



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane MIRA BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales.*

Mémoire de Fin de Cycle

En vue d'obtention du Diplôme de master en Psychologie Clinique

Thème

L'image du corps chez les patients atteints d'un cancer du visage

Étude de deux cas réalisés au niveau du CHU Frantz-Fanon

Réalisé par :

*Mouhammadi Kahina
Amra Aicha*

Encadré par :

Dr Hatem wahiba

Année Universitaire : 2019-2020

Remerciements

On remercie le dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de Mme Hatem Wahiba, on le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.

On remercie le service Maxillo-faciale de l'hôpital « Frantz-Fanon », pour l'aide pratique et le soutien moral et l'encouragement.

Nos remerciements s'adressent également à tous nos professeurs pour leurs générosités et la grande patience dont ils ont su faire preuve malgré leurs charges académiques et professionnelles.

Amra Aicha & Mouhammadi Zahina

Dédicaces

En signe de respect et de reconnaissance, Je remercie mon dieu le tout puissant de m'avoir donné le courage et la volonté d'atteindre mon objectif et de m'avoir accordé une réussite heureuse. Je tiens sincèrement à dédier ce modeste travail,

À la lumière de ma vie mes très chers parents.

- ❖ *Papa ; puisse ce modeste travail constituer une légère compensation pour toutes les nobles sacrifices que tu t'es imposé pour assurer mon bien être et mon éducation, puis le dieu te prêter longue vie, santé et bonheur*
- ❖ *Maman ; puisse ce modeste travail être la récompense de tes soutiens moraux et sacrifices que dieu t'accorde santé et bonheur pour que tu restes la splendeur de ma vie.*
- ❖ *Mes très chères sœurs adorées : Lila, Zahina, salima, Liha et ma belle-sœur Hanna*
- ❖ *Mes chers frères : Mourad, Brahim et aussi à mes beaux-frères : Amar, Daoud, Hamza, Rabah*
- ❖ *Les chers parents de ma binôme : Mr Mouhammadi boualam, Mme aissou Hayat*
- ❖ *Mes chères copines : Nabila, Lila, Fousra, Amel, Sarah, Lydia*
- ❖ *À tous mes amis spécialement : Lotfi sellami, Hichem benikhelef, Brahim Azzi*
- ❖ *À ma chère promotrice Mme Hatem*

À ma très chère binôme Zahina.

Aicha

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

- ❖ *A mes très chers parents pour leur amour, leur soutien et leur
Sacrifices, et leur encouragements, que ce travail soit pour eux un
Modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les
Protège et les garde en bonne santé.*

- ❖ *À mes frères et sœurs Atman, Souad, Warda, Nassima, Nonor*
- ❖ *À tout mes proche et ma famille ma belle sœurouafa*
- ❖ *À ma très chère tante madame aissousalima*
- ❖ *Et sans oublier mes chers amis Lila, Hichem, silya, Sarah, zineb, Meriem.*
- ❖ *A tous ceux qui portent le nom mohammadi*
- ❖ *A tout mes camarades d'encadrement*
- ❖ *A machère binôme Aicha*
- ❖ *À ma très chère promotrice Mme Hatem*

À tout ceux qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de cité.

Zahina

Liste des Abréviations

ADN : Anime Digital Network

CBC : Complete Blood count

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

IRM : Imagerie Par Résonance Magnétique

NCI : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

Pd-1 : Programmed Cell Death Protein 1

SSM : Superficial Spreading Milanoma

UVB : Rayons Ultraviolets

VAD : Voies Aérodigestives Supérieures

VHB : Virus de L'hépatite B

VHC : Virus de L'hépatite C

VIH : Virus de L'immunodéficience Humaine

VPH : Papillomavirus Humain

Sommaire

Introduction -----	02.
Problématique-----	06
Hypothèses -----	09
Opérationnalisation des concepts -----	09

Partie Théorique

Chapitre 1 : le cancer du visage

Préambule -----	14
------------------------	-----------

Section 1 : Aspect Médical du cancer du visage

1.1 Définition du cancer -----	15
1.2 Épidémiologie du cancer -----	16
1.3 Diagnostic clinique précoce -----	17
1.4 Les causes du cancer -----	18
1.5 Les symptômes du cancer -----	20
1.6 Les type du cancer du visage -----	21
1.7 Les symptômes : douleurs, saignement, déchaussement des dents -----	24
1.8 Effets secondaires, complications et séquelles de la chimiothérapie et radiothérapie -----	24
1.9 Prise en charge d'un patient atteint de la maladie du cancer -----	29

Section 2 : Aspect Psychologique du cancer du visage

2.1 Prendre en soin le patient, sa famille et son soignant -----	31
2.2 Le patient durant toutes les étapes de sa maladie-----	31
2.3 La prise en soin psychique -----	33
2.4 Le soutien psychothérapeutique -----	33
2.5 L'approche psycho-dynamique -----	34
2.6 Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC-----	34
2.7 Les thérapies psychocorporelles -----	34

Synthèse	34
-----------------------	-----------

Chapitre 2 : l'image du corps

Préambule	36
------------------------	-----------

Section 1 : aperçus et définitions de la notion de l'image du corps

1.1 Définition des concepts : l'image, le corps, l'image corporelle	37
---------------------------------------------------------------------------	----

1.2 L'image corporelle et ses concepts clés	38
---------------------------------------------------	----

1.3 Genèse et évolution de l'image du corps	41
---------------------------------------------------	----

1.4 Le schéma corporel	42
------------------------------	----

1.5 L'image corporelle et le schéma corporel	42
----------------------------------------------------	----

1.6 L'image corporelle et le schéma corporel, comment les distinguer ?	43
------------------------------------------------------------------------------	----

1.7 Les liens entre schéma corporel et image corporelle peuvent être perturbés	44
--------------------------------------------------------------------------------------	----

1.8 La mémoire corporelle	45
---------------------------------	----

1.9 Pourquoi devons-nous cultiver la mémoire corporelle ?	45
-----------------------------------------------------------------	----

Section 2 : la psychologie et la psychanalyse de l'image corporelle

2.1 L'approche psychanalytique de l'image corporelle	46
------------------------------------------------------------	----

2.2 La notion d'estime de soi	48
-------------------------------------	----

2.3 Le corps souffrant et le point de vue psychologique	48
---------------------------------------------------------------	----

2.4 Les dimensions structurelles et développementales du corps	50
----------------------------------------------------------------------	----

2.5 Altération de l'image corporelle	51
--------------------------------------------	----

2.6 Vivre les modifications corporelles : stigmatisation, identité	52
--------------------------------------------------------------------------	----

2.7 Perturbation de l'image corporelle	53
----------------------------------------------	----

2.8 Les images du corps et leur destin : les castrations symboligènes	56
-----------------------------------------------------------------------------	----

2.9 Les Quatre techniques pour travailler la mémoire corporelle	57
-----------------------------------------------------------------------	----

2.10 La prise en charge du trouble de l'image du corps	58
--------------------------------------------------------------	----

2.11 La construction de l'image corporelle à travers le Rorschach	58
-------------------------------------------------------------------------	----

Synthèse	59
-----------------------	-----------

Partie Pratique

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Préambule	62
-----------------	----

Section 01 : La démarche méthodologique de la recherche.

1.1 La méthode de recherche.....	63
1.2 Pré-enquête.....	63
1.3 Étude de cas	64
1.4 Présentation de lieu de recherche	64
1.5 Présentation de l'échantillon de recherche	65
1.6 Techniques d'étude utilisées.....	66

Section 02 : l'épreuve du test Rorschach

2.1 Définition du test.....	70
2.2 Histoire du test Rorschach	70
2.3 Matériels du test Rorschach	70
2.4 Description des planches d'encre.....	71
2.5 Passation du Test Rorschach	71
2.6 Principaux éléments de cotation	73
2.7 L'analyse des outils d'investigation.....	75
2.8 Le déroulement du Rorschach	75
Synthèse.....	76

Chapitre 4 : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	78
1. Présentation des cas et analyse des résultats	78

1.1. Analyse du cas de Farida-----	78
1.2. Analyse de cas de Massi -----	85
2. Discussion de l'hypothèse -----	92
Synthèse -----	95

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Liste Figures

Liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Page
N° 01	Récapitulatif des cas étudiés	65
N°02	Résultats du test de Mme Farida	81
N°03	Psychogramme de Mme Farida	83
N°04	Résultats du test de Mr Massi	87
N°05	Psychogramme du Mr Massi	89

Listes des annexes

Annexes	Titres
Annexe N°01	Le guide d'entretien
Annexe N°02	Les planches de Rorschach

Listes des figures

Figures	Titres
N°01	Les trois étages de la face
N°02	Éléments osseux constitutifs du massif facial
N°03	Coupe sagittale de la cavité buccale
N°04	Coupe horizontale de la cavité buccale
N°05	Traitements du cancer anticorps et anti-Pd-1
N°06	Immunothérapie –traitements anti-Pd-1 et anti-Pd-L1

Introduction générale

Introduction générale

L'image du corps humain 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. Des sensations nous sont données ; nous pouvons voir certaines parties de la surface du corps ; nous avons des impressions tactiles, thermiques et douloureuses ; d'autres sensations viennent des muscles et de leurs gaines, et renseignent sur la déformation du muscle ; des sensations nous viennent de l'innervation des muscles, des sensations enfin nous parviennent des viscères. (Schilder.P. 1980, P.159)

Les troubles de l'image corporelle sont induites par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique chez les patients. Cela pose la question d'une métamorphose de leur identité corporelle et psychologique. La mutilation corporelle symbolise toute la souffrance physique et psychique des patients et renvoie à diverses problématiques : deuil, castration, réparation, image spéculaire. Pour les soignants, ces troubles renvoient à des phénomènes en miroir sous-tendus par des mécanismes de projection et d'identification. Le malade confronté au cancer craint la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation de son corps (R.Michel, 2009, P.247).

