour une approche intégrative « approche psychanalytique » car l'étude que nous avons menée a été axée sur l'étude de cas et le teste de rorschach.

Le choix de l'entretien semi-directif est dû au fait qu'il a l'avantage non seulement de nous permettre de collecter des données concernant notre thème de recherche et cela en mettant en avant nos hypothèse suivant un cadre et une trame préparée à l'avance, mais aussi il donne une liberté d'expression au sujet tout en l'orientant dans cette voie.

Le choix du teste rorschach réponde à nos objectifs de recherche, car elle permet d'évaluer et de mesurer le niveau de l'image de corps.

❖ **La méthode descriptive :**

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

Elle intervient en milieu naturel et tente de donner, à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. **(Chaharaoui Kh, Benony H.2003.P125).**

Selon **W.HUBER** l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et genèse de ces problèmes » **(Pedielli (J.L), 2005.P64).**

On a utilisé cette méthode dans notre recherche, afin de décrire la qualité de l'image du corps chez les personnes stomisés.

5. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toute fois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien, la préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

L'entretien se déroulera d'une manière semi directif, et les questions seront posées selon le Pour ce guide d'entretien nous avons utilisé 04 axes : l'un concernant les informations personnelles du patient, l'autre en rapport avec les informations liées à son état de santé, le troisième c'est les informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux, et le quatrième est relatif au regard d'autrui face aux stomisés et cinquième axe est concernant l'opération et l'image du corps des patients stomisés interrogés.

6. Le test du Rorschach :

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test de Rorschach.

❖ **Historique :**

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie

« Hermann Rorschach », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. Il sélectionne progressivement 15 planches, il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs puis sélectionna, celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « normaux. (J.L.Bernaude, 1998, p.08).

Le test du rorschach est utilisé dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et psychopathologie sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement conformées et précisées. (C.Chabert, 2004, p. 47).

-Définition de test du Rorschach :

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affective. Ainsi, est un magnifique outil pour évaluer l'image du corps du sujet. Ce dont parle l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, en se projetant face à chacune des planches, c'est la représentation du patient de lui-même, et de lui-même en rapport avec les autres. (O.Moyano, p. 02).

Dans le cadre du bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation, comme les épreuves cognitive.

Il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité (C.Beizmann, 1961, p. 21).

-Le matériel de test du Rorschach :

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24x10). Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes diverses : grises et le noires pour la planche I, IV, V, VI, VII. Noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée de 1 à 10.

Correspondant à 1 ordre de leurs présentations pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé. (J.Richelle, 2009, p. 20).

-La description des planches de Rorschach :

Planche I : Planche d'entrer elle nous montre le model d'investigation des objets dans les nouvelles situations.

Réponse Banal : animal avec deux aille ou bien une femme. Voire choc initial et difficulté de mise en train.

Planche II : Planche de l'agressivité. Voir comment le sujet reçoit le rouge.

Planche III : Planche de l'identification

Absence de réponses humaines qui renvois a la problématique psychologique ou névrotique.

Planche IV : Planche paternelle.

Conflit œdipien surmoi, castration choc au noir et culpabilité.

Planche V : planche de l'image de soi

Adaptation à la réalité, représentation de soi et le moi idéal.

Planche VI : Planche sexuelle Haut symbole pénis, bas symbole vagin qui renvois a la problématique fétiche et œdipienne : différenciation sexuelle.

Planche VII : Planche maternelle.

Relation mère enfant

Planche VIII : Tonalité affective, monde extérieur sociale.

Planche IX : Tonalité affective, unité corporel.

Planche X : angoisse de morcellement, problématique.

-Passation de test du Rorschach :

Le test est administré individuellement, planche par planche. Le sujet examiné est invité à dire « tout ce que l'on pourrait voir dans ces taches » ; l'examineur prend en compte les réponses verbales et non-verbales, le temps mis pour la première réponse et pour chaque planche, l'orientation de la planche. Une enquête suit généralement la passation et se donne pour objectif d'apporter des précisions sur la nature des réponses et leur cotation. L'ensemble dure ainsi les trente minutes à deux heures. (**Jean-Luc, B, 1998. P87**)

❖ Le premier temps :

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient, dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujets. (**P. Roman, 2006, p. 87**)

La consigne proposée par Chabert (1997) est la suivante :

« Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaieriez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autre idées.

(**J.Richelle, 2009, p. 21**).

❖ Le deuxième temps :

C'est la seconde phase de la passation, pour l'examineur, c'est un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « où et comment ? », accompagnée de la réitération par le psychologue, ce temps a pour objectif de

s'assurer d'avoir bien compris ce que les patients avez voulu dire et de recueillir des informations nécessaires pour la cotation.

❖ **Le troisième temps :**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelles sont ses planche préférée puis ses planche les moins aimée. (P. Roman, 2006, p. 87).

-La consigne de test de Rorschach :

Le déroulement de Rorschach doit se fait dans des bonnes conditions, et l'examiné doit se met devant l'examineur sur son côté gauche, pour faciliter l'observation les comportements de sujet, on met les dix planches à l'envers et par ordre croissant.

La consigne donnée au sujet ne présente pas de caractère immuable. La littérature en propre différentes versions, tantôt courtes. Chabert (2007) a proposé une formule similaire remettant à l'avant-plan de la tache la notion d'imagination : « je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

❖ **Les principes élémentaires de cotation des protocoles de Rorschach :**

La cotation des réponses ; c'est la codification des réponses donné par le sujet pour chaque planche, elle se base sur une écoute et lecture attentive de chaque réponse et rend compte de sa dynamique.

(Rorschach H) avait établi pour chaque réponse trois critères de cotation :

-la localisation : c'est-à-dire la partie de la planche sur laquelle porte la réponse.

-Le déterminant : c'est-à-dire la source de la réponse, le facteur déclenchant : la forme, le mouvement, la couleur.

-Le contenu : c'est-à-dire les images évoquées : contenus humains, animaux, objet, plantes.

-La localisation :

Définit comme « cadre perceptif dans lequel se roule le contenu de la réponse, qui compose ; les réponses globale(G), les réponses grand détails(D), les réponses petits détails(Dd), les réponses localisées dans les espaces blancs(Dd), les réponses de détails oligophrénies (Do) »

(Traumbenberg N.R.1981, p 35)

-Les réponses globales(G) :

« Concernent la totalité de la tache noire ou colorée » (Anzieu, Chabert, 1961, p63)

-Les réponses grands détails(D) :

Se sont « des réponses qui s'attachent à une localisation partielle de la planche dans ses découpes les plus fréquemment utilisées par une population donnée,....le « **D** » reprennent les découpes les plus prégnantes perceptivement qui sont souvent plus grandes » (**Chabert, 1983, p117**).

-les réponses petits détails (Dd) :

Se sont « des réponses portant sur des découpes plus rares, soit plus petites soit bizarres dans leur délimitation » (Op cite. P94).

Elle désigne « les réponses portant sur les lacunes inter maculaires ou extra maculaires, le, sujet opérant ainsi une inversion figure /fond (**Chabert C, 1983.p125**)

-les réponses de détails oligophrénies(Do) :

Et Elle désignent « des éléments traité isolément, dans un contenu partiel alors qu'habituellement il fait implicitement partie d'un tout, soit pour les réponses grands détail(**D**) ou pour les réponses globales ex :planche03 tête de l'homme dans le(**D**) noir supérieur alors qu'habituellement le personnage entier vu en(**G**) » (**Traumbenberg N.R,1981 ,p64**).

-Le déterminant :

Renvoie à ce qui détermine la réponse du sujet :est la forme(**F+**,**F-**,**F+**-en fonction de la qualité de la réponse),le mouvement(**cotation K, Kp, Kan, Kob**),la couleur(**C,CF,FC**)l'estompage ou le clair-obscur(**E ;FE ;EF ;Clob**) l'analyse des déterminants permet de situer l'adaptation psychologique et le type de personnalité du sujet, notamment elle permet d'établir le type de résonance intime qui, dans la terminologie de Rorschach, permet de classer les individus en trois type , introvertisif, extratensif, , ambéiquial (**Ibid. P65**).

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : Réponse animales (**A, Ad**, les plus fréquentes), humaines (**H, Hd**) anatomique, sexuelle, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographique, symboles, objets, ct.), l'analyse de contenu est susceptible de renseigner sur le degré de maturité, l'image du corps ou encore l'aptitude intellectuelle du sujet. Elle procède pour cela à une analyse du symbolisme (au niveau sexuel ou bien niveau des images parentales (**Ibid. p66**).

-Le contenu :

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : réponse animales (**A, Ad**, les plus fréquentes), humaines (**H, Hd**) anatomique, sexuelle, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographique, symboles, objets, ct.), l'analyse de contenu est susceptible de renseigner sur le degré de maturité, l'image du corps ou encore l'aptitude intellectuelle du sujet. Elle procède pour cela à une analyse du symbolisme (au niveau sexuel ou bien niveau des images parentales (**Ibid. p66**).

-Les facteurs additionnels :

Intègrent les réponses banales les chocs réactions émotionnelles fortes les refus de répond, le symbole spatial et la succession des différentes réponses.

Chaque réponse est ainsi cotée dans le terme qui vient d'être présentées, ainsi à la planche 01, la réponse « un papillon » sera cotée « **G F+ A Ban** ». (Bernaud. j, 1998, P 38).

-Le psychodrame :

Est une synthèse quantitative des différences observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage ou de quantités un certain nombre d'indice relatifs au type d'appréhension (localisation, dominantes) au déterminants, et aux contenus (Bernaud. J, 1998).

-Le type de résonance intime :

Situe le fonctionnement global de la personnalité, alors que l'indice d'angoisse s'appuie sur des rapports entre différentes catégories de contenus. A cotée de la démarche classique de cotation, toujours très appliquée, est apparue ces dernières années nouvelle méthode baptisée synthèse synthétique propose par (Exner Saziouk, 1991, Wiener, 1996) le système d'Exner s'est imposé très vite comme une méthode palliant aux rapproche que l'on attribuait fréquemment au Rorschach (ambiguïté, de la cotation, fidélité et validité limitées).

Ainsi la fidélité inter-évaluation est estimée 85avec le système Exonder ce qui est considère comme très élève. Dans son modèle, Exner propose de limite les réponses à cinq par planche et prend en compte huit qui se recourent partiellement avec la cotation classique localisation, déterminant, qualité formelle, contenus, réponses populaire, processus organisateur, scores spéciaux et identification chiffré. (Chaharaoui Kh et Bénony. H, p35)

7. L'analyse des outils d'investigation :**7.1. L'analyse de l'entretien :**

Dans notre recherche l'analyse de l'entretien se fait par la présentation de chaque cas, et l'analyse de chaque axe de notre guide d'entretien.

7.2. L'analyse de l'épreuve de Rorschach :

L'analyse de l'épreuve de Rorschach est faite par la lecture de chaque protocole de notre cas, on s'est basé sur la cotation, donc on a utilisé «le livret de cotation des formes dans le Rorschach». (Beizmann. C, 1966)

8. Le déroulement et l'application des outils d'investigation:

Nous avons effectué l'entretien et l'épreuve de Rorschach au niveau de l'association, on s'est présenté au sujet comme des étudiantes de fin cycle, en psychologie clinique, et notre

objectif consiste sur la recherche, mais pas dans le domaine de la thérapie. Donc, on a essayé de faire passer l'entretien et l'épreuve de Rorschach avec les sujets dans un bureau.

8.1. Le déroulement de l'entretien :

Durant notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif, c'est-à-dire un entretien qui comporte un guide d'entretien qui se compose de (04) axes, dans le but de recueillir le maximum d'informations sur les sujets, qui vont nous aider à enrichir notre thème de recherche et pour bien comprendre nos cas, et pour cela, on a demandé si on peut inscrire et enregistrer leur réponses, nous patients ont accepté. Notre demande se fait avec les deux langues : Français, Kabyle :

«Svp on a certains question qu'on veut vous poser si vous pouvez nous répondre ».

« Nes3a kra iseksyen, ma thevghit aghd jawvet ».

8.2-Le déroulement de l'épreuve de Rorschach :

Durant la passation de test de Rorschach, on a essayé de faire passer l'épreuve de Rorschach avec les patients (es), dans un bureau.

Ainsi, on a utilisé la consigne de Rorschach selon Chabert. C, ou on utilisant les deux langues: Français, Kabyle.

«Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout a ce quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

«Akdafkagh 3achra n les images, inyid arwachou itatwalat zayssants, dachou izemret ademajinit g les images ayi».

On a donné la consigne une fois pour chaque cas. Puis, on a passé à l'étape de l'enquête, on a effectué la consigne de cette manière : « Maintenant, je vais vous redonnez les planches, et dite moi ou est-ce que vous avez vu ce que vous m'avais donné comme réponse, est ce que c'est la forme ou la couleur si vous avez une nouvelles réponse n'hésitez pas de me faire part»
« Akderegh les images ayi inyid anda ithtwalit ayen idenit, dechaclis nagh dhla couleur, mathes3it lajwev nitan inithid ».

9. Projection de l'image du corps et projection des motivations :

L'interaction des deux aspects : prise de conscience du corporel et projection des besoins et des motivations relationnelles, diffère suivant les planches et leur structure.

Elle est plus ou moins facile à déceler suivant l'âge et le degré de différenciation perceptive des sujets.

La communication verbale de l'expérience de construction de l'unité corporelle peut, au Rorschach, se faire de différentes manières.

Un mécanisme par pro toto semble parfois jouer : voir les jambes équivaut à voir le personnage entier, voir un bonhomme se justifier par le repérage de sa tête ou par des phrases elliptiques.

La recomposition descriptive est fréquente, aboutissant petit à petit à l'image entière. Cette recomposition du corps entier peut être visible, surtout à IV à partir des pieds ou dans les silhouettes noires de III à partir de la tête. A IV le caractère largement étalé du stimulus appelle à un percept unitaire du corps entier, mais celui-ci semble porteur d'une menace ou d'une puissance qui, peut-être, pousse le sujet à fragmenter lorsqu'il y a un problème au niveau de la relation aux positions de puissance et de domination : c'est ce qui fait qu'après une énumération de diverses parties du corps le concept unitaire n'est donné que sur encouragement : « des pieds, des mains, son ventre »- ?-« d'un monsieur ».