Déjà auparavant, Head notait : « L'image, qu'elle soit visuelle ou motrice, n'est pas l'étalon fondamental auquel il faut mesurer tous les changements posturaux. Chaque changement reconnaissable entre dans la conscience déjà chargé de sa relation à quelque chose qui s'est passé avant » (Schilder, cité par Head, 1980, P.161).

L'annonce d'un cancer du visage marque le début d'un long voyage pour les patients, mais également pour ses proches. Tout cancer fait peur, entraîne des conséquences délétères, à plusieurs niveaux et à différents moments (des premiers symptômes, examens, diagnostic, au début des traitements, leur fin, la rémission et éventuellement la récurrence, soins palliatifs, fin de vie), induisant des sentiments de vulnérabilité, d'incertitude, des moments de crise et de détresse émotionnelle, mais les angoisses engendrées par le cancer sont spécifiques.

Cependant, la modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la maladie. 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 en 2007, met d'ailleurs en évidence le fait que la moitié des patients interrogés rapportent avoir été percutés après cette maladie. 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 représentation corporelle.

Notre travail de recherche porté sur le thème « l'image du corps chez les patients atteints de cancer du visage », nous avons choisis comme terrain d'étude l'établissement hospitalier Frantz-Fanon Bejaïa, notre groupe de recherche contient « 2 » patients d'âges différents.

Pour mener à cette recherche nous avons réparti notre travail en deux parties :

➤ **La première partie aborde les deux chapitres théoriques :**

Chapitre 01 :

Le premier chapitre est consacré à la variable dépendante et s'intitule le cancer du visage, il comporte deux aspects : - l'aspect médicale qui comprend les définitions des concepts clés, et les éléments principaux pour la compréhension générale de cette maladie ; à savoir sa définition, ses types, ses causes, le diagnostic, les différents traitements, - aspect psychologique qui concerne l'annonce et l'acceptation de la maladie, qualité de vie des patients et leurs entourage.

Chapitre 02 :

Le deuxième chapitre est consacré à l'image du corps et les éléments principaux pour la compréhension générale de cette notion ; l'image du corps perturbée, rupture de l'apparence corporelle causée par le cancer, l'image de soi, l'estime de soi, le schéma corporel, la construction de l'image corporelle à travers le Rorschach.

➤ **La deuxième partie aborde la partie pratique qui contient deux chapitres :**

Chapitre 03 :

Est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on a traité les points suivants ; la démarche de la recherche, l'échantillon de la recherche, présentation du lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas.

Chapitre 04 :

Ce chapitre est divisé en deux axes :

Axe 1 : il comprend la présentation et analyse du Rorschach.

Axe 2 : 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 des références et des annexes et des figures.

Problématique et hypothèses

1. Problématique

La santé est l'état normal des fonctions organiques et psychiques. Selon la définition de l'OMS (1946) la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. **(Q. Jacques , 2000. P. 832)**

La santé est un bien volatile et inconsistant tant qu'on la possède. Elle est imperceptible et définie par son négatif ; l'absence de symptôme, elle est manifeste dans l'autonomie, la liberté, la maîtrise. Des qualités qui, très vite, se muent en aptitudes morales et offrent une possibilité d'action sur le monde qui semble inépuisable. La perte de la santé reste cependant souvent une abstraction dans le cas du cancer, du moins dans un premier temps. Il faut donc une forte identification pour se reconnaître dans ce malade qui est décrit par le médecin. **(Bacqué.F. 2010, p.14)**

La maladie est une approche qui met l'accent sur le type de problème de santé en question , c'est une modification ou écart par rapport à l'état physiologique dans une ou plusieurs parties du corps qui se manifeste par des symptômes et des signes caractéristiques, et dont l'évolution est plus ou moins prévisible en règle générale, elle correspond à une perte de la santé, dont l'effet négatif est le résultat d'une déficience structurelle ou fonctionnelle d'un organe à tout niveau **(Dictionnaire Aquaportail,2007)**

Parmi les maladies les plus provoquées, on trouve le Cancer qui est une transformation des cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive finissant parfois par former une masse qu'on appelle tumeur maligne **(Pr Nicole Basse –Seguin, 2019, p.07)**

Le cancer reste une maladie grave malgré les indéniables progrès thérapeutiques. Il garde souvent dans le grand public une image d'une maladie-fléau irrémédiablement porteuse de mort. Les premiers temps de l'annonce d'un cancer sont uniques et fondateurs. Ils vont marquer à tout jamais la relation entre le médecin et le malade. Cette étape fondamentale de la prise en charge du cancer est un traumatisme psychologique redouté par le couple soignant-soigné.L'information en cancérologie est « ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre » dite par Nicole Alby. **(O. Bouché, B. Ulrich, 2012,p.17)**

Il n'existe pas moins de 200 types de cancers différents, parmi lesquels on trouve le Cancer cutané, la pathologie cutanée est riche en phénomènes psychosomatiques au niveau du visage, Lieu du corps immédiatement accessible à l'observation, le visage humain est une région

unique pour l'exploration des phénomènes psychosomatiques. Nous entendons par là toute lésion corporelle rapportée à un trouble de la psyché. (**Guir J.p.21**)

Le cancer du visage est une maladie qui se manifeste sur des parties esthétiques du corps humain, raison pour laquelle on le considère comme maladie suscitant un contexte émotionnel particulier. C'est un aspect qui entraîne une défaillance sur la face observée du corps ce qui influence ensuite, négativement la vie de la personne atteinte sur l'estimation de son image observée. En effet, le cancer du visage est dans plusieurs cas à l'origine d'un cancer de la « cavité buccale » qui nécessite une intervention externe remarquable sur le visage de la personne atteinte, ou se propage à d'autres tissus de la face. Il est aussi dans des cas fréquents à l'origine d'un cancer de la peau qui nécessite une intervention chirurgicale afin d'éliminer les tissus contaminés.

Le cancer, et tous ses types occupent une très grande importance selon le discours de Théo-Ley-Denbach« le cancer représente une double effraction violente dans notre vie : effraction biologique d'une part, au sein du corps réel, et d'autre part effraction dans notre organisation subjective qui nous met brutalement face à l'essentiel », Les cancers font partie des maladies les plus graves et meurtrières qui constituent un problème majeur de santé (**Herron, J F.2003**).

Tout comme en Europe ou ailleurs dans le monde entier, l'Algérie compte parmi les registres des tumeurs, un nombre de cancéreux du visage qui évolue constamment. C'est ainsi que le registre des tumeurs d'Alger de l'an 2017 compte plus de 500 cas entre hommes et femmes qui sont atteints sur diverses localisations (lèvres, bouche, gencive...etc.), en guise de réaction à une telle situation inquiétante, les différents établissements de santé et centres nationaux de luttés contre le cancer, continuent de réserver une prise en charge particulière aux patients atteints de la maladie du cancer dont le cancer du visage qui en est un type inquiétant.

Une forme de cancer peu connue, mais qui continue à progresser parmi la population, En Algérie, alerte du professeur Amar Khodja chef de service dermatologie au CHU Mustapha Bacha, en effet selon une étude réalisée en 2012 sur une seule forme de cancer de peau la mélanome ; une tumeur maligne qui se caractérise par l'apparition des taches pigmentées sur la peau saine touche entre 5 à 10 nouveaux cas par an dans chaque service de dermatologie à l'échelle nationale . En 2014, le même professeur prévient que la prédominance du cancer de la peau en Europe est plus importante que dans les pays du Maghreb, selon ce spécialiste, les

pays occidentaux, dit-il sont classées dans le phototype 1,2 et 3, tandis que les pays du Maghreb sont dans les phototypes 3, 4,5 et 6, l'Algérie est classée dans les phototypes 3 et 4 soit une protection assez bien, le phototype est une catégorisation des types de peau vis-à-vis de leur sensibilité au rayonnement ultraviolet. Plus le phototype est bas, plus le sujet doit protéger du soleil. (**Akkouche.S.2014, p.07**)

L'annonce du mot cancer brise les ailes du désir et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux c'est mourir dans un univers déchainé. La peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments les plus fréquents déclenchés par la maladie. Toutes ces réactions s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, conjugal, social ou professionnel et avec leur propre corps. (**Razavi, D.Delvaux N. 2000**).

Le cancer et son traitement sont souvent malveillants pour le corps et peuvent en altérer l'apparence , perte ou modification d'une partie du corps , changement de sensation , impression d'être incomplet , limitation de certaines habilités fonctionnelles, obstacle au déplacement ,mais aussi les effets secondaires du traitement ,comme la perte de cheveux , fatigue, décoloration de la peau .

L'altération de l'image du corps crée une complication et constitue un problème crucial en oncologie tant pour les patients que pour l'équipe soignante. C'est une notion qui suscite ainsi, l'intérêt de plusieurs parties ; médecins, psychologues, laboratoires de recherches scientifiques, les tutelles du secteur de la santé publique...etc.,

Ce concept d'image du corps s'inscrit dans une synthèse vivante des expériences émotionnelles personnelles, elle s'avère un outil de communication avec autrui. 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 al, 2008, p.83**).

pour l'approche psychanalytique , cette notion d'image du corps est expliquée et clarifiée à travers de multiples travaux et recherches effectuées par de nombreux auteurs, notamment Freud qui énonce que la peau est en évidence érogène ; la peau serait telle une zone érogène tenant et indiquant le rôle d'un contenant des pulsions sexuelles, «La peau qui, en certains

endroits du corps, s'est différenciée en organes de sens et s'est transformée en muqueuse autrement dit, la zone érogène par excellence» (Freud S., 1905,p.85)

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, p.112)

À la lumière de ce qui précède, nous posons la question suivante :

Quelle est la représentation de l'image corporelle chez les patients atteints d'un cancer du visage ?

2. Les hypothèses :

Pour nous permettre de répondre à notre question de départ, nous avons eu une prédiction à travers les hypothèses suivantes :

- **La représentation de l'image corporelle après l'atteinte d'un cancer est altérée, et ça renvoie à l'envahissement du corps par la maladie.**
- **Le cancer du visage perturbe l'image du corps et modifie ses représentations.**

3. Définition et opérationnalisation des concepts :

3.1 Image du corps :

C'est une représentation imaginaire que chaque sujet a de son propre corps et qui est à distinguer du schéma corporel dont la base est neurologique. Elle comporte des aspects conscients, préconscients et inconscients ; elle n'est pas donnée d'emblée, mais se constitue au cours de la première enfance. La notion de l'image du corps a été popularisée par P.Schilder en 1950, il montre combien la formation de l'image du corps joue un rôle déterminant dans la genèse de la représentation de soi. (J.M. Petot, 1991, p.363)

3.2 Cancer du visage :

Signes et symptômes de la peau autre que la mélanome, le carcinome bas cellulaire prend habituellement naissance sur des surfaces de peau exposées au soleil, en particulier à la tête, au visage, au cou, il peut aussi se manifester sur la peau de la partie centrale du corps, très

répandue, apparaissent au départ comme des cellules pigmentaires (mélanocytes), agressifs, représentent environ 8% des cancers cutanés. (M. Bordier, 2012, p.39)

3.3 Cancer du visage :

- Est une maladie silencieuse
- Multiplication anarchique de cellules au niveau du visage
- Gonflement de la partie touchée en forme de ganglion
- Une maladie qui entraîne des déformations et défiguration au niveau du visage
- Une gêne ou une douleur sur la partie de la mâchoire
- Mélanome
- Carcinomes bas cellulaires
- Carcinomes épidermoïdes
- Carcinome cutané

3.4 Image du corps :

- L'image corporelle est la perception qu'une personne a de son corps.
- Être soi même
- Elle peut être positive ou négative.
- Schéma corporel
- Corps réel
- Corps idéal
- Représentation de soi

4. Choix du thème :

D'après la souffrance des patients cancéreux, nous avons choisi de traiter l'image du corps chez les patients atteints d'un cancer du visage, afin d'approfondir dans leurs qualités de vie, leur environnement, surtout avec l'évolution du nombre des cancéreux, et aussi le manque des travaux sur ce thème a constitué une raison de choix de ce thème.

5. L'objectif de la recherche :

Notre choix de travailler sur le thème de l'image du corps et le cancer du visage est relié particulièrement à l'atteinte des objectifs suivants :

- Évaluation de l'image corporelle des patients atteints de cancer du visage
- Décrire leurs souffrances physiques, psychiques et sociales

- Évoquer les facteurs qui favorisent l'apparition du syndrome de l'image du corps
- L'objectif pratique est d'arriver à confirmer ou infirmer les hypothèses tracées durant notre Travail de recherche.

Cadre théorique

Chapitre 01 : Le cancer du visage

Préambule

Le cancer du visage est une maladie qui se manifeste sur des parties esthétiques du corps humain, raison pour laquelle on la considère comme maladie qui suscite un contexte émotionnel particulier. C'est un aspect qui entraîne une défaillance sur la face observée du corps ce qui influence ensuite, négativement la vie de la personne atteinte sur l'estimation de son image observée. En effet, le cancer du visage est dans plusieurs cas à l'origine d'un cancer de « cavité buccale » qui nécessite une intervention externe remarquable sur le visage de la personne atteinte, ou se propage à d'autres tissus de la face. Il est aussi dans des cas fréquents à l'origine d'un cancer de la peau qui nécessite une intervention chirurgicale afin d'éliminer les tissus contaminés.

Face à une telle situation inquiétante, les différents établissements de santé et centres nationaux de luttent contre le cancer, continuent de réserver une prise en charge particulière aux patients atteints de la maladie du cancer dont le cancer du visage en est un type inquiétant

Section 1 : Aspect Médical

1.1. Définition

1.1.1. Définition le cancer :

C'est un ensemble de cellules indifférenciées qui échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases ; la maladie qui en résulte tumeur maligne (**Dictionnaire Larousse,1997,p.197**), Néoplasme malin, tumeur liée à la prolifération a la fois anarchique et indéfinie d'un clone cellulaire (dit cancéreux) conduisant à la destruction du tissu originel, à l'extension locale, régionale et générale de la tumeur et à la mort de l'individu en l'absence de traitement (**Dictionnaire médecine, 2001, p.201**).

1.1.2. Le visage :

Face, partie antérieure de la tête, chez les humains, expression des traits de la figure ; c'est-à-dire figure, apparence se compose de trois étages : supérieure, moyenne et inférieure (voir dans la figure N°01) (**Dictionnaire Larousse,2007, p.189**)

1.1.3. Cancer du visage (maxillo-facial) :

Les cancers maxillo-faciaux sont des tumeurs malignes situés aux carrefours des voies destinées à des fonctions d'organisations telles l'alimentation, la respiration et la communication. Les cancers ORL sont essentiellement les cancers des voies aérodigestives supérieures développés aux dépens de la cavité buccale du pharynx, du larynx et des cavités naso-sinusiennes. Ils sont estimés à environ 500 000 nouveaux cas tous les ans à travers le monde. Dans les pays industriels, leur genèse est élargie favorisée par un alcool-tabagisme. Les cancers ORL et CMF sont dominés par les carcinomes épidermoïdes (voir dans la figure N°2)

1.1.4. La Cavité buccale :

La cavité buccale comprend le plancher de la bouche, la partie antérieure ou segment buccal de la langue, les lèvres, les surfaces buccales, le palais dur, le trigone rétro-molaire et les gencives. Cette région est facilement accessible à un examen physique ; dès lors, des tumeurs dans ces régions peuvent souvent être détectées tôt au cours de leur évolution. Les tumeurs de la cavité buccale, qui sont étroitement liées à l'utilisation par voie orale de tabac sans fumée et

autres dérivés, se développent sur les surfaces buccales et gingivales dans les sites où les produits du tabac restent en contact avec la muqueuse pendant de longues périodes. Les cancers de la partie antérieure de la langue sont plus fréquents chez les fumeurs. Les cancers des lèvres s'observent particulièrement chez les patients greffés et pourraient être causés par les rayons ultraviolets qui endommagent l'ADN (voir dans les figures N°3 et N°4)(**Barthélémy I., 2017,p.25**).