Une étude expérimentale introduisant des variables isolées sur différents modes de présentation d'appréhension sensorielle et motrice apporterait des données précieuses pour la discussion de ce problème ,car il n'est que de jeter un coup d'œil sur les épreuves d'assemblage des mannequins chez les sujets qui ont tant de mal à percevoir la totalité de l'image du corps à IV alors qu'ils réussissent fort bien la reconstitution des mannequins, pour se rendre compte qu'une seule et même expérience de l'image du corps s'exprime différemment suivant les stimuli et le type d'activité sensori-motrice, idéationnelle et visuelle requise.

Les exemples cités nous font entrevoir la complexité de l'interaction entre la perception de l'image du corps et la projection des motivations. Afin de mieux circonscrire la teneur de cette interaction il paraît utile de poursuivre ce double repérage à travers les réponses individuelles et les réactions des groupes obtenues dans les dix planches de l'épreuve : le repérage sera utilisé pour discuter de la représentation de soi et des représentations des images maternelles. L'image de maternelle est essentiellement perçue dans une persécution et destruction comme image prégénital ou phallique incapable d'apporter la sécurité. **(Traumbenberg N.R. et Boizou M.F. 1996.P39).**

Synthèse :

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté le lieu de notre recherche, la méthode à suivre tel que le test projectif Rorschach et l'entretien .On a présenté aussi la façon de ces deux outils qui nous permet de constater la tenue du corps de chaque cas, et leur image corporelle et aussi qui nous permet de bien organiser notre recherche.

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse des entretiens et l'analyse des résultats de tests de rorschach pour l'évaluation de l'image du corps obtenus chez nos six cas.

Axe I : L'analyse de l'entretien clinique**I.1. Le cas de madame Sabah :**

Madame Sabah est une femme âgée de 37 ans, mariée mère d'une fille, et depuis son opération elle est en valide, son niveau d'instruction moyen, et situation socio-économique moyenne aussi, elle est stomisée depuis 5 ans.

-Informations sur l'état de santé actuel et précédent:

Madame Sabah durant l'entretien s'est montrée communicative et aimable, elle répondait aux questions que nous avons lui posé sans hésitation.

L'enfance de madame Sabah incarnée de toute maladie, elle nous dit « *j'ai connu le médecin qu'après mon mariage* ». À l'âge de 30 ans ou elle souffert d'un fibrome et une maladie d'estomac qu'elle a soigné, elle est guérie au bout de 2 mois.

Madame Sabah a subi l'intervention chirurgicale pour la colostomie à l'âge de 32 ans, suite à des douleurs au niveau du ventre, des vomissements, elle a consulté un médecin, après l'échographie, le médecin lui annoncé la cause de ses symptômes et s'est avéré que c'est son colon qui atteint d'une tumeur, après la prescription d'un traitement et l'observance qui n'a pas donné de résultats et sa santé continuait à s'aggrave de plus en plus.

Avant 15 jours de l'opération, madame Sabah a souffert de forte douleurs qui l'empêchaient même de passer au sanitaire, et suite à des douleurs aiguës du colon, elle a été transportée en urgence à l'hôpital, elle présentait du sang dans les selles, elle a développé un manque d'appétit et une insomnie.

Madame Sabah a été opérée en urgence, son hospitalisation a duré 15 jours, et depuis sa sortie elle est sous chimiothérapie pour traité sa tumeur, elle effectue une séance chaque 20 jours.

À son réveil de l'anesthésie suite à l'opération, Madame Sabah était soulagé des douleurs, elle nous dit « *je pensais à la poche, comment vais-je la poser ? Je me posais beaucoup de questions à son propos* ».

Les premiers jours qui succédaient l'intervention ; le changement de poche était effectué par l'infirmier, puis après c'est son mari qui a pris la relève.

Elle nous parle de sa réaction en nous disant « *à mon réveil je n'étais pas choquée, j'avais du courage dieu merci, mais j'ai espéré d'enlever la poche* ». Et pour qu'elle accepte à la poche, ça a duré trois mois, ce qui était inquiétant pour elle, les premiers jours étaient difficiles, car une fois la poche est remplie, elle devait attendre la retour de son mari afin qu'il lui change. Alors elle été assisté dans sa vie par une tierce personne, aussi la disponibilité des poche l'inquiétait, quand à l'évolution de la maladie, elle s'améliora, à l'exception de quelque irritations de la peau péristomiale, qu'elle a pu soigner rapidement.

A propos des complications, madame Sabah a seulement citée une aménorrhée due au protocole de chimiothérapie pendant les premiers temps, elle a souffert des hémorragies durant son cycles menstruel. Aussi quand elle se met debout une longue période, le colon sort à l'extérieur, donc à chaque fois elle obligée de s'allonger pour qu'il se remet a sa place, ce qu'il l'empêche de sortir comme avant.

-Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux :

La patiente a dit que les premiers temps elle avait des difficultés pour la manipulation de l'appareillage mais qu'avec le temps elle s'est habituée. « *Les premiers temps de mon intervention, c'est mon marie qui m'aide a changé les poches et faire mes soins, mais avec le temps j'étais obligé d'apprendre la maniéré de mettre la poche, bien sûr avec l'aide de la stomathérapeute de cette association elle m'a vraiment bien aidé* ».

On a demandé à madame Sabah quels types de poche pré faire et utilise elle nous a dit « *moi j'utilise les poches ni igatvidin s le support, mais la première fois j'ai utilisé les poches fermé sen support owfighara imaniw zagssant c'est pour sa badlagh, même la stomathérapeute tnayid tyakayi imola9an* ».

-Informations lies la relation du patient est son entourage :

Madame Sabah a une bonne relation avec sa famille, elle entretient de bon rapports, elle trouve soutien de leurs part, aussi, elle nous dit « *je n'ai senti aucun changement de leurs part, ils m'ont toujours soutenu* ».

Quant à son mari, elle rajoute « *il est toujours à mes côtés, il m'aide et il me soutien* ».

Et à propos le regarde de son future elle nous dit je penserai jamais au future, je vie aujourd'hui et demain en sais pas que ce qu'il va arriver. « *Jaime pas pensé sur le future ont vie aujourd'hui demain en sais pas est ce qu'il va arriver* ».

-Informations sur l'image corporelle du patient :

Madame Sabah après l'opération elle ne peut pas regarder son corps par ce qu'elle voir toujours que son corps est déformé pas comme avant. « *Je peux pas voir mon corps, il est déformé* ».

Elle nous a confirmé, qu'elle a peur de se mettre devant un miroir, elle se décourage directement. « *Je ne peux pas me mettre devant un miroir sa me décourage adilligh shight assma atazragh smaktayghad alors j'évite* ».

Madame Sabah elle ne prend pas en considération le regard d'autre personnes à propos d'elle, elle nous dit, « *moi je ne prends pas en considération les dits des autres personnes, je mon fou d'eux* ».

Madame Sabah vit une normalement sa sexualité avec son mari, elle n'a aucun problème et son mari respecte son état de santé, par exemple il ne la force pas pour des rapports, seulement à sa volante à elle, mais la patiente nous parle d'une diminution de son désir à elle, madame Sabah a trouvé un soutien de son entourage surtout son mari, elle a une bonne relation ce qui témoigne d'un environnement favorable.

❖ **Présentation du test de Rorschach :**

-Tableau N° 2 : résultat de test de Madame Sabah :

planches	Temps de latence	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	4''	(3'') -« Je vois un corps sous forme d'animal».	Toute la planche (G)	G F+ A
Planche II	20''	(10'') -« Je vois deux animaux qui tien leurs main »	Les deux parties latérales noires (D6)	-D Kan+ A
Planche III	53''	(2'') -«Je vois deux animaux, qui se battes, aux milieux y'a un papillon »	-Les deux parties noires latérales (D1) -Rouge médiane (D3)	-D Kan- H -D F+ A Ban
Planche IV	34''	(6'') - « Un monstre avec de grands pieds, un géant 34'' ».	-Toute la planche (G)	G F+ Clob (H)

Planche V	30''	(30'')	Toute la planche (G)	G F+ Kan A Ban
Planche VI	44''	(5'')	Toute la planche (G)	G F+ E A
Planche VII	53''	(3'')	Toute la planche (G)	G F+ Obj
Planche VIII	1'30''	(2'')	-Partie rose latérale (D1)	D Kan A Ban
Planche IX	4''	(4'')		Refus
Planche X	1'40''	(5'')	-Bleu latérale (D1) -Rose latérale (D9)	D CF+ A Ban D F- Anat.

❖ **Enquête aux limites :**

La planche III : « des êtres humains ! Non je ne voir pas »

Ont été obligé de faire repassé les deux planche III, a madame Sabah, pour afin d'arrivé à voir, le contenu Humain.

❖ **Epreuve de Choi :**

-Choi (+) : p X et p II :

-Planche II: « Elle est Clair bien défini ».

-Planche X : « les couleurs, elle revoir à la joie ».

-Choi (-) : p VI et p IX :

-Planche VI : « C'est une tâche qui renvoi à la tristesse noir je ne comprends pas ce que sais ».

-Planche IX: « c'est une tâche que je ne comprends pas c'est quoi »

-Tableau n°3 : Psychogramme de madame Sabah :

Production	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus
R : 11 Tps Total : 10 m Tps.Réponse :52s Tps.L.M: 49s TRI=0k/1C FC: 4Kan/0,5E RC:27% F%:36% F+ :27% F- :9% A: 72% Obj : 9% Anat : 09% Ban : 27%	G : 5 G% : 38% D : 6 D% : 55%	F : 4 F+ :3 F- : 1 CF+ :1 E : 1 F Clob : 1 Kan : 4	A:8 H : 1 Anat:1 Obj:1 Kan : 27.27% Ban: 3 Refus: 1

❖ **L'impression générale:**

Madame Sabah nous a donnée 11 réponses, dans un temps total de 10 minutes, le temps par réponse est de 52 secondes, le temps latence moyen est de 49 secondes. D'après ces données on constate que madame Sabah nous parlait avec un langage très simple, dans la plupart de ses réponses elle nomme seulement, elle a une inhibition fantasmatique.

❖ **Processus de la pensée :**

-Les modes d'appréhension :

Dans ce protocole on remarque les réponses (G=38%) donnée par madame Sabah ne sont pas dans la norme qui est de (20 à 23%), d'une qualité positive (GF+) ex : la planche I elle témoigne d'un contrôle rigide.

Concernant les réponses détaillées (D=55) sont inférieur à la norme qui est (60 à 68%), on pourrait évoquer à cet égard, un moindre intérêt pour le concret.

-Les déterminants :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est de F=36% qui est inférieur à la norme (50 à 70%), qui peut être interprété comme une mise à distance des aspects affectifs avec attachements aux caractères objectifs de la planche.

Le pourcentage donnée des (F+=27%) est inférieur à la norme ce qui témoigne un statut de facteur d'adaptation et de socialisation.

On ce qui concerne les réponses animales sont d'un pourcentage de (A%=72%) qui est supérieur à la norme 45%, ça témoigne d'un faux self et d'une adaptation superficielle et rigide.

-Traitement des conflits :

Des réponses kinesthésiques apparaissent dans ce protocole, donc il semble bien que madame Sabah exprime un vécu corporel tellement intense.

-Les réactions sensorielles :

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2) ce qui témoigne d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que madame Sabah soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

La réponse (Clob) indique, que le sujet ressent un sentiment de peur d'angoisse et de menace.

❖ **L'image du corps du Rorschach :**

La réponse donnée dans la sixième planche est d'une bonne qualité F+ (qui a un rapport avec la sexualité), ce qui montre qu'elle valorise son côté sexuelle.

❖ **Synthèse du rorschach :**

Le protocole de madame Sabah est marqué par une forte inhibition, la prédominance des (D) renvoie à une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

L'absence des réponses (H) témoigne de l'incapacité du sujet à s'identifier, avec une problématique d'identité.

L'absence des réponses (H) à la planche 3 (trois) indique un trouble concernant l'identification

Le Rorschach indique la fragilité de son image du corps.

❖ **Résumé du cas de madame Sabah :**

Entre l'entretien et le Rorschach, nous avons constaté que le sujet est traumatisé de cette perte inattendue, qu'elle a interprétée par un déni de la réalité, une rationalisation et les sentiments de culpabilité.

Le sujet à vécu des moments d'anxiété et de stress, lie un manque de confiance en soit elle à mal à accepter la réalité et sa nouvelle image du corps est très négative.

I.2. Le cas de Monsieur Ahmed :

Monsieur Ahmed homme âgé de 77 ans, père de 4 garçons et une fille, il est retraité, niveau d'instruction moyen, niveau économique est élevé, il est stomisé depuis 5 ans.

-Information sur l'état de santé actuel et précédent:

A l'entretien, Monsieur Ahmed s'est montré coopératif avec un bon contact, il répondait à toutes les questions qu'on lui a posées.

Monsieur Ahmed a vécu une enfance et adolescence saine, sans aucun antécédent médical, jusqu'à l'âge de 50 ans pendant lequel il a souffert d'une maladie des poumons, une toux aigue, après l'examen médical qui a attesté de taches aux poumons, qui ont disparu après 4 mois de traitement. Deux ans après monsieur Ahmed a subi une crise de rein qui a duré 1 mois avec un traitement.

Sa santé s'est stabilisé jusqu'à l'âge de 71 ans, ou il a subi une intervention chirurgicale pour une colostomie suite à des diarrhées répétitives, du sang dans les selles qu'il a banalisé et ignoré durant 2 mois, ce qu'il l'a incité à consulter le médecin, qui décidé de l'opérer en urgence après avoir constaté des polypes au niveau du rectum, ce qui a été à l'origine des douleurs, cette hospitalisation a duré 15 jours. Monsieur Ahmed au début ne s'avait pas qu'il va porter la poche définitivement, et il n'était pas informé, c'est l'infirmier qui l'a informé qu'il doit porter la poche à vie quand il lui changeait, et cela après 2 jours de l'opération il nous dit « *avant que je quitte l'hôpital, l'infirmier m'a expliqué comment utiliser la poche, car c'était quelque chose de nouveau pour moi* ».

Quant à l'évolution de sa maladie, il nous dit « *de plus en plus, mes douleurs diminues, malgré la période courte de mon opération* ». Après 5 jours de la chirurgie j'ai réussi à m'adapter, il nous a dit « *je me suis habitué facilement et je n'ai aucun problème* ».

Monsieur Ahmed est toujours sous traitement, il prend comprimés antalgique (contre la douleur).

Nous avons parlé avec monsieur Ahmed sur l'appareillage et les soins il nous a dit que c'est lui qui fait ses soins « *c'est moi qui fait mes soins, ma femme des fois elle m'aide juste pour me donner le matérielle* ».

Monsieur Ahmed dans son discours, il n'a pas parlé des complications sauf les douleurs, après la chirurgie qui sont considéré normaux.

-Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux :

Monsieur Ahmed à bénéficier des soins sthomathérapeutique, il nous a dit : « *c'est moi qui fait mes soins, ma femme des fois elle m'aide juste pour me donner le matérielle* ».

En parlant de pratiques adaptées aux soins, Monsieur Ahmed nous dit : « *khadmagh les poches ni igatvidin* ». Ensuite on a demandé à notre cas d'où il s'approvisionnait l'appareillage et est-ce que la quantité de cette dernière est disponible, et s'il a des difficultés à se procurer l'appareillage adéquat. Il nous a répondu : « *l'ONNPH nous donne une cota de trois mois qui est de 180 poches* ». Quant à la manipulation de la poche, il n'a aucun problème.

-Informations lies la relation du patient est son entourage :

Monsieur Ahmed nous parle d'un bon contact avec son entourage, y compris sa famille, ses amis, toutes ces personnes ont prouvé un soutien et aide morale pour lui, ils l'on accompagné durant toute sa maladie, et hospitalisation, il dit « *ils étaient touché par mon états de santé, ils m'ont tous soutenue* ».

Ce qui témoigne d'une empathie éprouvée de leur part, car ça était pour lui lourd, les premiers jours qui ont succédé l'opération, il nous dit « *mais après les deux premiers jours de l'hospitalisation, je me suis soulagé* ».

La présence de sa famille l'a soulagé et a diminué son stress et sa peur, et leur comportement n'a pas changé après sa maladie. Quant à sa vie privée, sa relation avec sa femme est très bien, elle compréhensive d'après lui, ou il n'a pas constaté aucun changement après sa maladie.

-Informations sur l'image corporelle du patient :

Lorsque nous avons posé la question est ce que il a l'impression que son corps à changer il a répondu pare oui bien sûr « *évidement il est changé, je n'étais pas comme ça du tout* ».

Notre patient nous a dit que lors de la douche, ou bien lorsqu'il se met devant le miroir, il ressent a male alaise, stressé il se voir qu'il n'est pas normale. « *Lorsque je me mets devant le miroir je ne serais pas alaise alors j'évite de le regardé 9lagh tagadaght* ».

Monsieur Ahmed à jamais évité des personnes, au bien des endroits par ce qu'il est stomisé ou bien il a évité les endroits publiques, d'après lui il sort mais les grand tragi il prend avec lui la réserve de poches, « *j'ai jamais évité des personnes à cause de ma poche non je reste toujours avec mes amis dans des cafétérias, aussi je sors normale mais les grand tragi je prends avec moi la réserve de poche* ».

Monsieur Ahmed ne nous a parlé de sa vie sexuelle, il s'est contenté de nous dire qu'il vit bien avec sa femme.

❖ **Présentation du test de rorschach :**

-Tableau n°4 : résultat de test de monsieur Ahmed :

planches	Temps de l'atance	Texte	Enquête	cotations
Planche : I	1'25''	(3'') -« c'est quoi ? je ne peux pas, je ne vois rien».	-Toute la planche	Refus.
Planche: II	1'00''	(1'00'') -« Je vois une gorge c'est tout ».	Médiane supérieure (D4)	D F+ Anat.
Planche: III	35''	(2'') -« regarde c'est des têtes ». -« des êtres humains, regarde leurs pieds, c'est des garçons ».	-Partie supérieur latérale (D6) -Les deux parties noires latérales (D1).	-D F+HD. -G F+H ban.
Planche: IV	35''	(3'') -« Je ne vois rien du tout ».	-Toute la planche	-Refus.
Planche: V	58''	(2'') - « Il ressemble à un animal, un papillon avec des ailes, il vole »	-toute la planche (G)	-G Kan+ A ban.
Planche: VI	31''	(4'') - « je vois des intestines malades »	-Toute la ligne médiane entière (D5)	-D F+ Anat.

Planche: VII	31''	(31'') -« je vois rein ».	-Toute la planche	-Refus.
Planche: VIII	35''	(35'') -« C'est claire ça, c'est des lions ».	- partie rose latérale (D1)	-D F+ A.
Planche: IX	37''	(9'') -« C'est comme des feux d'artifice c'est tout ».	-Toute la planche (G)	-G CF+ Frag.
Planche: X	40''	(3'') - « C'est une gorge ». -« Regarde c'est des poumons ».	-partie supérieur. (D1) -les bleu a l'intérieur.	-D F- Anat. -D F- Anat.

-enquête aux limites:

Planche II: « non, je ne vois pas deux animaux ».

Planche VII: «mmm, oui peut-être, c'est deux femmes».

Ont été obligé de faire repassé les deux planche II et VII, a monsieur Ahmed, pour afin d'arrivé à voir le contenu Animale dans la planche II, et le contenu Humain dans la planche VII.

-Choix (+) : planches IV et VII

Planche I : «elle n'est pas clair, j'ai essayé de la comprendre mais je n'ai pas pu».

Planche III : « c'elle a on dira c'est des nuages ».

-Choix (-) : planches VI et X

Planche VI : «celle a c'est des intestines, sans malades ».

Planche X : « celle a, elle renvoi à ma maladie, on dira c'est une radio ».

❖ **Tableau n°5: Psychogramme de monsieur Ahmed :**

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus
R : 10 Tps. Total : 8' Tps. R : 57'' T.L.M : 47''	G : 4 G% : 40% D : 6 D% : 60%	F : 8 F+ : 6 F- : 2	A% : 10% Ban: 2 A:2 H:2

T.R.I:0K/1C		Kan : 1	Hd: 0
FC: 1kan/0E		CF : 1	Anat: 4
RC: 40%			Obj: 1
F%:60%			Frag: 1
F-% : 30%			Elem : 0
H : 20%			Pay : 0
Hd : 10%			Refus: 2
Anat : 40%			
Frag : 10%			
Ban : 20%			

❖ **Impression générale:**

Le protocole de monsieur Ahmed contient 10 réponses un nombre qui est inférieur à la norme, dans un temps total de 8 minutes, temps par réponse est de 47 secondes et le temps latence moyen est de 47 secondes, monsieur Ahmed nous parlait avec un langage simple, il souffrait d'une pauvreté fantasmagique.

❖ **Processus de la pensée :**

-Les modes d'appréhension :

Les réponses globales figurent dans ce protocole avec un pourcentage G=40% qui est supérieur à la norme de (G=20 à 23%), ce qui témoigne d'une conduite mentale particulièrement sthéniques.

Les réponses détaillées (D= 60%) qui sont dans la norme de (D= 60 à 68%) ce qui marque le maintien du contrôle par la réalité objective.

-Les déterminants :

Le pourcentage formel donnés par monsieur Ahmed est de (F%=60%) qui est dans la norme de (F%=50 à 70%), qui peut être interprété comme une mise à distance des aspects affectifs.

-Traitements des conflits :

Une réponse kinesthésique est permet de différencier les organisations mentales riches en représentation de cellules dont les capacités sont réduites.

-Les réactions sensorielles :

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2) ce qui témoigne d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que monsieur Ahmed soit trop désireux de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

❖ L'image du corps du Rorschach :

La réponse donnée par monsieur Ahmed dans la cinquième planche est d'une bonne qualité kan+ qui est une planche reconnue comme étant celle de l'identité et de la représentation de soi.

La réponse donnée dans la sixième planche est d'une bonne qualité F+.

Les réponses anatomiques liées à une mauvaise forme et qui sont des réponses liées à des parts du corps (poumons), ainsi l'absence des réponses qui désigne le corps comme entier qui indique que monsieur Ahmed trouve des difficultés à ce qui concerne l'intégrité de son corps et sa représentation comme entière.

-Synthèse du Rorschach :

Le protocole de monsieur Ahmed est caractérisé par une forte inhibition interprétée par le nombre insuffisant des réponses (10 réponses).

La prédominance des (D) renvoie à une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique et l'accrochage aux détails.

Le Rorschach montre une altérante de l'apparence et son image du corps, et qu'il souffre d'un contrôle rigide.

❖ Résumé du cas Monsieur Ahmed :

Lors de l'entretien nous avons constaté une souffrance psychique, une modification de l'humeur dans le sens de la tristesse, et une dévalorisation de soi, perte de confiance en soi.

La production générale de monsieur Ahmed est caractérisée par une inhibition, il donne 10 réponses.

On remarque qu'il a une pauvreté fantasmatisée dans ses réponses et qu'il nomme seulement ces réponses.

I.3.le cas de Monsieur Tahar :

Monsieur Tahar est un homme âgé de 42 ans, marié et père de 3 filles, il travaille comme mécanicien dans une société privée, et depuis son opération il est stomatisé de puis 1an, et depuis son opération il est en congé de maladie, son niveau d'instruction il est moyen, et le niveau socio-économique moyen.

-Information sur l'état de santé actuel et précédent :

Nous avons rencontré monsieur Tahar lorsqu'il s'est présenté au niveau de l'association pour prendre des poches et nous lui avons demandé de faire un entretien avec nous à propos de sa maladie.

Durant l'entretien le patient était à l'aise, il répondait spontanément aux questions que nous lui avons posé sans hésitation ni complexe.

Monsieur Tahar a vécu une enfance saine sans maladie. D'après lui sa maladie remonte à l'année 2017, les premiers signes ou symptômes étaient des diarrhées sans arrêt et sans raison, accompagnées de douleurs insupportable au niveau du ventre, mais qu'il a banalisée car il avait peur du résultat. Monsieur Tahar a donc décidé d'ignorer son cas et de continuer à travailler et à vivre sans se douter de la gravité de ces signes. Cette situation n'a pas duré longtemps puisque sa femme a insisté qu'il parte chez un médecin, *« j'ai été normale, j'ai jamais eu des problèmes de santé au pare avant, jusqu'à le jour au j'avais des diarrhées sans rasant et qui sait pas arrêter, mais j'ai pensé que c'était une épidémie, jusqu'au jour où ma femme a insisté de partir au médecin »*.

Lorsqu'il a parti chez le médecin, il lui a donné de faire le scanner, après le diagnostic le médecin lui a dit qu'il faut faire une chirurgie en urgence par ce qu'il a une tumeur au niveau de colon, au début il n'a pas compris que ce que une tumeur, annoncé-t-il monsieur Tahar, mais le médecin lui a expliqué que c'est un cancer, et la monsieur Tahar a bien compris son cas. *« Lorsque j'ai parti chez le médecin, il m'a demandé de faire des analyse, scanner, et lorsque je me suis retourné chez lui, s'était ma déception il a annoncé que j'ai une tumeur au niveau du colon, là je s'avais pas c'est quoi une tumeur, je n'ai pas compris, après il m'a expliqué que c'est un cancer, là j'ai choqué il m'a dit il lui faut une intervention chirurgicale en urgence »*.

Avant son intervention, monsieur Tahar a eu la chance d'avoir un soutien psychologique. Entouré de médecins et d'infirmiers, ce dernier a eu des explications sur son cas et surtout sur le port de la poche. Au début monsieur Tahar a présenté un refus devant cette nouvelle situation, mais après il s'avait que c'est la solution pour ce soulagé. *« Lorsque j'ai parti a Sétif pour faire l'opération, j'ai trouvé un très bon soutien, les psychologues, les infirmiers, même les médecins, ils mon expliquaient mon cas que ce qu'ils ventent faire, là c'était le problème, lorsqu'ils ont annoncé le mot poche, j'ai refusé carrément, j'ai préféré de resté malade, moi je s'avais pas que ce que s'ait une poche, je l'ai jamais déjà entendu, je s'avais même pas au-il vont la maitre, mais après ils montent bien expliquer j'ai accepté puisque s'était la seule solution pour me guérir. Après mon l'intervention j'ai resté lmoi a l'hôpital »*

Après la mise de la poche il n'a aucune complication et aucun traitement. Mais lorsque nous avons posé la question sur la poche est ce que sa présence lui dérange, là nous avons observé sur son visage le stress, et il nous a répandez par oui : *« je n'ai pas des*

complications, n'est d'autre maladie, mais comme vous voyez la présence de la poche me j'aime lorsque je fais la prière mais je me suis habitué à cette nouvelle situation».

-Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux:

Monsieur Tahar a bénéficié dans le début de son opération des soins sthomathérapeutique à l'hôpital pendant 1 mois et après quelle que jours de sa sortie de l'hôpital, il s'habitue à faire ces soins tout seul et des fois sa femme l'aide à changer la poche, « *depuis ma sortie de l'hôpital c'est moi-même qui s'occupe de mes soins je change mes poches moi même personne ne m'aide* ». Et chaque fois il rencontre des difficultés à procurer les appareillages adéquats à sa stomie parce que sa stomie prend une plus petite avec le temps ou revanche il manipule l'appareillage sans problèmes, il fait les soins pour sa stomie chaque jour il nous dit je ne supporte pas les odeurs quelle dégage la poche je me sens pas à l'aise « *outte – ssiportir-ra arriha na la poche* », mais il a jamais manqué de la disponibilité des poches aux de leur qualité et quantité.