1.2.Epidémiologie du cancer :

Le cancer est devenu la deuxième cause de décès à l'échelle mondiale après les maladies cardiovasculaires.L'incidence du cancer et la mortalité sont généralement exprimées par 100 000 personnes par an et sont normalisées selon l'âge afin de permettre des comparaisons valables parmi des populations différentes par leur dimension et les structures d'âge. Pour la normalisation selon l'âge et pour que les données soient comparables, la répartition doit être la même pour des périodes et des zones géographiques différentes et ceux sont les registres des cancers qui fournissent les taux d'incidence du cancer. Aux États-Unis ; ils englobent maintenant 92 % de la population.

La survie chez les patients atteints de cancer est généralement exprimée en survie relative, qui compare le pourcentage de patients atteints de cancer en vie après une période déterminée (souvent 5 ans) avec le pourcentage correspondant à une population sans cancer, mais du même âge, de même race et de même sexe. Les tendances en matière de survie relative ont été surveillées par le programme NCI SEER depuis 1975. Cependant, en cas de sites tumoraux détectés par dépistage, il faut être prudent dans l'interprétation des tendances en matière de survie relative. En effet, un diagnostic précoce peut artificiellement faire croire à une prolongation de la survie alors que la mortalité ne change pas, quand à l'incidence cumulée et risque cumulé, ce sont des termes qui décrivent la probabilité moyenne de développer une affection déterminée ou d'en mourir durant une période définie, Le cancer survie dans tous les pays du monde, bien que les principaux types de cancer varient considérablement. En général, les cancers causés par des infections chroniques (par exemple estomac, foie, col utérin) prédominent dans les pays en développement, tandis que ceux liés aux modes de vie occidentaux comme le tabagisme et les habitudes alimentaires (poumon, sein, prostate et côlon) sont plus courants dans les pays industrialisés (**J. Michael, 2013, p.183**).

1.3. Diagnostic clinique précoce :

Le diagnostic clinique précoce, aide dans certain cas de test diagnostique simple, est d'une importance pronostique capitale dans la mesure où plus le volume tumorale est petit lors du diagnostic, plus le risque de localisations métastatiques est faible et donc les possibilités de guérison importantes. Il est important de noter que le diagnostic précoce, sauf exception notable repose essentiellement sur des éléments cliniques soit d'interrogatoire soit d'examen physique simple. En effet, bon nombre des cancers fréquents sont directement accessibles (sein, ORL, peau, gynécologie) et peuvent donc bénéficier d'un diagnostic précoce par le seul examen clinique normalement conduit. Certains d'entre eux (sein, utérus) bénéficient en outre de moyens de dépistage en dehors de toute symptomatologie.

1.3.1. Biopsie :

L'obtention de tout ou partie de la tumeur aux fins d'examen anatomopathologique est une phase indispensable au diagnostic de cancer. Les moyens pour y parvenir vont de la biopsie simple à la pince jusqu'à l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale en fonction du site tumoral et de son accessibilité. La réalisation préalable d'un examen cytologique après ponction-aspiration intra-tumorale à l'aide d'une aiguille fine a une grande valeur d'orientation quand le résultat en est positif. Cependant, un résultat négatif n'a pas de valeur formelle et un résultat positif ne dispense en aucun cas sur diagnostic de certitude apporté exclusivement par l'analyse anatomopathologie d'un fragment tissulaire.

1.3.2. Imagerie en oncologie :

Le développement des techniques modernes d'imagerie a permis une amélioration considérable de la détection des volumes tumoraux dans les organes profonds notamment abdominothoraciques ou cérébraux. Cependant, aucun examen d'imagerie ne permet autre chose que l'interprétation d'image dont aucune ne dispose d'un examen anatomopathologique avant d'affirmer la présence d'un cancer.

Les techniques d'abord biopsiques ou cytologiques se conjuguent de plus en plus souvent avec l'imagerie (scanner, échographie, IRM) pour la réalisation de prélèvement guidés d'organes profonds dispensant, tout au moins lors de la phase diagnostique, d'un abord chirurgical.

La performance des différentes techniques d'imagerie est différente suivant la zone explorée :

- La tomodensitométrie ou scanner constitue l'exploration de choix de l'encéphale, du thorax et de la région lombo-aortique ganglionnaire.
- L'IRM est particulièrement performante pour l'ensemble du système nerveux central, ainsi que pour les parties molles musculaires et les régions latéropelviennes.
- L'échographie est utilisée en première intention dans l'exploration hépatique et abdominopelvienne viscérale
- Les scintigraphies sont essentiellement l'exploration du squelette à la recherche de métastases osseuses, ou de la thyroïde à la recherche de troubles de la fixation de l'iode radioactif (N. Daly-schweitzer, 1998, p. 03).

1.4. Les causes du cancer :

Les cancers sont causés par l'exposition à des virus, à des substances naturelles ou chimiques, à des rayonnements. Cela a pour effet d'induire des mutations ou des expressions inappropriées de divergences appelées oncogènes, impliquées dans la prolifération des cellules. Dans leur différenciation et dans la régulation de ces phénomènes, les oncogènes sont normalement sous le contrôle de gènes inhibiteurs, les anti-oncogènes, qui peuvent être perdus ou subir eux-mêmes une mutation, leur fonction s'en trouvant réduite. Mais ces anti-oncogènes peuvent manquer de façon héréditaire, ce qui explique en partie l'existence de prédispositions familiales à certains cancers ; ces formes à prédisposition familiale représentent 5 de la totalité des cancers.

1.4.1. Alcool :

Chez l'homme, l'alcool est un cofacteur de risque pour les cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et du foie (augmentation de risque variant de 2 à 15 selon les quantités bues et les organes atteints). Enfin, l'effet conjugué de l'alcool et du tabac correspond à des risques plus élevés que la somme des risques pris isolément (effet multiplicatif).

1.4.2. Alimentation :

Des études ont attiré l'attention sur le rôle de l'alimentation dans la genèse de certains cancers, les aliments étaient incriminés par déficience (fibre, vitamine) ou par contamination intermédiaire (nitrites). Le rôle des graisses dans la carcinogenèse est suspecté principalement dans le cas de cancers colorectaux, mais également dans les cancers du sein, de l'endomètre et

de la prostate. Des études ont mis en évidence une augmentation de risque parallèlement à la consommation de graisse mais ont révélé un effet protecteur des fruits et des légumes. Quant au rôle du café dans les cancers du pancréas, il n'a pas été prouvé.

1.4.3. Tabac :

L'exposition au tabac est la principale cause de cancer. La fumée du tabac contient plus de 4 000 produits chimiques, dont au moins 40 sont connus pour être cancérigènes chez les humains, les animaux ou les deux. Toutes les formes de tabagisme peuvent causer le cancer. La cigarette cause le cancer des lèvres, de la cavité buccale, des fosses nasales, des sinus paranasaux, du pharynx (nasal, oral et hypo-pharynx), du larynx, du poumon, de l'œsophage (épidermoïde et adénocarcinome), de l'estomac, du côlon et du rectum, du pancréas, du foie, du rein (adénocarcinome et bassinet), de la vessie, du col utérin, ainsi que la leucémie myéloïde.

1.4.4. Agents infectieux :

On estime qu'environ 17 % des cas de cancer dans le monde sont imputables à des agents infectieux. Les virus qui causent un cancer chez les humains comprennent le VPH, le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC), l'EBV, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'herpès-virus humain de type 8. Les virus augmentent le risque de cancer par divers mécanismes, notamment en agissant directement sur l'ADN, en favorisant le développement tumoral par l'inflammation chronique, ou par la suppression d'éléments propres au système immunitaire.

1.4.5. Radiation ionisante :

Un rayonnement ionisant, quel qu'il soit, rayons X ou gamma ou de toute autre nature, est le facteur cancérigène humain le plus largement étudié. Les leucémies et les cancers du sein chez la femme, ainsi que de la thyroïde sont les plus étroitement associés à une irradiation, bien que celle-ci prédispose aussi aux cancers du poumon, de l'œsophage, de l'estomac, du côlon, du cerveau et de la vessie ainsi qu'au myélome. Le risque de développement d'un cancer par les rayonnements ionisants ne dépend pas seulement d'un effet cumulatif des expositions, mais aussi de l'intensité, de la fréquence et de la nature de l'irradiation ainsi que de l'âge auquel elle a lieu.