A propos des soins il fait ses soins lui-même les poches, il les prend au niveau de l'ONAPH ou bien au niveau de l'association.

-informations liées la relation du patient et son entourage :

Monsieur Tahar durant l'entretien s'est limité à parler de sa maladie et ses soins seulement ce qui apparaît le plus important pour lui, donc on souligne le caractère traumatique de cette atteinte, il nous dit « *Depuis ma stomie je me sens différent des autres, ce n'est pas pareil je me vois comme un handicap* ».

Il nous a dit qu'il ne peut pas parler sur sa stomie à d'autres personnes n'est la montré à pare les personnes qu'ils le sachent par ce que elle se voit pas « *non, je ne peux pas parler sur ma maladie à des personnes qui le sachent pas à part les amis proches et ma famille je parle à personnes* ».

Monsieur Tahar nous parle d'une bonne relation avec son entourage, qui n'a pas changé après sa maladie, sa femme toujours à ses côtés, ses amis toujours avec lui.

Monsieur Tahar n'a aucun problème de fréquenté les endroits publics, il sort normale.

Durant l'entretien en a parlé sur la vision de monsieur Tahar à propos de l'avenir, là il nous a répondu que lui c'est bon il est grand il s'inquiète à l'avenir de ses filles, « *mon j'ai aucun avenir c'est bon, je m'inquiète à l'avenir de mes petites filles si je meurs, comment elles vivent vivre ?* »

-Informations sur l'image corporelle du patient :

Nous avons demandé à Monsieur Tahar comment il voit son corps est ce qu'il a changé ? Sa réponse était oui « *il a changé beaucoup, j'étais très fort de caractère, j'étais sportif mais maintenant comme vous voyez.* ».

D'après monsieur Tahar lorsqu'il regarde son corps dans un miroir, ou bien lors de la douche, il sentir comme un handicap. « *Lorsque je regarde mon corps lors de la douche je me sens que je suis un handicap* ». Comme il a cité les deux auteurs, M.Eyffred, C.lavigne dans la partie théorique chapitre II.

Monsieur Tahar il n'a pas la pression qu'il n'a pas valorisé d'après lui c'est tout le monde qu'il adore qui parle avec lui « *Non, j'ai jamais cette impression, tout le monde qui parle avec moi sons jamais éloigner de moi* ».

La vie conjugale de notre patient est assez équilibrée, elle se traduit par une sexualité normale et une communication compréhensive, l'acceptation de la maladie par le conjoint représente un soutien affectif de valeur pour monsieur Tahar.

En résumé on dit que monsieur Tahar arrive à s'adapter plus au moins à sa maladie, qui dure de 1 an, il essaye de vivre sa vie le plus normalement possible, en nous disant « *je ne pense pas trop à elle, j'essaye de l'oublier, mais je m'inquiète des fois* ».

L'image de corps se manifeste chez monsieur Tahar elle se manifeste par des symptômes, le stress, la manière de regarder son corps « *je me voir comme un handicap* ».

Concernant l'apport de l'environnement, à partir de l'entretien on déduit que monsieur Tahar a trouvé un soutien et aide de la part de son entourage surtout sa famille et essentiellement son épouse ce qui constitue un remède pour lui, et qui est majoritairement à sa situation socio-économique et professionnelle.

❖ Présentation du test de rorschach :**-Tableau n°6 : résultat de test de monsieur Tahar**

Planches	Temps de l'atance	texte	Enquête	cotation
Planche : I	30''	(2'') -« Regarde, là je vois deux mains ouvertes »	-Saillies médianes supérieures et mamelons centraux (D1)	D F+ Hd.
Planche : II	1'	(4'')	Les deux	D F+ A ban.

		- « Je vois deux courses»	parties latérales noires (D1)	
Planche : III	53''	(53'') « Là c'est deux êtres humains ». -« Je vois un papillon».	Les deux parties latérales (D1) Rouge médian (D3)	G F+H ban. D F+A ban.
Planche : IV	31''	(5'') - « C'est inquiétante cette planche ».	Toute la planche (G)	G Clob F+ Abstr.
Planche : V	1'	(2'') -« C'est une chauvesouris à deux têtes ».	Toute la planche (G)	G F+A ban.
Planche : VI	30''	(3'') -« C'est comme un chat qui a deux Ailles ».	Parties supérieure (D3)	D F- A.
Planche : VII	1'	(1') -« Je vois deux ours l'un face à l'autre ».	1 er et 2eme tiers (D2)	D F+ A.
Planche : VIII	1'30''	(1'') -«Je vois deux chiens à 4 pattes -Je vois un terrain d'arbre».	Partie rose latérale (D1) Gris et bleu (1er et 2eme tiers) (D8)	D F+ A ban D CF Pay.
Planche : IX	31''	(2'') -Je vois une colonne vertébrale, c'est tout».	Grand axe médian (D5)	D F+ Anat.
Planche : X	1'	(3'') -« Je vois des	- Rose latérale (D9)	D F-Anat. D F- Hd.

		reins ». -«C'est des intestines ».	-Bleu médian (D6)	
--	--	--	-------------------	--

❖ **Enquête aux limites :**

Planche II : « Oui je voir deux animaux ».

Ont été obligé de passer à l'enquête aux limites à la Planche II, pour montrer à monsieur Tahar, le contenu Animal, qu'il a accepté après avoir suggéré cette réponse.

-Choix + : p III et p I

Planche III : « ici c'est du rouge j'aime cette couleur ».

Planche I : « je voir deux mains qui veulent m'aidé».

-Choix - : p V et p X

Planche V: « ça me fait peur c'est horrible ».

Planche X : « c'est des intestines malades ».

❖ **Tableau n°7 : Psychogramme de monsieur Tahar :**

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenus
R : 13 Tps. Total : 8' Tps /Réponse : 52'' Tps. L.M :22'' F%:85% F+:81% F-%:19% A%: 38% H%:8 % Hd%:8% Cf:8% TRI =0k/1c FC=0Kan/0E RC=38% F%= 84%	G : 3 G% :23% D : 10 D% :77%	F:11 F+:8 F-:3 A:5 Hd:2 Cf:1 ClobF:1	A:7 H:1 Hd:1 Anat:2 Pay:1 Abst:1 Ban:5 Refus 0

❖ L'impression générale:

Monsieur Tahar nous a donné 13 réponses, dans un temps total qui est 9minutes, le temps par réponse est de 52secondes, et le temps latence moyen est de 22secondes. D'après ces données on constate que monsieur Tahar nous a donné des réponses rapides, avec un langage simple, il a une pauvreté fantasmatique (ses réponses qui se composent de phrases simples et courtes) il nomme seulement, sans essayer de nous décrire tout ce qu'elle remarque.

❖ Processus de la pensée :**-Les modes d'appréhension :**

On remarque que les réponses globales (G=23.07%) données par monsieur Tahar sont dans la norme (20à 23%), d'une qualité positive (GF+) ex : la planche V il témoigne d'un contrôle de réalité intérieure.

Concernant les réponses détaillées (D=76.92%) sont supérieure à la norme (60 à 68%) d'une présence très importante ce qui indique une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

-Les déterminants :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est (F%=85%) qui dépasse la norme (50à70%), les F+% dominant le protocole (F+% =81%) ce qui montre que monsieur Tahar a un contrôle rigide de soi et de sa réalité intérieure.

Concernant la réponse Clob on l'interprète comme un sentiment d'angoisse, de peur et de menace senti par le sujet.

-Traitement des conflits :

Nous avons remarqué que monsieur Tahar nous a pas donné des réponses K ce qui pose l'hypothèse du contrôle rigide et l'évitement des conflits par crainte d'effondrement des limites ou par crainte de castration.

-Les réactions sensorielles :

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=5) elles témoignent d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que monsieur Tahar soit trop désireux de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

❖ L'image du corps du Rorschach :

La réponse de monsieur Tahar dans la cinquième planche (qui est une planche reconnue comme étant celle de l'identité et de la représentation de soi), est une réponse banalité et positive ce qui témoigne d'une intégrité corporelle.

La réponse donnée dans la sixième planche (qui a un rapport avec la sexualité) est d'une mauvaise qualité (F-), ce qui montre une dévalorisation du côté sexuel.

Les réponses données dans la dixième planche sont de mauvaises qualités, le sujet a perdu contrôle, ce qui signifie qu'il est touché par l'angoisse de morcellement.

Le nombre inférieur des réponses H renvoie à une difficulté de s'identifier à un être humain, avec une mauvaise perception de soi.

On note aussi à travers l'absence de K la difficulté d'intégrer une image humaine et la fragilité de l'image du corps.

❖ **Synthèse du Rorschach :**

Après l'analyse du protocole de monsieur Tahar, on constate qu'il a une fragilité et une image du corps négative.

❖ **Résumé du cas de monsieur Tahar :**

L'augmentation de facteur de contrôle laisse penser à un fonctionnement rationnel exagéré.

L'absence des K indique une identification instable, et un évitement de tous conflits.

Durant l'entretien monsieur Tahar était souriant, il vit avec la poche depuis 1ans, mais après sa maladie son corps est souvent en état de fatigue, il a une image négative de son corps, et une faible estime de soi.

La production générale de monsieur Tahar est caractérisée par une inhibition qui apparaît dans le nombre de réponses. On remarque que le sujet a une pauvreté fantasmatique désintéressé par rapport au test, il n'arrive pas à accepter son nouveau corps.

L'apport favorable de l'environnement de monsieur Tahar, qui se traduit dans la qualité positive de ses relations avec sa famille proche et entourage, la bonne entente et le soutien qu'il a trouvé de leurs part lui a servi d'un appui et d'une source de soulagement, ce qui a contribué à la diminution de son stress.

I.4.Le Cas de monsieur Wahabe :

Monsieur Wahabe jeune homme, âgé de 36 ans est le benjamin d'une fratrie de 6 enfants, 4 frères et 2 sœurs, marié depuis 7ans et père d'une fille de 6ans et d'un garçon de 4ans .son niveau d'instruction est de 6eme année Primaire, il était conducteur d'un tracteur avant sont accédant qui la eux et actuellement il vie de ce qui fait louer des matérielles de construction, il présente une colostomie gauche définitive depuis 3ans

Notre patient était coopératif avec nous avons effectué deux entretiens avec lui, durant lesquels il a éprouvé un bien être tout long des séances, ce qui témoigne d'un transfert positif de sa part.

-informations liées à l'état de santé du patient :

Monsieur Wahabe a vécu une enfance et adolescence normal sans maladie ou problème de santé, jusqu'à le jour de son terrible accident dans laquelle il été en train de conduire son tracteur ou il perd totalement le contrôle est sans réfléchir, il saute mais malheureusement il s' fait écrasé par ce dernier , transporté en urgence à l'hôpital ou il été d'une état critique sa jambe gauche et complètement défiguré et une partie de son intestat est touché dans le même côté que sa jambe gravement blessé et pour lui sauver la vie une intervention chirurgical indispensable puisque il a perdu beaucoup de sang les médecines décide donc de séquestré (couper) sa jambe dans le bus d'arrêter l'hémorragie et restauré la partie de son abdomen toucher une mise d'une stomie été nécessaire pour garder sa vie en d' hors danger ,notre patient a passer plusieurs semaine avant d'être obligé à faire face à son nouvelle situation, il s'trouve avec une seul jambe et une stomie collé au ventre en plus le choc de l' accèdent il était à deux doigts de mourir le début mais avec beaucoup de courage il a appris à remarcher de nouveaux mais avec une seul jambe et à conduire sans besoins des autres pour continuer sa vie ,son but est d'élevé sa petite famille et penser de quoi les faire nourrir malgré sans handicapé mais il a arrivé à retourner à son travail pas comme avant mais il dirige ses employés qui fait marché ses machines il nous a dit j'avais pas le choix j'ai était obliger de faire face et oublier mon malheur et mon d'estain malgré que je souffre encore de l'accèdent j'ai pris beaucoup du temps pour accepter ce qui ma arrivé parce-que ma vie a totalement changé depuis l'opération..... *« Je n'ai pas trop supporté ma situation attaché ou lit j'ai fait l'impossible pour quitter le lit et reprendre mon travail et ma vie »*

- Informations liées aux matériels et le soin lie à la stomie :

Waheb à bénéficier dans le début de son opération des soins sthomathérapeutique et après quelle que semaines, il s'habituer à faire ces soins tout seul et des fois sa femme l'aide à changer la poche. *« je me suis habituer a les change tout seul »*.et chaque fois il rencontre des difficultés à procuré les appareillages adéquats a sa stomie pace-que sa stomie prendre une plus petite avec le temps ou revanche il manipule l'appareillage sans problèmes, il fait les soins pour sa stomie chaque jour il nous dit je ne supporte pas les odores quelle dégage la poche il dit : *« je me sens pas alaise, mais j'ai jamais manqué de la disponibilité des poches aux de leur qualité et quantité »*.

-Informations liées aux regarde d'autrui face aux stomisés :

Wahabe nous parle d'un bon contact avec son entourage, y compris toute sa famille et ces amis pour lui qui l'ont accompagné durant toute sa maladie et hospitalisation il nous a dit :

« *wallah el hamdoulh mi illire g l'hôpital ouyge -narewahdi même mi id dafrara r-axxemossandaikelrouri ...* », ce qui témoigne d'une empathie éprouvée de leur part, car ça était pour lui lourd, premiers jours qui ont succédé l'opération, il dit : « *chawiyhawiya récupéré la santé y no ta3awa-niyi el madame d tout la famille yano...* », il ajoute qu'il va beaucoup

mieux car il a repris son travail, c'est grâce aux soutiens de sa femme et ses, frères et sœurs et son entourage et d'après lui tout c'est personnes ont prouvé un soutien et aide morale et,matérielle qui l'on encourage à se maître de nouveaux sur pies. Le patient paraissait normal pendant les premières minutes d'entretien mais il a soudainement à changer de comportement, il est devenu triste, soucieux et même fatigué. On a constaté que les souvenirs et les émotions lui reviens d'un seul coup c'est pour cela il est dans un état d'anxiété et c'est très normal par rapport à ce qui lui arrivé, son changement corporelle la infecté beaucoup c'est toute une nouvelle situation qui a appris à supporté et puis y adapter et accepter, il nous a dit : « *walh souffrire azmire adinyar eneradchare les premier temps osand zayte attarirohernoyas la stomie ayitrna tkamliyi zririmani wkhossare gouli wajirteg-ouliwn kensousmarre* » .il à ajouter que il n'aime pas que les gens lui parler sur l'événement traumatique ,par ce que il essayé d'oublier son handicapé et s'habituer avec la poche qui a bouleversé sa vie donc il évites ces de parler sur sa tragédie.