1.4.6. Risques iatrogènes :

De nombreuses interventions médicales diagnostiques et thérapeutiques s'avèrent augmenter le risque de cancer, soit directement comme agents cancérigènes chimiques ou physiques, soit indirectement par suppression des réponses immunitaires. Des agents alkylants et d'autres agents cytotoxiques servant au traitement du cancer augmentent le risque de développement d'un cancer secondaire, comme c'est le cas de la radiothérapie.

1.4.7. Cancérogènes professionnels et environnementaux :

L'exposition professionnelle a malheureusement servi de signal d'alarme pour un grand nombre d'agents cancérogènes industriels reconnus, en particulier dans les lieux de travail où une exposition forte et prolongée a causé des ensembles inhabituels de formes rares de cancers. Par exemple, le cancer du scrotum chez les ramoneurs de Londres, l'ostéosarcome de la mâchoire chez les ouvriers exposés au radium lorsqu'ils peignaient les cadrans de montres, le mésothéliome chez les travailleurs maniant l'amiante et l'angiosarcome du foie chez les travailleurs exposés à des produits chimiques comme le monomère de chlorure de vinyle ont démontré la cancérogénicité respective du goudron de houille, du radium, de l'amiante et du monomère de chlorure de vinyle (Grünfeld J-P., 2001,p.159).

1.5. Les symptômes du cancer :**1.5.1. Symptômes du visage en cas de carcinome basocellulaire :**

Le visage est une zone qui est fréquemment touchée ; tout comme le cuir chevelu, les oreilles, les mains, les épaules et le dos, cela peut se traduire par l'apparition d'une lésion cutanée mesurant quelques millimètres de diamètre, elle est généralement de couleur claire ou d'une couleur proche de celle de la peau, elle a pour particularité de ne pas guérir spontanément, elle va au contraire évoluer mais de façon extrêmement lente, en plusieurs mois et années, la peau du visage peut aussi démanger et former une croûte, de même saigner.

1.5.2. Symptômes du visage en cas de carcinome épidermoïde :

Les carcinomes épidermoïdes se développent eux aussi fréquemment au niveau du visage, ils se traduisent par des lésions ou des ulcères qui ne cicatrisent pas, la peau peut également présenter une plaque de couleur rouge.

1.5.3. Symptômes du visage en cas de mélanome :

les mélanomes peuvent apparaître n'importe où sur le corps ou se développer à partir d'un grain de beauté, d'une tache de rousseur, d'une tache de naissance ou d'une tache colorée qui existe déjà, on observera dans ce cas une modification en taille, en forme, en couleur ou en épaisseur de la tache présente sur le visage (Gorphe Ph., 2015,p.07).

1.6. Les types du cancer du visage :

En termes de types de cancers on en distingue plusieurs que nous allons exposer en ce qui suit.

1.6.1. Les tumeurs cutanées :

On peut citer ;

1.6.1.1. Le mélanome :

Un mélanome est une tumeur cancéreuse qui se développe à partir de cellules appelées mélanocytes. Les mélanocytes sont présents essentiellement dans la peau, mais également au niveau de l'œil et des méninges (membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière). Ces cellules sont également présentes dans les muqueuses de la bouche, du rectum ou des organes génitaux. Un mélanome peut donc se développer à ces différents endroits. Mais dans plus de 90 % des cas, il se situe sur la peau. Dans ce cas, il s'agit d'un cancer de la peau.

• les signes d'un mélanome :

Les signes du mélanome dépendent de la façon dont il s'est développé. Lorsque le mélanome se développe sur une partie de la peau qui ne présentait pas d'anomalie jusqu'alors, une petite tache plane, généralement de couleur brun foncé ou noire (parfois rouge-rosé ou non colorée chez les personnes à peau claire) apparue récemment et qui se modifie rapidement, peut être un signe de mélanome. Dans un premier temps, cette tache s'étend. Elle peut ensuite s'épaissir et finir par changer de forme et de couleur. Lorsque le mélanome se développe à partir d'un grain de beauté ancien, celui-ci augmente alors de surface ou change de couleur. Le mélanome n'entraîne pas de modification du sang. Il n'est donc pas détectable par une prise de sang. Les signes du mélanome cutané ne sont visibles que sur la peau.

• Les causes :

L'exposition au soleil, en particulier aux ultraviolets (UV), a été fortement impliquée comme facteur causal dans le développement du mélanome. La tumeur dérive de mélanocytes, qui

sont principalement situés dans la couche basale de l'épiderme. Ces cellules utilisent l'enzyme tyrosinase pour synthétiser le pigment mélanique, qui sert à protéger contre les rayons UV. Dans le monde, l'incidence du mélanome chez les blancs est corrélée inversement avec la latitude ; c'est-à-dire que la fréquence est plus élevée à proximité de l'équateur et moindre près des pôles.

- **Les facteurs de risque:**

Les facteurs de risque pour le mélanome sont : des antécédents familiaux de mélanome, un mélanome antérieur ou un cancer de la peau autre que le mélanome, une prédisposition génétique et l'exposition solaire. Le mélanome est plus fréquent chez les personnes qui ont un teint clair, des cheveux blonds ou roux, des yeux bleus et des taches de rousseur et qui ont tendance à brûler plutôt qu'à bronzer. Le mode d'exposition au soleil peut aussi être important ; une exposition intermittente intense, plutôt qu'une exposition à long terme, constitue un risque plus élevé. Les personnes ayant grand nombre de nævus, qu'ils soient typiques, bénins, atypiques ou dysplasiques ont également un risque accru de mélanome. Les atypiques ou les dysplasiques sont des précurseurs de mélanome et servent de marqueurs d'augmentation du risque. Par exemple, les individus avec des nævus dysplasiques courent un risque de 6 % de développer durant leur vie un mélanome, et ce risque atteint 80 % chez les sujets qui sont porteurs de nævus dysplasiques et qui ont des antécédents familiaux de mélanome.

- **Les différents types de mélanome :**

Il existe 4 types de mélanome : La plupart des mélanomes sont des mélanomes à extension superficielle, parfois abrégés en SSM, de son nom Anglais superficiel spreading melanoma. Ils se présentent sous la forme de taches irrégulières de différentes couleurs : noir, marron, rouge, ou non colorées. On les sent parfois sous les doigts. D'autres mélanomes sont des mélanomes nodulaires, abrégés en MN. Ce sont des petites élévations rondes de peau noire ou non colorées, fermes sous le doigt. Ces mélanomes peuvent suinter, saigner et se recouvrir d'une croûte. Ils évoluent rapidement. Le mélanome de Dubreuilh se présente sous la forme d'une tache colorée, allant du noir au marron foncé. Ce mélanome se développe sur les zones exposées au soleil, principalement sur le visage chez les personnes âgées (**Guillot B.2007, p.09**).

1.6.1.2. Carcinome :

Tumeur maligne formée de cellules épithéliales néoformées, et ayant la capacité de provoquer des métastases à distance, à un moment quelconque de son évolution. Elle peut apparaître en un endroit quelconque de l'organisme contenant de l'épithélium. Quand elle dérive d'un épithélium de revêtement, elle peut avoir une différenciation squameuse (carcinome épidermoïde) ou dériver de cellules basales (carcinome basocellulaire). Quand elle dérive d'un épithélium glandulaire, il existe une tendance à la formation de glandes normales (Quevauvilliers J., 1992, p.156).

a. Carcinome basocellulaire :

Est le cancer de la peau le plus fréquent, il est généralement identifié très précocement et son développement est lent, le traitement principal, la chirurgie est très efficace.

b. Carcinome épidermoïde :

- Épiderme :

C'est la couche superficielle de la peau, il est majoritairement composé de kératinocytes dont le rôle est de former une barrière physique contre le milieu extérieur.

- Carcinome épidermoïde :

C'est le deuxième cancer de la peau le plus fréquent après le carcinome basocellulaire, se développe au niveau des zones exposées au soleil, mais peut apparaître également dans n'importe quelle région cutanée ou dans la bouche là où l'exposition au soleil est minime (Gregory L. Wells, 2019, p.09).

• Facteurs de risque :

Le facteur de risque le plus important est l'exposition aux rayons UV du soleil. L'association la plus clairement établie est avec les UVB, mais des données de plus en plus convaincantes indiquent que les UVA sont également cancérigènes. Une exposition intense au soleil mais intermittente, en particulier durant l'enfance, augmente le risque surtout de CBC. Les personnes qui ont la peau et les yeux clairs, les cheveux roux, une tendance à brûler plutôt qu'à bronzer et des antécédents de coups de soleil graves courent un risque accru de cancers cutanés non mélanocytaires.

• Les signes du carcinome :

Les signes du carcinome apparaîtront principalement sur les zones du corps exposées au soleil et dans 80% des cas au niveau du visage et du cou, il est donc identifié très rapidement,

le premier signe évocateur est l'apparition ou la modification d'une excroissance de peau, ou encore la présence d'une plaie qui ne guérit pas (Schchter L.,2004,p.307).

1.7. Les symptômes : douleurs, saignement, déchaussement des dents

Le premier symptôme du cancer des gencives est une douleur permanente de la gencive, une douleur au moment de la mastication et de la déglutition, il peut y'avoir des saignements de la gencive de façon spontanée : la présence de traces de sang sur l'oreiller au réveil est un exemple typique, le déchaussement des dents est un troisième symptôme, les patients découvrent alors leur tumeur en regardant leur miroir, la tumeur apparaît sous la forme d'une lésion au niveau d'une gencive, de couleur rougeâtre ou blanchâtre (Glover A.S., 2019, p.03).

1.8 Effets secondaires, complications et séquelles de la chimiothérapie et radiothérapie :

Les complications des chimiothérapies ORL conventionnelles sont essentiellement hématologiques et digestives. Elles nécessitent une prise en charge rapide, elles peuvent être graves et conduire à l'arrêt du traitement.

1.8.1. Complications aiguës :

1.8.1.1. Hémato-toxicité :

a. Neutropénie :

La neutropénie est la conséquence directe de la myélotoxicité de la chimiothérapie. Elle est majorée par la dose-intensité du schéma administré :

- Doses unitaires (mg/m², AUC [Area Under the Curve]) ;
- Durée des intervalles entre 2 séances de traitement ;
- Association de plusieurs médicaments (polychimiothérapie).

b.Thrombopénie :

La durée de vie moyenne des plaquettes (8 à 12 jours) étant supérieure à celle des neutrophiles, la thrombopénie est retardée par rapport à la neutropénie : elle apparaît le plus souvent 10 à 14 jours après la chimiothérapie.

c. Anémie :

- Une carence associée en folâtres ou B12, rare ; une macrocytose chimio-induite, fréquente ;
- Une hémorragie tumorale ;
- Une hémolyse (SHU [syndrome hémolytique et urémique], ritomycine-C, rarement auto-immune)
- Une insuffisance rénale.

d. Neutropénie fébrile :

Une neutropénie fébrile se définit par la présence d'une neutropénie sévère associée à une fièvre $>38,3$ °C ou une température $\geq 38,0$ °C pendant plus d'une heure, la démarche diagnostique fait d'abord appel à un examen clinique complet, à des examens biologiques simples (hémogramme, hémostase).

1.8.1.2. Toxicité digestive :**a. Nausées et vomissements :**

- De profil caractéristique : femme, moins de 40 ans, antécédent de nausées gravidique, mal des transports, angoisse.
- Les patients diabétiques pour lesquels il faut limiter la prescription de corticoïdes.

b. Diarrhées :

La diarrhée sécrétoire : diarrhée retardée (délai médian de 5–10 jours),

- La présence de fièvre ;
- L'association d'une neutropénie ;
- La survenue de vomissement.

c. Mucite chimio-induite :

La mucite correspond à une irritation plus ou moins importante des muqueuses oropharyngées par agression cytotoxique de la chimiothérapie, ou physique de la radiothérapie.

1.8.1.3. Complications infectieuses :

Les facteurs de risque peuvent être liés au patient : âge, agranulocytose, lésions de revêtement cutané, la contamination peut se faire lors de la pose de la chambre, lors des ponctions ou lors de la manipulation des tubulures et des raccords.

a. Complications rares :

L'absence de reflux, la difficulté d'injection, un œdème sous-cutané ou une thrombophlébite du membre supérieur doivent faire évoquer une migration du cathéter.

1.8.1.4. Séquelles de la chimiothérapie :**a. Séquelles rénales :****• Mécanisme et description :**

Les platines utilisées en cancérologie des VADS (essentiellement le cisplatine), le cisplatine peut ainsi induire une tubulopathie générant une insuffisance rénale aiguë avec anurie et ce, rapidement après son administration (dans les 24 heures) à partir des doses de 50 mg/m², cette insuffisance rénale aiguë récupère généralement dans les 3–4 semaines mais peut aussi évoluer rarement vers une insuffisance rénale chronique pour des doses cumulées supérieures à 600 mg/m².

• Traitement :

C'est celui de la prise en charge d'une insuffisance rénale, adaptée à son degré de gravité, pouvant nécessiter dans les formes sévères une hémodialyse.

• Prévention :

Elle comporte :

- Un bilan rénal et clairance de la créatinine avant l'administration du produit à chaque cycle.
- Une élimination des médicaments potentiels néphrotoxiques et vérification de la fonction rénale avant injection lors des scanners

b. Séquelles auditives :**• Mécanisme et description :**

L'écotoxicité est l'un des effets secondaires les plus fréquents des platines (cisplatine, carboplatine et oxaliplatine), le risque d'écotoxicité est dose-dépendant. Il s'agit d'une toxicité directe sur l'oreille interne (organe de Corti) avec une surdité de perception prédominant sur les fréquences aiguës (fréquences 4 000–8 000 Hz), bilatérale et irréversible.

• Traitement :

Le traitement actuel est donc symptomatique et nécessite un appareillage bilatéral par prothèses auditives.

- **Prévention :**

Elle repose sur :

- La recherche d'une hypoacousie à l'interrogatoire et par un audiogramme de référence avant de débiter une chimiothérapie par platine ;
- La recherche de symptômes de type acouphènes ou hypoacousie avant chaque cycle ;
- L'interdiction de tout médicament auto-toxique

c. Séquelles neurologiques :

- **Neuropathies périphériques :**

- **Mécanisme et description :**

Les complications neurologiques les plus fréquentes avec risques de séquelles sont les atteintes périphériques. Parmi les toxicités tardives, on note davantage de neuropathies chez les patients traités par radio-chimiothérapie avec cisplatine.

- **Traitement :**

Le traitement est symptomatique sur les douleurs, en utilisant des médicaments actifs sur les douleurs neuropathiques, à doses progressivement croissantes (prégabaline, gabapentine, amitryptiline).

- **Prévention :**

Elle consiste à :

- Vérifier le cumul des doses ;
- Détecter une éventuelle neuropathie préexistante (neuropathie alcoolique, diabète, traitement neurotoxique).

d.Séquelles cardiaques :

La toxicité cardiaque, pouvant entraîner des séquelles, peut s'observer avec le 5-FU. Elle peut ainsi générer des troubles du rythme, un angor, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, voire une mort subite (**Bazec Le Moal, 2013, pp.121-141**).

1.8.1.5 Séquelles de la Radiothérapie :

- **Impact des modalités d'irradiation sur les profils d'effets secondaires :**

La radiothérapie externe, par opposition à une radiothérapie métabolique telle qu'elle est réalisée lors de l'irradiation des cancers thyroïdiens, est réalisée par voie transcutanée. La radiothérapie externe est utilisée chez 60 à 75 % des patients, à intention curative ou palliative au diagnostic ou au cours de l'évolution de leur cancer. Une irradiation locorégionale réalisée à visée curative se déroule généralement en 5 semaines en postopératoire et 7 semaines en cas d'irradiation exclusive. Le but de la radiothérapie est d'irradier les cellules tumorales tout en minimisant les dommages dans les tissus sains pour se rapprocher d'un index thérapeutique optimal qui se traduirait par 100 % de contrôle local tumoral et 0 % de toxicité. Dans cet objectif, la radiothérapie bidimensionnelle/conventionnelle tend à être supplantée par des modalités d'irradiation conformationnelle optimisant la couverture des volumes cibles tumoraux en limitant l'irradiation des tissus sains, et notamment une irradiation conformationnelle par modulation d'intensité.

Cette dernière technique a pour premier objectif, lorsque cela est carcinologiquement «raisonnable », de préserver les parotides pour éviter une xérostomie définitive, délétère sur la qualité de vie. Elle est potentiellement responsable de nouveaux profils de toxicités aiguës comme, par exemple, une alopecie postérieure transitoire inhabituelle en radiothérapie conventionnelle.

D'autres modalités d'irradiation que la radiothérapie cause sont utilisées comme la curiethérapie. Celle-ci est endocavitaire (avec moulage pour des cancers du cavum par exemple) ou interstitielle, plus fréquente en ORL (langue mobile, lèvres, voile, etc.), réalisée soit en bas débit, technique pour laquelle le recul est long, soit en débit pulsé (avec des interruptions de l'irradiation notamment intéressantes pour la radioprotection des personnels), soit encore plus récemment, technique pour laquelle le recul est encore court, en haut débit avec un hypofractionnement par exemple biquotidien sur quelques jours.