Le cas il n'a pas parlé sur des complications sauf les douleurs, après la chirurgie qui sont considère normaux.

La présence de sa famille l'a soulagé a diminué son anxiété, et leur comportement n'a pas changé après sa maladie .ce qui concerné sa femme elle est resté la même aucun changement de sa part. Elle constitue pour lui une source de courage et tendresse et d'amour.

Le cas Wahabe ne nous a pas parlé trop sur sa vie sexuelle, il s'est contenté de nous dire qu'il vit bien avec sa femme, et pour lui la sexualité c'est un sucré entrele couple qui ne doit pas être révèlé aux auteurs individus, le patient ne voulais pas répondre à notre.vus que notre patient estcomplexé et réservé on comprend que c'est un sujet tabou, on a respecté ca décision.

Le patient nous a parlée de son futur avec un grand espoir, en disant que dans la vie il y a des J'espère que dieu me donnera la force d'aller de l'avant pour honorer mes enfants, « *temanir ad3ichar ad assafarhararawiwnchallah ay difkrabisahaken.....* ».

-Informations sur l'image corporelle du patient :

Le patient nous a avoie que il avait mal à supporter sonchangement physique dans le début, mais il avec le temps il été obligé d'accepter son malheur ,il aconformé que malgré son corps qui a complètement changé mais il se voit comme une personne normal et ces handicapes l'on jamais empêché d'avancé dans ces projets ,Et quand on a posé la question comment vous voyiez vous dans le miroir ,Il nous dit que ce sujet le fait beaucoup mal parce que rien ne lui plait de ce que ,il voit une jambe qui 'il lui manque et une poche accroché à son ventre et il chaque il doit la cordé de son temps il nous confirme que son image corporelle est négative ,le patient face à la réalité qui provoqué et surgé chez lui certaine émotions comme la tristesse et anxiétés et qu'il développé encore de sa maladie un mécanisme de défense d'évitement,puisque il éviter tout ce qui lui rappel son état actuelle.

❖ Présentation du test de Rorschach :**-Tableau n°8 : résultat du test de monsieur Wahabe :**

Planche	Temps de l'atance	Texte	Enquête	Cotation
planche : I	14''	(29'') -« c'est peut-être ressemble un papion »	C'est tout la planche C'est la forme	-G F+ A Ban
Planche : II	6''	-Refus	-Refus	-Refus
Planche : III	10''	(56'') -«je vois un utérus d'une femme » C'est le ventre a l'intérieure un bébé c'est l'utérus de la femme ».	C'est toute la plancheC'est la forme	-G F+HD Anatsex
Planche : IV	19''	27'' -« je vois un arbre d'Oliver »27''	Toute la planche C'est la forme	-G F+bot
Planche : V	8''	(15'') -« Chauve-souris »	(toute la planche) C'est la forme	-G F+ A Ban
Planche : VI	6 ''	(17'') -« Ca ressemble	(c'est la forme) (Toute la ligne médiane entière)	-D F+/- - Obj

		à thermomètre »	D5	
Planche : VII	3''	Refus	Refus	-Refus
Planche : VIII	7''	(33'') -« c'est deux ourse d'une foré»21'' -« Je pense que c'est une foré ou un parc ou milieu »	« Les deux sur les côtés c'est des ourses »D18 par rapport ou mouvement. (l'ensemble sans les parties roses latérales)D9 Par rapport à la forme	-D kan+ A -D F +/- Pays
Planche : IX	22''	21'' -« je vois l'estomac écrasé »	(Toute la planche) Par rapport à C'est la forme	-GF-Ant
Planche : X	1',05 '	(12'') - « je vois là le tube digestif et l'estomac » (33'') -je vois la vessé d'un être humaine »	-« tout la tâche et l'appareil digestif », (Gris médian supérieur) D11 « Ca m'appelle les urine la forme de la vessé la couleur rose » - (C'est toute la forme) Par rapport à couleur et la forme) D42	-GF-Anat -D FC'Anat

❖ **Enquête aux limites :**

Planche II : « oh oui, ça ressemble bien à des humaines ».

Planche VII : « oui, on peut dire deux, personne, face à face ».

Ont été obligé de passer à l'enquête aux limites à la Planche III, pour montrer à Wahabe, le contenu humain, qu'il a accepté après avoir suggéré cette réponse.

-L'épreuve de choix :

-Choix(+): p I et p III

Planche I : « j'aime la nature, le papion c'est symbole de bonheurs et liberté »

Planche III : « la femme qui porte un enfant porte la venir dans son ventre et la joie ».

-Choix(-): p X et p II

Planche X : « je vois un ventre tout couper et désordonné »

Planche II : « Je n'ai pas compris ce que porté ou milieu »

-Tableau n°9 : Psychogramme de monsieur Wahabe :

Production	Mode d'appréhension	Déterminent	Contenu
R=10 Refus=2 Tps. Total=4',03'' (242'')	G=6 G%=60 D=4 D%=40%	F+=5 F+% =50% F-=1 F±=1 F= 0 F%=90 F+élargi=250%	A=3 Ad=0 A%=30% H=0 Hd=1 H%=10%
Tps/Réponse=40''	Add=0 Dbl=0 Do=0	K=1 TRI=1K>C introversive RC%=50%	Anat=4 Anat=40% Ban=1 Ban%=10%
Tps.Lat .Moyen='11 ,			
Tps/Pl=9''			
Choix+ :I et III (1,3)			
Choix-:II ET X (2,5)			

❖ **L'impression générale:**

Monsieur Wahabe nous a donnée 10 réponses, dans un temps total de 10 minutes, le temps par réponse est de 38 secondes, donc Ce protocole regroupe (10) réponse il est inférieur à la norme (20-30) réponse.

Donc en peut qualifier ce protocole de basse productivité, et un temps rapide est de (10'38'') inférieur à la norme (20'-30').

❖ **Processus de la pensée :**

-Les modes D'appréhension :

Généralement l'analyse d'un protocole du Rorschach se base principalement sur trois critères le plus important mode de localisation dans le protocole de Wahabe comprennent deux type : les localisations global avec(6) réponse, avec un pourcentage (60%), les G sont majoritaires dans celui-ci essentiellement dépassent la norme estimée (20-30%).Cela explique que le sujet appréhendé la réalité dans sa globalité.

Le deuxième mode est identifié par les détails(D), avec un pourcentage de (40%) dessus de la norme soulignée (60-68%) développant ainsi que l'image du corps diffusé soit unie et une certaine intégration globale de l'image corporelle.

-Les déterminants :

Dans le protocole les déterminants (F% est de 90%) il est supérieur à la norme (50-70%), ainsi les F+% sont inférieurs à la norme (80-85%) il atteint de (50%) ce explique l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibe l'apparition de la réalité interne.

-traitement des conflits :

Dans ce Protocole, présente (01) Kinesthésies humains, qui signifie que le sujet est capable d'élaborer des conflits et des mouvements humains.

Le type de résonance intime (T.R.I) est introverti ($1K > 0C$), ce qui signifie que la tonalité émotionnelle est fermée.

Pour le RC on indique, il est inférieur à la norme (30-40%), il atteint de (50%).

L'indice de l'angoisse est supérieur à la norme (12%), il atteint de (50%).

-Les réactions sensorielles :

Les déterminants sensoriels sont absents dans ce Protocole.

-Les contenus :

La plupart des contenus, ce sont des indicateurs humains, avec (1) réponse soit (50%) un taux dépassant la norme (12-18%), qui témoigne d'une perception normale de la réalité et se réfère à la compréhension détaillée de l'image du corps.

❖ L'image du corps du Rorschach :

En général, l'image du corps est figurative dans ce test par rapport à quel que normes pertinentes qui peuvent la ressentir et la dégager. Globalement ce concept peut être corroboré dans les localisations et les déterminants, des réponses, et le plus souvent, leurs contenus.

Globalement les modes d'appréhension dont les réponses sont localisées, parviennent nettement à concevoir l'image du corps ; malgré l'apport des pourcentages recueillis dans la passation des différents modes de localisation, souvent conclure vers une unification de cette image corporelle les réponses (G) avec (60%) et les (D) aussi (40%).

Les Kinesthésies sont aussi un point de repère pour l'identification humaine, ainsi une capacité à l'identification dynamique et créative de mouvement animal, et s'y identifier.

L'indice culminant de cette image est approuvé par, les contenus, plus précisément animal le pourcentage relatif de cet indice est faible près de (30%), et le pourcentage des réponses humaines est (30%).

❖ Synthèse du rorschach :

Le protocole de monsieur Waheb est marqué par une forte inhibition, la prédominance des (G) renvoie à une absence de curiosité pour la réalité interne du sujet, montrer le désir de ne pas se livrer en se dévoilant à l'autre par une implication plus manifeste, l'absence d'esprit de recherche constitue l'hypothèse de refoulement du patient, elle met en évidence d'une interprétation rapide traduirait ces éléments par l'évocation d'un faible investissement du fonctionnement intellectuel.

❖ Résumé du cas de monsieur Wahabe :

On conclut, que la vie d'un homme confronté à des multiples changements, soit corporelle, ou psychologique.

Les deux outils utilisés pour cette tâche, sont en premier lieu, l'entretien clinique, et en deuxième lieu, un test projectif ; le Rorschach. Le guide d'entretien effectué auprès de Wahabe, révèle une faible acceptation des changements subit par la stomie.

Parallèlement, le test du Rorschach peut évidemment ressortir certaines qualités psychiques, à expliquer et dévoilée principalement l'aspect dissimulé de l'image du corps diffusée. Ce test a nettement délimité ce concept à travers l'analyse de ces trois critères ; Localisation (G avec 60%), les contenus avec (10%), pour conclure par une image mentale du corps faible, et une identification moins appropriée humaine.

A partir de ses deux analyses, nous parvenons à déceler que la stomie a altéré la vie psychique de Wahabe, et un impact négatif envers son image corporelle.

I.5. Le cas de madame Zina :

Madame Zina âgée de 48 ans, cinquième d'une fratrie de sept, mariée depuis 22 ans, son mari est un ouvrier, d'un niveau économique moyen, elle est mère de 2 garçons, une seule fille, son niveau d'instruction est de deuxième année secondaire, elle n'exerce aucune activité professionnelle c'est une femme au foyer, elle présente une colostomie gauche.

Cas Zina a accepté facilement de nous raconter son histoire personnelle et l'histoire de sa maladie elle a été coopérative, nous avons effectué deux entretiens avec elle durant lesquelles elle a été de bonne humeur et pleine d'espoir.

Notre première rencontre était consacrée à l'Entretien et la deuxième pour passer le test à la patiente.

-Information sur l'état de santé actuel et précédent

Zina a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie particulière, jusqu'à l'âge de 35 ans où elle a été hospitalisée pour enlever le goitre, et l'âge de 41 ans où elle a subi une intervention chirurgicale pour l'extraction d'un kyste à l'ovaire, La patiente avait la

santé saine jusqu'à l'âge de 47 ans où elle présente des douleurs au colon, du sang dans les selles, les médecins n'ont pas fait le bon diagnostic pour la prendre en charge, ce qui a été diagnostiqué et traité par son médecin en tant qu'hémorroïdes, mais après une période de traitement son état ne cesse de s'aggraver, jusqu'à ce que la souffrance devienne insupportable, elle a été hospitalisée en urgence et après avoir fait tous les bilans médicaux qui ont révélé la présence des polypes dans l'intestin, elle a subi une intervention chirurgicale en urgence pour une mise en place d'une colostomie, elle a été hospitalisée pendant 21 jours et elle n'était pas informée sur la nature de son atteinte.

-Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux :

Zina ne connaissait pas ce qu'est la poche, à son réveil découvre la poche pour la première fois est-elle ce demande c'est quoi et à quoi sert-elle ? Elle s'arrête pas de s'interroger sur la poche qui l'inquiétait, et perturbait sa présentation de son image corporelle ; le médecin l'avait informé que ce n'est que temporairement qu'elle va la porter, du moins pendant 6 mois maximum.

Après l'intervention la patiente n'a eu des complications sauf elle avait juste souffert de la partie extérieure de la stomie (du colon) quelques irritations dans les trois premiers mois qui suivent l'intervention. Madame Zina a bénéficié des soins stomathérapeutiques, dans les premiers mois dès son intervention.

La patiente a dit que les premiers temps elle avait des difficultés pour la manipulation de l'appareillage mais qu'avec le temps elle s'est habituée.

-information liée à la relation du patient et son entourage :

La patiente a une bonne relation avec son entourage, elle vit avec son mari et ses enfants, lorsqu'elle a parlé de sa famille elle avait le sourire aux lèvres, elle nous a dit « *el-hamdolahdan Argaziwe di darawirroya- gen g-karrabadenn rrorri* »

La patiente a bénéficié des soins stomatologiques dès le début et après tout elle applique les soins quotidiens pour sa stomie.

La patiente nous a parlé de son futur avec un grand espoir, en disant « *nchallahadak sare la poche ay iwa da halorr , abriradhad rraril farha- nssenadiyattmanirr* ».

-Informations sur l'image corporelle du patient :

Au début, Zina sentait une grande gêne et inacceptation de voir son corps modifié et déformé par la stomie à chaque fois qu'il procède au changement des poches.