D'autres modalités d'irradiation externe sont de plus en plus utilisées en pratique courante : la radiothérapie stéréo-taxique utilisée par exemple dans le cadre soit de réirradiations focalisées en cas de récurrence ou de deuxième primitif en terrain irradié, soit dans des situations de métastases en nombre limité (oligométastases) en alternative à la chirurgie ou la radiofréquence, soit encore en boost (complément de dose focalisé sur un volume tumoral

défini en imagerie anatomique ou fonctionnelle, considéré comme à risque de récurrence après une irradiation plus large incluant des volumes cibles tumoraux irradiés à dose prophylactique [préventive] par exemple) (P.Giraud , 2013, p.20).

1.9. Prise en charge d'un patient atteint de la maladie du cancer :

1.9.1. Plan thérapeutique :

Pour les cancers qui se prêtent à une intervention chirurgicale, la résection est habituellement la meilleure option, si le patient paraît capable de supporter l'anesthésie et si par ailleurs une maladie concomitante ou comorbide ne complique pas la situation. À ce propos, une concertation entre interniste, oncologue, chirurgien et anesthésiste s'avère souvent très utile.

1.9.2. Chirurgie :

L'intervention peut servir à prélever une biopsie dans la lésion suspecte, à réséquer la tumeur primitive, à contourner un obstacle ou à soulager de manière palliative. Afin d'éviter une seconde anesthésie, il faut prévoir, avant l'opération, l'éventuelle mise en place d'un cathéter veineux.

La chirurgie reste la méthode la plus commune pour traiter les cancers localisés, mais elle peut être empêchée par la localisation ou l'extension de la tumeur et des métastases à distance. Même si une tumeur ne peut pas être réséquée, une biopsie permet de confirmer le diagnostic. Parfois, dans un but palliatif, le chirurgien établira un contournement d'une lésion obstructive.

1.9.3. Radiothérapie :

Dans le cadre d'une thérapie multimodale, d'un traitement adjuvant ou de soins palliatifs, la radiothérapie peut servir de traitement de première intention. Utilisée seule, la radiothérapie peut être curative à un stade précoce de néoplasies telles que le cancer du larynx, le cancer du col utérin et le cancer de la prostate

1.9.4. Chimiothérapie :

C'est un traitement de cancer, qui repose sur l'utilisation de médicaments, elle vise à éliminer les cellules se trouvant dans le corps, y compris celles qui n'ont pas été repérées par les examens d'imagerie, elle agit soit en les empêchant de se multiplier, la chimiothérapie agit par voie générale, On parle aussi de traitement systémique.

1.9.5. Immunothérapie :

Si le cancer a pu se développer, c'est parce que les cellules cancéreuses ont trouvé le moyen d'endormir l'immunité du patient. L'immunothérapie va donc "réveiller" le système immunitaire pour qu'il reconnaisse à nouveau les cellules tumorales à combattre. C'est une révolution dans nos pratiques.

1.9.5. Fonctionnement de l'immunothérapie :

Les cellules tumorales expriment à leur surface des récepteurs (PDL1), et les lymphocytes T en expriment d'autres (PD1). Leur interaction inhibe les défenses anti-tumorales de l'organisme. C'est la récente découverte d'anticorps monoclonaux appelés anti-PD1/PD-L1 ou "inhibiteurs de check-point de l'immunité" qui a permis l'essor des immunothérapies pour certains types de tumeurs, en particulier le cancer du poumon. Donnés au patient par perfusion, les anti-PD1/PD-L1 bloquent ces récepteurs tumoraux, permettant ainsi de rétablir la réaction immunitaire contre les cellules cancéreuses.

1.9.5.1. Mode d'action :

L'immunothérapie ne vise pas directement la tumeur. Elle agit principalement sur le système immunitaire du patient pour le rendre apte à attaquer les cellules cancéreuses. L'immunothérapie spécifique consiste à stimuler certaines cellules immunitaires pour les rendre plus efficaces ou à rendre les cellules tumorales plus reconnaissables par le système immunitaire. Elle repose sur les anticorps monoclonaux, notamment les inhibiteurs de points de contrôle, les anticorps bispécifiques, le transfert adoptif de cellules ou encore la vaccination anti-tumorale (voir les figures N°5 et N°6) (**Perry C.M., 2013, p.182**)

Section 2. Aspect Psychologique :

2.1. Prendre en soin le patient, sa famille et son soignant :

2.1.1. Le Patient :

À chaque temps de la maladie, le patient doit se débattre avec la réalité cancer et les émotions qu'elle impose. Nous proposons ici de suivre la temporalité du parcours de soins, afin d'approcher au mieux celle du patient, sachant que chaque vécu est variable, très instable et de fait unique, en fonction de l'histoire et de la personnalité de chacun (**Holland,2018,p.115**).

2.2. Le patient durant toutes les étapes de sa maladie

2.2.1. Le temps des examens :

L'avant diagnostic est une période chargée d'angoisses : il y a une crainte intime de la maladie, notamment à ce qui se passe et se perçoit dans le corps. Dans le cadre d'une famille à risque ayant des prédispositions génétiques, l'angoisse est encore plus pesante. Entendre et accompagner le patient, dès cette phase, est primordial afin qu'il apprivoise l'idée de la maladie.

2.2.2. L'annonce du diagnostic :

Ce temps des mots mis sur les maux fait effraction dans la vie du patient. Il y a un avant et un après, une bascule de bien portant à malade. L'annonce marque ainsi une rupture existentielle pour le sujet qui voit son scénario de vie bouleversé, entraînant alors frustrations et deuils. Le patient peut être en proie à une valse d'émotions. Cette question du « pourquoi moi ? » si souvent présente entraîne colère, tristesse, révolte, injustice, peur... Cette mise en mots et ce besoin de trouver un sens à la maladie, par le biais de constructions imaginaires, en terme parfois de faute, de punition ou de culpabilité, en lien avec des événements de vie, sont à entendre par les soignants sans jugement (**AdamV. ,DubucM., 2018, p.116**).

2.2.3.Le temps des traitements :

Cette entrée en traitement signe souvent pour le patient le début du « combat » et constitue un temps attendu (et redouté).

2.2.4.La chirurgie

Investie très fortement par les patients, la chirurgie représente ainsi la possibilité de se débarrasser de ce mal qui « ronge de l'intérieur ». Le sujet traverse cette période de soins en

concedant la perte dudit organe, de la fonction qui s'y rattache ou de la représentation qui lui est liée en vue de cette « libération » voire de « guérir ».

2.2.5. La chimiothérapie :

Associée à des représentations symboliques lourdes et difficiles, la chimiothérapie est souvent redoutée de par ses effets secondaires. Il se peut que certains aient besoin de partager ce vécu avec d'autres, tout comme l'inverse : s'isoler du vécu de l'autre pour se recentrer dans sa bulle et ne pas être contaminé voire envahi émotionnellement par les angoisses.

2.2.6. La radiothérapie :

Fréquemment placée en fin de parcours de soins, la radiothérapie est appréhendée moins douloureusement par le sujet qui y voit également « la dernière ligne droite ». Lorsqu'il s'agit d'affections de la tête et du cou, le matériel de contention utilisé pour le traitement engendre souvent de plus vives angoisses, voir des phobies (Charretet al., 2015, p.118).

2.2.7. Le temps de la rechute :

L'annonce de la rechute provoque un nouveau choc, entraînant une nouvelle explosion émotionnelle mêlant incompréhension, colère, sentiment d'injustice, déception et désespoir. Le malade s'en trouve plus vulnérable sur le plan psychique et nécessite d'être accompagné et entendu dans sa souffrance. L'angoisse de mort se fait beaucoup plus présente et a besoin d'être élaborée afin de permettre à celui-ci de retrouver des forces pour repartir « au combat » (Alric, 2015, p.120).

2.2.8. Les mécanismes de défense :

- L'angoisse, ou plutôt les angoisses (de mort, de morcellement, de transformations corporelles, d'avoir mal, d'abandon, de rejet, de séparation, de l'avenir...) ponctuent ainsi le parcours de tout Sujet affecté dans sa chair par l'affection Cancer ; les représentations sociales liées à cette maladie participant peu ou prou à l'alimentation des angoisses.

- Le déni est sans doute le mécanisme le plus entier, le plus massif qui efface toute menace de mort dans le discours médical. Peu durable, il agit comme ultra-protecteur et nécessite du temps pour que la réalité soit appréhendée autrement par le patient. Il peut ainsi engendrer des discordes avec l'entourage et les soignants.

- Un autre mécanisme usité par le Sujet consiste à s'immerger dans la maladie jusqu'à ne plus exister que par elle : il s'agit de la régression. Il va ainsi abandonner toute initiative, toute

autonomie, adoptant parfois même des comportements infantiles, comme par exemple une incapacité à manger seul ou à faire sa toilette alors que les fonctions motrices sont intactes.