Elle nous a dit ça me fait mal de voir des déformations dans mon corps, elle évitemême de voir ses anciennes photos le rappelant son état de bonne santé. Elle nous a dit ça me fait mal de voir mes photos qui me rappellent ma santé perdue.

La patiente a à la cour de sa maladie développée un mécanisme de défense d'évitement dans le but d'oublier sa blessure narcissique et la douleur d'une image corporelle perturbée. Mais la souffrance s'assècle de faire mal avec le temps avec le grand soutien de sa famille et son mari elle se sent beaucoup mieux que les mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

❖ **Présentation du test de Rorschach:**

-Tableau n°10 : résultat du test de madame Zina :

Planche	Temps de l'atance	Texte	Enquête	Cotation
Planche : I	25''	(33'') - « chauve-souris ou il ressemble à corps d'abeille »	« c'est toute la planche » Par rapport à la forme.	-G F- A Ban
Planche : II	15''	(9'') -« Ce dessin ressemble à des poumons »	(c'est toute la planche) Par rapport à la forme	-G F-/+ Hd /Anat
Planche : III	28''	(33'') -« deux corps humaine port quelque chose ensemble »	(c'est toute la forme) Par rapport à la forme et mouvement	-G K Ban
Planche : IV	20''	17'' -« Cette image ressemble à la précédente, c'est un corps d'animal »	(c'est toute la planche) C'est par rapport à la forme	-G F+ A Ban
Planche : V	17''	(13'') -« il ressemble à Oiseau »	(c'est toute la planche) C'est par rapport à la forme	G F+ A Ban
Planche : VI	25''	(18'') -« toute c'est dessin se	« je vois sa tête et c'est moustache »	Dd F+ Ad

		ressemble, je ne sais pas sa peut être un chat oui, c'est un animal »	(Toute la partie supérieur D8) C'est par rapport à la forme	
Planche : VII	45 ''	(38'') -« il me semble un organe humaine un bassin »	« oh ! je vois deux tête de poupée » C'est toute la planche Par rapport a la forme	- G F+ Obj
Planche : VIII	1',35''	(16'') -«-je vois deux animaux »16 »'' (9'') -« je vois aux milieux leur organes internegfois , l'estomac et cœur»	(les deux parties roses latérales ensemble) D18 Vus par rapport à la forme (l'ensemble sans les parties roses latérales) Vus par rapport à la forme	GF+ A Ban Dd F+/- Anat
Planche : IX	40''	(26'') -« Je vois des organes d'un corps humain »	(Toute la planche) Par rapport à la forme	G F+ /- Anat
Planche : X	56''	(46'') -« Regarde c'est des Poumons, C'est une gorge et, l'estomac, les raines. C'est des partie des organes humain malade »	-Les deux roses latéraux (D9 X2), le gris supérieur(D11), -Le bleu médian(D6). Par rapport la forme	-Dd F- Anat

❖ **Enquête aux limites :**

Planche II : « non,ouzar-ar, ah oui d-anassah, c'est vrai tourazarare 2hayane ». (Nonje ne vois pas, ohoui, c'est vrai je vois deux animaux).

Ont été obligé de passer à l'enquête au limite à la Planche II, pour montrer à Zakia, le contenu humain, qu'il a accepté après avoir suggéré cette réponse.

-L'épreuve de choix :

-Choix(-) : p II et p IV

Planche I : « je ne suis pas allaise, il me semble que c'est un organe malade je vois les poumons »

Planche IV : « ça me plait pas c'est trop compliquée »

-Choix(+) : p II et p IV

Planche II : « C'est un jolie et beau dessin, par ce que je vois des humaine »

Planche IV : « j'ai compris cette photo je vois bien des animaux et moi j'aime bien ! »

-Tableau n°11 : Psychogramme de madame Zina :

Production	Mode d'appréhension	déterminent	Contenus
R=12	G=09	F+=06	A=04
Refus : 0	G%=90%	F+%=60%	A%=40%
Tps.	D=0	F-=02	Ad=0
Total=6',31''(379'')	Dd=02	F±=03	H=1
Tps /Réponse=31''	Dd% =20%	F%=91 ,67%	H%=10%
Tps/Pl=11''	Do=0	F%élargi=100%	Hd=1
		F+	Obj=1
Tps. Lat. Moyen=3',06''		%élargi=122,72%	Anat=04
		K=1	Ban=05
Choix positif : III, XIII		TRI= 1K/0C	Ban%=50%
Choix négatif : II, IV		RC%=33 ,34%	

❖ **L'impression générale:**

Ce protocole regroupe 12 réponses. Une productivité inférieure à la moyennedes réponses (20-30).

Zina a consacré peu de temps durant la passation de ce test 6,'31'' un tempscourt par apport au temps par réponse : ('31 '').

Pour le temps de latence moyen(T L M) et de (3,06) qui est inferieur a lanorme (10'20'').

❖ **Processus de la pensée :**

-Les modes d'appréhension :

Le nombre de G est supérieur à la norme (20-30%) il atteint de (G90%) celaexplique que le sujet appréhendé la réalité dans sa globalité. Ce qui explique l'intégration de l'unification corporelle.

-Les déterminants :

Le deuxième critère est les déterminants, le (F%=91,67% qui est supérieur à la moyenne (50%-70%) ce que explique une perception de moyenne de la réalité interne.

La plupart des formes (F+) six réponses, soit (F+ 60%) qu'est inférieur à la norme (F+% = 80-85%) ce qui explique l'utilisation de la réalité externe comme une moyenne qui inhibe l'apparition de la réalité interne.

-Traitement des conflits :

Une seule réponse de mouvement humaine dans ce protocole le sujet à donner une réponse ($k=1$), c'est un indice significatif d'intégration d'une image corporelle saine, Zina ne nous donne aucune interprétation donc sous une incapacité d'identification dynamique d'une image corporelle.

-Les réactions sensorielles :

Absence de couleurs signifie que la couleur n'atteint pas le sujet.

Le test de Rorschach est énonciateur de certains aspects conflictuels qui se rapportent aux déterminants. Le type de résonance intime (T R I) $1K > 0C$ qui indique le type introvertisif

Le R.C qui est le nombre des réponses données aux dernières planches (33,34%) qui est inférieure à la norme qui signifie que Zina n'est pas stimulée par l'aspect sensoriel des planches pastelles.

Concernant les réponses humaines apparaissent au pourcentage H% est (10%) il est inférieure à la norme qui a été décrit par C. Chabert entre H% est (12-18%) ce que explique l'incapacité de sujet d'identification de l'image humaine et une inhibition dans les relations humaines.

On trouve aussi l'apparition des réponses animal (A) avec un pourcentage de (A%=50) est supérieure à la norme qui est (A%=35-50%).

Les interprétations de la banalité figurent d'un nombre élevé dans ce protocole, avec un pourcentage (50%) supérieur de la norme souligné (20-23%) ce qui indique que le sujet s'attache beaucoup à la réalité extérieure.

On note aussi que une seule réponse kinesthésies désigne la difficulté avec une restriction de mouvement libidinal ce qui signifie une forte dépression surgissant et cela peut indiquer aussi une faiblesse de l'image de soi.

La cause et le critère de sélection différent du choix positif et du choix négatif ; Zina a opté un choix positif sur le critère de l'attraction des planches (III e VIII) : « C'est un joli et beau dessin, par ce que je vois des humaine », « j'ai compris cette photo je vois bien des animaux et moi j'aime bien ! ».

Mais le choix négatif est concentré sur la valeur d'effroyable que les planches (II et IV) répandant : «ça me plaît pas c'est trop compliquée,... », « Je ne suis pas allaise....».

❖ **Image du corps au Rorschach :**

Le test de Rorschach peut ainsi valoriser certains aspects psychologiques, en l'occurrence l'image du corps, à travers, trois étapes essentielles ; localisation : (G). Le taux des réponses globales, qui sont de (90%), mais celui des réponses détaillées est absent dans ce protocole, donc nous ne voyons éventuellement une image corporelle unifiée.

Ajoutant à ceux-ci, la combinaison entre les contenus humains et les G (9), et une réponse de Kinesthésie humaine, entre ces derniers et les banalités (5), confirment nettement cette capacité unificatrice de l'image du corps, ainsi qu'une intégrité proprement humaine, d'appréhender l'image d'autrui, de s'identifier ; une identification créative de mouvement et une réincarnation d'une image purement humaine.

-Synthèse du rorschach :

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez madame Zina, on souligne dans l'ensemble du protocole des caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, par ce qui est déjà cité ci-dessus, cette qualité a été confirmée dans l'analyse de l'entretien.

Le protocole de madame Zina est marqué par une forte inhibition, la prédominance des (G) de 90% renvoie à une conduite défensive par le recours à une réalité globale et adaptative contre l'émergence de représentation du mode d'appréhension et des mécanismes mis en jeu dans la prise de conscience de la réalité interne.

❖ **Résumé du cas de madame Zina :**

Après avoir analysé les deux outils utilisés dans ce que nous cherchons, le cas de Zina nous paraît dans des états, psychiques et relationnels, perturbés, la caractéristique de sa personnalité nous souligne certains mécanismes instables à affronter ces changements physiques et/ou psychologiques.

Certaines représentations mentales peuvent être aussi dégradées et altérées, à savoir, les concepts de représentations de l'être et de son image du corps. Par rapport à cette femme, ce concept s'énonce véritablement moins positif et une image du corps négatif, mais unifiée et déterminée, intégrée et identificatrice d'une autre part ; Zina, dans l'entretien et au Rorschach, nous diffuse des bons résultats et positifs, ainsi qui excluent toutes failles, faiblesses ou défaillances au niveau mental, qui pourrait relater sa personnalité, quoi que, certes, au niveau physique et organique, la stomie modifie certaines propriétés et comportements.

Remarquablement, ces entités analysées annoncent que la stomie n'approuve pas de tensions psychologiques graves, ou il n'a aucun impact sur la vie psychotypique de certains aspects mentaux que l'image du corps, qu'elle peut dévoiler.

I.6.Cas de madame Nora :

Cas Nora, dame âgée de 45 ans, la benjamine d'une fratrie de 4 enfants, 2 frères et 2 sœurs, mariée depuis 20 ans, mère de trois enfants, un garçon âgé de 18 ans et une fille âgée de 15 ans et l'autre âgée de 10 ans, son niveau d'instruction est instruite diplômée, c'est une titulaire d'école primaire de puis 23 ans, elle présente une double stomie, colostomie gauche et droite définitive depuis trois années, et elle est sous la radiothérapie depuis 8 mois.

Durant l'entretien la patiente était souriante et en bonne humeur, le contact avec elle était facile et normal.

-Information sur l'état de santé actuel et précédent:

L'enfance de madame Nora est incarnée de toute maladie jusqu'à l'âge de 42 ans. Quant à sa stomie, elle a subi l'intervention chirurgicale début pour une colostomie droite, suite à des douleurs abdominales, et une présence de sang dans les selles, ce qui l'a incité à consulter un médecin pour l'exploration, après plusieurs examens médicaux tel que la coloscopie, scanner et après plusieurs orientations de différents spécialistes, après ils constaté que c'était des polypes au niveau du colon et qui sont à l'origine de sa maladie, le médecin lui prescrit une radiothérapie, et après son médecin lui a annoncé l'intervention chirurgicale pour sa stomie dans le but de couper 7 cm du rectum atteint de la tumeur. La patiente elle était déprimée.

Après la radiothérapie de trois mois, elle a subi l'opération pour elle s'est beaucoup inquiétée, elle avait peur de l'opération, ce qui l'inquiétait plus, et ce que lui faisait peur c'est la découverte de sa maladie par son entourage, car elle a caché cela et il n'avait que sa famille proche et certains proches de la famille de son mari qui étaient au courant, Et elle évité de parler sur sa maladie ou sur sa stomie.

L'intervention que le sujet a subi n'est pas réussie donc les médecins décider de l'opérer une deuxième fois le même jour pour corriger les endommagements causés dans la première opération qui n'est pas une réussite.

Après l'opération la patiente à son réveil, sous les douleurs intense elle découvre les deux stomies collées à son ventre elle a fait crise, elle voulait mourir, elle nous dit : « *ce n'est pas une vie, j'ai préféré mourir* », elle n'arrêtait pas de pleurer, elle a fait par la suite une dépression

et dans un état de dépression et une anorexie mental suite à deux opération chirurgical au même temps.

Elle a pris une année pour accepter sa maladie, mais cela reste relatif car jusqu'aujourd'hui elle souffre de son état, elle ressent une grande blessure narcissique, elle nous dit « *il n'est pas plus pire que ça je souffre jusqu'à aujourd'hui les opérations me déformé et épuisé 3ayirre gravel, a3aboutiwe ibatailke* ».

CAS Nora nous parle de ses douleurs musculaire après l'opération qui ne cesse de se propager dans son corps, ainsi dès les irrptions cutanées des deux stomisé qui sont apparu depuis les premier mois qui suit l'opération et qui sont atténuer avec le traitement

-Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux :

Madame Nora à bénéficier des soins sthomathérapeutique, elle nous a dit : « *oui aux débuts et après je fais mes soins toute seule* ».

En parlant de pratiques adaptées aux soins, Le sujet nous dit : « *j'utilise des poches Opaque fermé* ». Ensuite on a demandé à notre cas d'où elle s'approvisionnait l'appareillageet est-ce que la quantité de cette dernière est disponible, et si elle a des difficultés à se procurer l'appareillage adéquat. Elle nous a répondu : « *l'ONNPH nous donne une cota detrois mois qui est de180 poches, je changer la poche plus de deuxfois par jour, ce qui me met dans une situation de manque de poche* ». Par la suite elle nous rajoute : « *quand j'ai entendu parler de l'association j'étaisoulager quelque part même si la quantité reste insuffisante* ». Vue que Madame Nora a subi lemanque de poche, Et en ce qui concerne sa préférence particulière parmi l'appareillage qu'elle utilise, elle dit : « *je préfère Convatec, qui font moins de bruit je mesens rassuré avec ce model* ». Quant à la manipulation de la poche, elle n'a aucun problème.

-Informations lies la relation du patient est son entourage :

La patiente après sa maladie a manifesté un léger social car elle évite de s'afficher trop en public par crainte de découvrir sa maladie, quelle continue toujours à cacher mais cela ne l'empêchera pas de garder un bon contact avec sa famille proche et entourage. Elle spécifie sa relation avec sa grande sœur, quelle considère comme une deuxième mère et qui la beaucoup soutenu, elle nous annonce aussi que ses enfants la soutiennent beaucoup surtout les premier temps de sa maladie.

La relation de sujet avec son mari elle nous annonce qu'elle a une bonne entente avec son conjoint, qui la respecte beaucoup.

Quant à sa sexualité elle a un problème avec son mari à propos ce sujet, elle voit que son conjoint ne s'intéresse pas à elle étant une femme par-ce-que il est exigeant il demande un corps parfait elle le comprendre puisque d'après elle c'est ça un homme difficile à plaire surtout avec sa transformation après l'opération, elle s'est trouvé ne pratique pas l'intimité depuis.

D'après se que le sujet a évoqué ,nous constatons qu'elle a beaucoup de conflitspsychique durant sa maladie elle a perçus la stomie comme source de souffrance d'elle-même et de son conjoint, elle dise que son mari il est loin d'elle est aussi elle a perdu la confiance de tous qui est on tour d'elle.

Lorsque on a interrogé la patiente sur ses relations familiales et social elle a exprimé d'une manière claire, quelle, est bien avec ça belle familles.

La patiente, n'a pas voulu parler sur sa vision du futur et de ce qu'elle pense de son avenir, elle a préféré de ne pas répondre

-Informations sur l'image corporelle du patient :

D'après tous ces modification de son corps la patiente, elle n'arrive même pasde faire une douche seul, mais elle est une personne très courageuse, malgré toutes ses souffrances durant son traitement de radiothérapie, et ces changements physiologique lié a les effets et la présence des poches sur son abdomen, la présence de lastomie,à provoquer chez elle un sentiment d'être dévalorisé physiquement et elle s'aperçoit différemment des autres quelle manque de beaucoup de choses comme la bonne santé. Avec une grande tristesse la patiente est très anxieuse.

Quand on a demandé comment elle se voit dans le miroir avant et après l'opération elle nous dit avec beaucoup de tristesses et regrées regardé mon ventre il ya rien à dire !son comportement nous fait comprendre qu'elle souffre et quelle n'est accepter son corps avec les deux stomies.

❖ Présentation du test de Rorschach :

-Tableau n°12 : résultat du test de madame Nora :

Planche	Temps de l'atance	Texte	Enquête	Cotation
Planche : I	8''	-Refus	-Refus	-Refus
Planche :	1',55''	(49'')	« je vois deux animaux qui	-G Kan A

II		-« je vois rien !, je ne comprends pas, je pense que c'est un animal mais je ne sais pas c'est quoi exactement ».	se regarde » (c'est tout la tache)	
Planche : III	1',49''	(1') -« des personnes qui travaillent ensemble »	(c'est toute la tache) Par rapport au mouvement et la forme	-G K/F+ H Ban
IV	60''	(45'') -« Je ne sais c'est quoi ça !? il me semble que c'est une colonne vertébral ou milieu » (54'') -« c'est quoi ça ! je ne comprends pas ce n'est pas claire toute est noir »	« je vois claire dans cette tâche » (Tout l'axe médian) Dd5 (C'est toute la tache) Par rapport à la couleur la forme	-D F+ Hd -G Clob Abstr
Planche : V	1',23''	(23'') -« c'est une chauve souris »	(C'est toute la planche) Par rapport à la forme	-G F+ A Ban
Planche : VI	2''	-Refus	-Refus	-Refus
Planche : VII	1',09''	(40'') -« je ne sais pas ça peut être un vase »	(c'est toute la tache) Par rapport à la forme	-G F+ Obj
Planche : VIII	1',04''	(1') -« je vois des animaux, deux lions d'un les deux coté »	(Les deux parties roses latérales ensemble) D18 Par rapport à la forme	-D F+ A
Planche : IX	9''	-Refus	-Refus	-Refus

Planche : X	1',15 ''	(55'') -« je vois C'est la tour Eiffel. ». -« deux serpents noire »	-(Gris médian entière en Haut Par rapport à la forme Les deux roses latéraux (D9x2)	-D F+ Arch -G F+ A Ban
--------------------	-----------------	---	---	---

❖ **Épreuves des choix :**

-Choix(-) : p IV et p I

Planche IV : « ca couleur est noir sombre elle me fait peur »

Planche I : « la forme de cette tâche et elle noir me dérange me met mal alaise je ne comprends pas ! »

-Choix (+) : p III et p X

Planche III : « j'ai compris l'image, elle me plait par ce que elle ressemble un dessin animé ».

Planche X : « c'est une image multi -couleur. »

-Tableau n°13 : Psychogramme de madame Nora :

Production	Mode d'appréhension	Déterminent	Contenu
R=09 Tps. Total=11'25'' Tps/Réponse=01'40'' Tps.Lat .Moyen=05'8' Tps/Pl=14' Refus=03 Choix+ : III Et X Choix- : I Et IV	G=06 G%=66.67% D=02 D%=22.22% Dd=0 Dbl=0 Do=0 Clob=1 Clob%=11.11%	F+=07 F+%=77.77% F-=0 F±=0 F%=77.77% F+%élargi=33.33% F%élargi=100% C =0 CF =0 FC=0 K=1 Kan=1	H=01 H%=11.11% Hd=03 Hd%=33.33% A=04 A%=44.44% Anat=0 obj=1 Arch=01 Abstr=01 T.R.I=1K/0 C coarté R.C=33.33% F.C=1K/0E Ban=03 Ban%=33.33%

❖ **L'impression générale:**

Ce protocole regroupe très peu de réponse, avec (09) réponses, et trois refus, dont le sujet présente une forte inhibition par rapport aux nombre de réponses, qui est inférieur à la norme (20-30), ce qui montre une pauvreté de productivité, fantasmatique et son mode d'imagination. Noura a consacré peu de temps durant la passation de l'épreuve de Rorschach, qui est (11m : 25s) inférieur à la norme (20'-30').

❖ **Processus de la pensée :**

-Les modes d'appréhension :

Le G supérieur à la norme (20-30), il atteint de (66,67%) cela explique que le sujet capable appréhendée la réalité dans sa globalité, ainsi (D%) est (22,22%), inférieur à la norme (60%-68%), qui évoques de et à capacité d'unification ainsi que manque fragilité de l'image du corps.

-Les déterminants :

Avec (09) réponses, les déterminants formelles, soit (77,77%) il est dans la norme suggéré (50%-70%), approuvant que le sujet a pour recours aux dispositifs relationnels plus qu'émotionnelles, ce qui étoffe la vie affective avec une certaine carence.

-Traitement des conflits :

Deux réponses paraissent dans ce protocole, une animale (Kan=1), une humaines (H=1), ce qui est un indice capacité d'identification dynamique, la réincarnation ou l'intégration d'une image humaine.

-Les réactions sensorielles :

Les déterminants de la couleur ne paraissent pas dans ce protocole, ce qui signifie que la couleur n'attire pas le sujet.

Le test de Rorschach est énonciateur de certains aspects conflictuels qui se rapportent aux déterminants, le type de résonance intime (T.R.I), qui indique que Nora est inhibé psychologiquement de type coarté.

Le rapport du RC qui focalise sur les réponses données aux planches pastelle (VIII, IX, X), est 33.33%.

-Le contenu :

Le plus présenté dans ce protocole, est humain avec (01) réponse de (11.11%), il est inférieur à la norme (12%-18%), donc c'est négative, avec une repense (Hd=1)

Les représentations banales sont très peu, trois réponses cotées comme banales, qui peut témoigner du certains déficit d'adaptation social, issu du fonctionnement propre ace cas et individuelle.

Le choix des planches, qui est sélectionné par Nora, est fondé sur :

Premièrement le choix positif (III), basé sur la forme « j'ai compris l'image, elle me plaît parce que elle ressemble un dessin animé ».

La planche (IV) la couleur « c'est une image multi-couleur. »

Deuxièmes le choix négatif (IX) « sa couleur est noir sombre elle me fait peur » (X) « la forme de cette tâche et elle noir me dérange me met mal à l'aise je ne comprends pas ! »

❖ **L'image du corps du Rorschach :**

L'image du corps peut être parfaitement discernée par ce test, par rapport à ce que nous avons évoqué au paravent surtout les contenus, le Rorschach induit cette image aussi à certains aspects liés aux planches.

À travers le type d'appréhension dégagé, la synthèse qui peut expliquer ce concept est réunie dans les réponses cotées, en premier lieu, les modes d'appréhension, les deux types de localisation : globale (G) avec (66,67%) et des (D) avec (22,22%). La majorité de la localisation sont des (G), qui évoquent de la capacité d'unification ainsi que la bonne qualité de l'image du corps, avec une forme positive qui coexistent avec une qualité, positive et rapprochant à une réalité moins négative.

L'autre déterminant qui peut être un point important dans l'émergence de l'image du corps, à travers la Kinesthésie, plus précisément humaine mais, dans ce protocole les mouvements humains ou animaux sont presque absents une seule réponse pour chaque un des deux ce qui explique une difficulté de la réincarnation ou l'intégration d'une image humaine.

Proche à celle-ci, l'image du corps renvoie essentiellement à l'image animale vue et reflétée par les tâches d'encre spécifique à chaque planche ; les réponses animales sont cotées à quatre réponses environ (44,44%), et trois d'entre elles cotées (Hd)), un indice de difficulté d'adaptation et surtout d'intégration.

Les représentations banales sont très peu, trois réponses cotées comme banales, qui peuvent témoigner de certains déficits d'adaptation sociale, issus du fonctionnement propre à ce cas et individuelle.

-Synthèse du rorschach

Le protocole de madame Nora est caractérisé par une forte inhibition interprétée par le nombre insuffisant des réponses (09 réponses). Une seule réponse (H) témoigne de l'incapacité du sujet à s'identifier, avec une problématique d'identité.

Dans ce protocole deux réponses données à la planche IV quatre marquées par les manifestations de l'angoisse.

Le choix négative est porté sur la planche IV (4), marqué par l'inhibition du sujet face à la planche qui renvoie à une valeur négative de l'image du corps par rapport à la réponse donnée par le sujet.

❖ **Résumé du cas de madame Nora :**

L'utilisation des deux outils a nécessairement pour objectif de ressortir certaines appartenances psychiques, et d'évaluer, l'image du corps. L'entretien clinique effectué auprès de Noura nous dévoile des informations pertinentes, sur sa vie pendant l'opération et après, et ses changements corporels comme un emprunt sur son aspect psychologique, cette femme a évoqué nettement son chagrin à travers le changement lié à stomie.

En deuxième temps, le test de Rorschach a été aussi d'équivalence, adéquat à l'entretien de Noura. En se référant à l'analyse de ce test projectif effectuée sur celle-ci, on peut détailler que l'image du corps projetée soit clairement perturbée, d'une faiblesse d'intégrité, et même de réincarnation d'une image purement humaine, du à un angoisse profond. Une image corporelle, formellement, perturbée par les modifications physiologiques, qui sont vécues pendant la maladie, d'un côté, qu'elle a ressentie toujours pendant sa maladie l'inquiétude de changement de la relation avec son époux à cause de la stomie qui la dérange et met mal à l'aise.

Axe II : Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous avons procédé à une discussion des hypothèses relative aux deux variables de notre thème d'étude porté sur « l'image du corps chez les personnes stomisées ».

-La première hypothèse :

Nous allons commencer par la discussion de la Première hypothèse.

D'après les résultats obtenus par le biais de l'entretien clinique et le test projectif, nous arrivons à affirmer cette première hypothèse, qui consiste à « **L'emplacement d'une stomie suite à un cancer colorectal altère l'image du corps des stomisées** ». Cette première hypothèse ; est confirmée par la majorité du groupe d'étude sélectionné.

L'emplacement de la poche altère l'image du corps, de nos patients, les six cas voient négativement leurs corps, ils ressentent un malaise alors, ils choisissent d'utiliser l'évitement. Pour oublier lors maladie et surtout la présence de la poche sur leur abdomen.

D'après le test de Rorschach aussi on confirme que nos cas ont une très mauvaise image du corps, et qu'ils n'arrivent pas à accepter leur image corporelle.

En effet, notre hypothèse est bien confirmée, car tous les cas rencontrés montrent que l'apport d'une poche altère l'image du corps.

-La deuxième hypothèse :

« La qualité d'image du corps chez le stomisé est négative ».

Cette hypothèse aussi est confirmée d'après l'entretien et le test de Rorschach, d'après les réponses de l'ensemble de nos patients, après la mise en place d'une stomie, les cas voient que leurs corps a changé ils ne sont plus les même personnes, ils ont du mal à accepter et supporter le changement corporelle surtout pour nos deux patientes Sabah, Nora, qui vivent dans un désespoir car, leur corps d'après elles et déformé et ce changement est négative.

Pour madame Sabah, elle a une qualité d'image très négative, parce qu'elle a deux cicatrices qui se trouvent au niveau de son ventre, comme elle nous a bien cité au paravent, qu'elle ne se regarde même pas dans le miroir elle préfère donc d'éviter par ce que elle se Trouve quelle est perdue sa féminité et sa beauté étant que une femme et elle se sent mouche, donc, la qualité d'image du corps est très négative par rapport au regard de son corps.

Et pour Nora elle vit ce sentiment parce qu'elle est porteuse de doubles stomies Colostomie et iléostomie, elle porte deux poche et une cicatrice bien visible sur le ventre, elle voie son corps déformé, comme elle nous a cité dans l'entretien. L'intervention était très pénible à accepter qu'elle n'est pas peu supporté et ça la causé une dépression et une anorexie Mental quand elle la découverte la présence de deux stomie sur l'abdomen.

-Troisième hypothèse :

« La présence d'une poche sur l'abdomen cries un inconfort corporelle et un états de stress et d'anxiété chez les stomisées. »

Incontestablement on a constaté chez tous nos cas que leur stomie est un centre d'inquiétudes et de stress et d'inconfort physique et psychologique.

Tous les patients stomisés déclarent que la poche les empêchent de réaliser leur activités quotidiennes comme voyager ou fréquenter des endroits publique. d'après les réponses que les cas nos à par ce que ils ne posséderont pas le contrôle sur leur stomie qui peut faire sortir des mauvaises odeurs et des bruits instance qui va met la patient d'un malaise devant les gens qui ignorer leur situation.

Un autre point essentiel qui contribue dans le rôle de la famille et l'entourage dans la diminution de l'anxiété et le stress chez les stomisés si L'apport de l'environnement du stomisés joue un rôle primordial déterminé par sa réaction, car quand il est favorable il diminue le stress et le sentiment d'ignorance, et quand il est défavorable, il amplifie cette dernière.

On remarque que d'après l'entretien clinique semi directif réaliser auprès de nos 6 cas, que pour certaines stomisés ont une mauvaise image de leur soi, qui influence leur vie sociale,

ainsi ils n'arrivent pas à avouer leur maladie par crainte de faire face aux regards négatifs des autres ainsi leur pitié et de leur traité différemment, chose qui fait que nos cas éprouvent une souffrance intérieure qui engendre le stress, l'anxiété, de ce fait cette dernière hypothèse est confirmée.

Effectivement nous six cas Tahar, Ahmed, Sabah, Wahabe, Zina, et Nora ont confirmé notre hypothèse, ils souffrent tous d'anxiété et de stress à des degrés différents.

Synthèse

L'étude faite sur l'image du corps chez les personnes stomisées auprès de nos six cas nous a permis d'avoir des résultats, ces derniers nous ont permis de répondre à nos hypothèses de départ de ce fait, les infirmer ou les confirmer dans la discussion des hypothèses.

Conclusion

Notre travail a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas lie a la qualité d'image du corps chez les personnes stomisées dont nous avons interrogé six (06) cas de stomisées digestive sur leurs santé précédant et actuelle et leur soins et matériel médical et les moyens médicamenteux et le regard d'autrui et un axe centrale qui interroger sur la qualité de l'image du corps des patients stomisé et cela par le moyen du guide d'entretien et teste de rorschach.

Nous pouvons dire qu'à travers ce modeste travail de recherche on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la stomie sur la qualité d'image chez les patients stomisées, en utilisant les notions fondamentales les et les termes de base de la stomie, ainsi les concepts liés à l'image du corps.

Pour pouvoir alors vérifier la qualité d'image du corps chez les personnes stomisés, nous avons effectué une recherche au sein de l'association des stomisés de Bejaia durant une période de 3mois. Dans le but de réussir notre étude dans les délais fixés.

La stomie a de grave effet sur l'état psychologique des patients. Ces personnes doivent non seulement vivre avec ce handicap, ainsi les limitations d'activités et les restrictions à la participation causées par cette dernière, mais aussi avec des perturbations psychique qui affecte et change leurs quotidien.

Cette recherche présente donc d'une contribution pour la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs dimensions psychosociales, surtout au niveau de la prise en charge psychologique. Elle reste une bonne expérience en termes d'apprentissage et de découverte sur le plan pédagogique, scientifique, personnel, et humain. Comme elle est d'une étape d'enrichissement de nos connaissances méthodologique.

On constate que L'image du corps de ces patients est perturbée ,donc un nouveau regard porte sur le lien entre la stomie et ces effets sur la rupture de l'image du corps, en proposant un cadre scientifique qui rend compte de ces facteurs et par conséquent qui aborde la santé et la maladie non plus comme des manifestations d'ordre strictement biologique, mais comme l'expression de processus complexe, lesquels interagissent et confectionnent ces facteurs à des niveaux distincts, mais indépendants.

Enfin, comme propositions, et perspectives nous tenons à attirer l'attention sur l'importance et la dimension que présente la prise en charge psychologique du patient stomisé dans sa vie psychique, et social, ce besoin d'écoute et de soutien qu'on a constaté dans notre pratique exprimé clairement par quelques patients.

Notre expérience, nous a offert l'opportunité de nous approcher du stomisé et de connaître les différents aspects de sa vie et de sa souffrance, qui touchent essentiellement à un changement corporelle.

Liste bibliographique :

Ouvrage :

1. ANZIEU D. (1985) : « **Le moi peau** », Ed Dunod, Paris.
2. ANZIEU D, CHABERT C. (2004) : « **Les méthodes projectives**», Ed Quadrige, Paris.
3. ANZIEU D. (1995) : « **Le moi peau**», Ed Dunod, Paris.
4. Benony. H et Chaharaoui. K, « **Méthodes d'évaluation et recherches en psychologie clinique** », Ed Dunod, Paris, 2003.
5. BEIZMANN C. (1966) : « **Livre de cotation des formes dans le Rorschach** », Ed Centre de Psychologie Appliquée (CPA), Paris.
6. Ben Soussan (P), (2004), « **Les souffrances psychologiques des malades de cancer** », Ed Springer, Paris.
7. C. BENOIT ; (1999) ; « **Gastro-entérologie-hépatologie** » ; Ed ESTEM.
8. Chauchat. H, « **L'enquête en psychologie** », 2ème éd, PUF, Paris, 1999.
9. Catherine Chabert, « **Le rorschach en clinique adulte, interprétation Psychanalytique** », 3ème édition Dunod, Paris, 2012.
10. Didier A. (1961) : « **les méthodes projectives** », Puf, Paris.
11. DOLTO F. (1984) : « **L'image inconsciente du corps** », Ed Seuil, Paris.
12. HERBERT J. (1995) : « **Image du corps et échec scolaire** », éd Homme et Perspective Descellée de Brouwer, Paris.
13. HABERT C. (1998) : « **Psychanalyse et méthode projective** », Ed Dunod, Paris.
14. Josiane de Saint Paul, « **Estime de soi confiance en soi, les fondements de notre équilibre personnels et social** », (2000), Inter Edition.
15. M. EYFFERED, C. LAVIGNE, (2002), « **Difficultés psychologiques liées à la stomie** », Paris, Ed, Masson.
16. Nina Rausch de T (1970) : « **la pratique du Rorschach** », Ed Université, France.
17. N. LORAUX, (2008), « **pathologie digestives et soins infirmiers** », France, Ed L'amarre.

18. Pedinielli (J.L), « **introduction à la psychologie clinique** », Ed Armand Colin, 2005. **25.**
19. Paul Schilder, « **L'image du corps** », Paris, Edition Gallimard, 1968.

Dictionnaires :

20. Roland Dorons et Françoise Parrot, « **Dictionnaire de psychologie** », aout, 2005, France.
21. BLOCH et coll. (1997), dictionnaire fondamentale de psychologie, Larousse, Paris.
22. BLOCH. (1999) « grand dictionnaire de la psychologie ».
23. Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse. (2013). Paris.

Revue:

24. B. HUGHES, (2003), « **vous avez dit stomie ?** », Paris, FSF.
25. BEYELER S et coll. (2006) : « **l'image corporelle, un concept de soins** », direction des soins infirmiers, hôpitaux universitaires de Genève.
26. C. MARIE, S. SANDRINE, (2007), « **la prise en charge psychologique des stomisés et de leurs entourage** », in « Rencontres », Paris° 100, p 8-17, FSF.
27. C. SORAVIA, S. BEYELER, L. LATAILLADE, (2005), « **les stomies digestives : indications, complications, prise en charge pré et postopératoire** » revue médicale suisse.
28. C. FEULIEN, et COLL, (2010), « **comprendre le vécu des patients stomisés : Quels besoins d'aide et d'éducation ?** ». In « UCL-RESO, unité d'éducation pour la santé », Belgique, L'association Francophone d'Infirmier (e)s en stomathérapie.
29. Didier Anzieu, Catherine Chabert, « **Les méthodes projectives** », Puf, Paris, 2004. - Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris, France : Le seuil.
30. M. EYFFERED, C. LAVIGNE, (2002), « **Difficultés psychologiques liées à la stomie** », Paris, Ed, Masson.
31. Piwonka. B et al, « **Comprendre le vécu des patients stomisés** », in FSF rencontre N°50, Paris, 2002.
32. (Sanglade, Anne revue française de la psychanalyse n°28-2 juin 1983, p106-107)
33. SANGLANDE A. (1983) : « **L'image de corps et image de soi au Rorschach in technique projectif II** » N°20, P29.
34. Françoise Dolto, C. (2008). « **L'image inconsciente du corps** », C. (2008).

35. Schweitzer, B. (1990). « **Une psychologie du corps** ». Paris, France : Presses universitaires de France.

36. Vanpouille, Y., Guidi, D. (1987). Note de lecture sciences de l'éducation.

Site internet :

37. <http://www.psychanalyse.com/pdf/l-image-image-inconsciente-du-corps.pdf>.

38. (Http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.Pdf).

39. C.BENOIT ; (1999) ; « Gastro-entérologie-hépatologie » ; Ed ESTEM. .

40. B.HUGHES, (2003), « vous avez dit stomie ? », paris, FSF.

41. N. LORAUX, (2008), « pathologie digestives et soins infirmiers », France, Ed L'amarre.

42. C. MARIE, S.SANDRINE, (2007), « la prise en charge psychologique des stomisés et de leurs entourage », Paris.

43. <http://www.psychanalyse.com/pdf/l-image-image-inconsciente-du-corps.pdf>.

44. www.psychanalyse.com/pdf/l-image-image-inconsciente-du-corps.pdf.

45. <http://dictionnaire.sensagent.com/stomie/Vivi/>.

46. <http://www.Larousse.Fr/dictionnaire/francais>.

Annexe 1 : guide d'entretien

Informations personnelles :

- 1-Quel est votre âge ?
- 2-Quel est votre situation matrimoniale ?
- 3-Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4-Quel est votre profession ?

Axe 1 : Informations sur l'état de santé actuel et précédent :

- 1-Quel type de stomie présentez-vous ?
- 2-Est-ce que c'est une stomie temporaire ou une stomie définitive ?
- 3-Actuellement vous suivez un traitement, comment le vivez-vous ?
- 4-Depuis quand êtes-vous stomisé ?
- 5-Est-ce-que la poche vous dérange ?
- 7-Avez-vous des difficultés pour la manipulation de l'appareillage ?
- 8-Souffrez-vous d'autres maladies ?
- 9-Quelle est votre réaction lors de la mise en place de la stomie ?
- 10-Avez-vous subi des maladies dans votre enfance, si oui lesquelles ?
- 11-Arrivez-vous à vous adapter facilement à cette nouvelle situation ?

Axe2:Informations liées aux matériels médicaux et moyens médicamenteux :

- 1- Bénéficiez-vous des soins stomathérapeutiques ? Justifier votre réponse ?
- 2- Quel sont les types de pratiques adaptées à votre soins ?
- 3- D'où vous approvisionner l'appareillage ?
- 4- Voyez vous que la quantité des appareillages est disponible ?
- 5- Avez-vous des difficultés à vous procuré les appareillages adéquats à votre stomie ?
- 6- En cas échéance, avez-vous d'autre source pour vous procurer l'appareillage qui convient à votre stomie? Si oui, quelles sont ces sources ?
- 7- Avez-vous déjà été confronté à conservé la poche le plus long temps possible ? Si oui expliquez?
- 8- Avez-vous déjà eu à faire à un appareillage qui vous a posé un problème par rapport à sa qualité ? justifiez ?
- 10-Avez-vous des difficultés pour la manipulation de l'appareillage ? Si oui expliquez ?

Axe 3 : informations lies la relation du patient est son entourage :

- 1-Quelle est la réaction de vos proches lors de l'annonce de la stomie ?
- 2-Avez-vous quelqu'un de vos proches qui sont stomisé ?

- 3-Avez-vous une personne proche de vous lors des premiers temps de votre maladie ?
- 4-Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos soins quotidiens ?
- 5-Sentez-vous que vous êtes rejeté par votre entourage à cause de cette stomie?
- 6-Est-ce que vous avez le sentiment de l'échec dans votre vie ?10-Est-ce que vous avez confiance en vous
- 7-Parlez nous de vos relations sociales ?
- 8-Sentez-vous que vous êtes indésirable par votre conjoint ?
- 9 -Comment vivez-vous cette situation vis-à vis de votre vie sexuelle ?10-Quel est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

Axe 4 : Informations sur l'image corporelle du patient :

- 1-Quelle image avez-vous de votre corps avant votre opération ?
- 2- Quelle image avez-vous de votre corps après votre opération ?
- 3-Vous arrivez à s'adapter à votre nouvelle image corporelle ?
- 3 -Vous étiez inquiet pour les modifications de votre corps?
- 4-Avez-vous développée des perturbations psychologiques à cause de votre image corporelle après l'opération?
- 5-Pensez-vous que la stomie a changé votre corps?
- 6-Pensez-vous qu'il y a une différence entre vous et les autres ?
- 7-Comment vous percevez-vous avec la poche ?
- 8- Avez-vous l'impression de ne pas être acceptés tels que vous êtes ?
- 9- Avez-vous l'impression de ne plus être valorisé physiquement ?
- 10-est ce que les modifications de votre corps influence sur votre relation avec votre conjoints? Est-ce que votre vie sexuelle a changé après cette opération ?

Annexe 02 : Les planches de Rorschach :











				
Plate 1 (bat, butterfly, moth)	Plate 2 (two humans)	Plate 3 (two humans)	Plate 4 (animal skin, massive animal)	Plate 5 (bat, butterfly, moth)
				
Plate 6 (animal hide, skin, rug)	Plate 7 (human heads, faces)	Plate 8 (pink: animal)	Plate 9 (orange: human)	Plate 10 (blue: crab, lobster, spider)

Figure n°01 : Les types de la stomie



Annexe n°2: les types de poches



Représentation du système « une pièce ».



Représentation du système « deux pièces ».



Représentation d'une poche fermée.



Représentation d'une poche vidable.