Enfin, le mécanisme le plus réussi et le plus positif se situe dans la combattivité/la sublimation. Le patient, refusant de se soumettre à la maladie, va alors transformer son infortune en un objectif positif et généreux (**Razavi D., Delvaux N.,2002, p.124**).

2.2.8. L'entourage :

- **La juste place :**

Il est difficile quand le proche est touché par cette maladie de trouver la juste place. C'est un séisme pour tous. Souvent après le temps de la sidération, il devient nécessaire de mettre des mots sur cette peur suscitée par le mot cancer. Etre à l'écoute du proche, le comprendre sans le juger, sans minimiser, sans banaliser, va alors s'avérer aidant pour traverser cette épreuve. Le besoin d'étayage du Sujet est énorme, tout comme son besoin de réassurance. Aussi, il est primordial pour l'entourage de conserver des forces pour cette « épreuve d'endurance » et de rester le plus authentique possible afin que la confiance reste le pivot central de la relation. Les professionnels du soin psychique peuvent accompagner et soutenir l'entourage qui a également besoin d'être consolidé dans sa place et sa fonction (**Razaviet al., 2002, p.122**).

2.3. La prise en soin psychique :

La pathologie cancéreuse peut être source de déstabilisation et/ou de souffrance psychique pour le patient et pour son entourage. C'est à partir du moment où le Sujet se trouve mis en difficulté de façon prolongée dans ses capacités d'adaptation que l'on pourra parler de trouble. La plupart des symptômes psychiques prennent la forme d'une apparence pathologique pour le soignant, mais s'avèrent être l'expression d'un processus d'adaptation nécessaire pour le patient. L'orientation vers le professionnel du soin psychique peut ainsi être proposée par tous, demandée par le Sujet lui-même, afin de l'accompagner dans ce parcours de soin parfois « périlleux » psychologiquement. Le « professionnel du soin psychique », désigne tout psychologue clinicien et/ou psychiatre ayant une expérience dans le champ de l'oncologie (**AFSOS, 2013, p.125**).

2.4. Le soutien psychothérapeutique :

Le soutien psychothérapeutique est sous-tendu par des références théoriques pour le clinicien.

2.5. L'approche psycho-dynamique :

Cette approche s'ancre dans les racines psychanalytiques et se concentre principalement sur la manière dont la personne construit sa réalité et sur les expériences qui l'ont poussée à appréhender le monde de cette façon. Il va ainsi s'agir d'être à l'écoute des manifestations conscientes et inconscientes et des ressorts de la psyché du patient.

2.6. Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) :

Il s'agit dans le cadre des TCC de s'intéresser à la partie visible de l'iceberg, celle qui fait souffrir le patient. La pratique est centrée sur la cognition, c'est-à-dire les pensées et les croyances parfois erronées et négatives que cultive l'individu sur lui-même.

2.7. Les thérapies psychocorporelles :

À côté des thérapies verbales, et/ou en complément, les thérapies psychocorporelles travaillent sur le corps pour apaiser les maux de l'esprit et libérer les émotions les plus enfouies.

2.7.1. L'hypnose :

Cet état de conscience modifié, normal et banal, peut être provoqué par un hypnopratricien/hypnothérapeute dans le cadre d'une relation de soin en vue de gérer un symptôme, une angoisse ou bien encore un geste douloureux, une intervention chirurgicale (...).

2.7.2. La relaxation :

Les techniques de relaxation visent à réduire le stress et ont pour objectif de générer une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.

Ces différents outils peuvent être proposés aux patients par les thérapeutes rencontrés dans leur parcours de soins, dans le respect de la dignité du Sujet, de son souhait et de ses résistances, et s'inscrivant dans un projet de soins cohérent et faisant sens pour tous les protagonistes (Ruszniewski M., 2005, p.127).

• Synthèse du chapitre

Certes, le cancer du visage est devenu une maladie fréquente chez les hommes et les femmes, cependant, les chances de guérison ont nettement progressé, et c'est évidemment une très bonne chose.

Mais, les avancés de la médecine ne doivent pas faire oublier une réalité fondamentale, chaque individu garde un rôle essentiel à jouer face au cancer du visage.

Chapitre2 : L'image de corps

Préambule :

L'image du corps humain est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, depuis la naissance et qui se modifie au fur et à mesure que la personne avance dans l'âge. Il a toujours éveillé la curiosité des chercheurs de différentes disciplines notamment en psychanalyse et d'autres théories. Une altération de cette image corporelle induit une série de réactions émotionnelles perceptuelles et nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps qui recouvre des données imaginaires symboliques, abstraites, émotionnelles, affectives, corporelles ou imposées par une réalité sociale (**Schilder ,1968, p35**).

Nous aborderons dans ce chapitre, les définitions de l'image du corps, la différence entre l'image du corps et d'autres notions, ainsi que sa valeur dans l'approche psychanalytique.

Section 1 : aperçus et définitions de la notion de l'image du corps

1.1 Définition des concepts : l'image, le corps, l'image corporelle

1.1.1 I 'image :

Le terme « *image* » renvoie plutôt au modèle interne concret ou abstrait des objets auxquels elle se rapporte et non à leur vision mentale, l'image en tant que simple perception, le reflet interne d'une réalité externe, copie conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Elle est donc la reproduction passive d'une donnée immédiate. (J.C.Sperando, 1983, p.67).

1.1.2 Le corps :

la tradition occidentale sépare l'âme et le corps , devenu l'organisme , il est l'objet de l'anatomie et la physiologie , la terminologie grecque pour qui le soma n'est quele cadavre, comme la clinique médicale , conduisent la psychologie à se réapproprier le corps en dégageant ses deux fonctions : création de signification et figuration du sujet ; il est un instrument des conduites et support de l'identité , la conscience corporelle élabore sa genèse au travers des automatismes de posture des gestes expressifs jusqu'à la découverte de soi du partenaire et des objets . (R. Doron et E. jalley, 2007, p.197).

La notion du corps est difficile à définir , car elle a différentes significations à travers l'histoire , elle est décrite depuis la Grèce antique sous deux termes « soma » signifiant l'absence de vie donc un cadavre représentant la doublure extérieure et invisible du corps qui est « l'âme » , Platon et Aristote ont marqués le début d'une pensée logique et rationnelle que le corps est vu comme un objet qu'on découvre et observe (Beyeler et al , 2006, p.68) .

1.1.3 Le corps réel :

Il est celui objet de tous les examens d'investigation, de soins et de traitements. Il est le corps fragilisé, meurtri, délabré, mutilé car envahi par la maladie et confronté aux effets secondaires des traitements. Il est aussi le corps objet de sensations plus ou moins désagréables comme la douleur physique, la fatigue. Il est le corps objet de représentations car fantasmé, adulé ou rejeté et trahi. Son atteinte renvoie à l'identité profonde de chaque individu, tributaire de son histoire singulière.(M. Reich,2008, p.249.)

1.1.4 Le corps médical :

Le terme « *corps* » en médecine est employé dans le sens corps anatomique et physiologique, le malade évoque son corps à propos d'un symptôme ressenti en un point plus moins bien

localisé, du au mauvais fonctionnement d'un organe dans son corps, le médecin fait le diagnostic par l'examen clinique des symptômes.(**Quevauvilliers J.2012, p.230**)

1.1.5 Le corps idéal :

C'est l'image mentale de la sculpture du corps souhaité ainsi que les compétences qu'il devrait atteindre, cette image mentale est façonnée par les attentes sociétales, 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. (**Price, 1998, cité par Beyeler et Al, 2006, p.8**)

1.1.6 Le corps de douleur :

La douleur concerne le corps physique et psychique. Les syndromes douloureux physiques multiples sont dus soit au processus néoplasique (métastases osseuses, plexopathie, atteinte viscérale) soit aux séquelles des traitements en post-radiothérapie ou chirurgie ou chimiothérapie(les texanes peuvent donner des polyneuropathies).Les douleurs peuvent être générées par les explorations plus ou moins invasives : biopsies, fibroscopie, prélèvement sartério-veineux, pose de cathéter. 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.(**Reich M., 2009, p.247**)

1.2 L'image corporelle et ses concepts clés :

1.2.1 L'image corporelle :

Selon le dictionnaire de la psychologie ; l'image du corps est une représentation imaginaire que chaque sujet a de son propre corps et qui est à distinguer du schéma corporel dont la base est neurologique. Elle comporte des aspects conscients, préconscients et inconscients ; elle n'est pas donnée d'emblée, mais se constitue au cours de la première enfance. La notion de l'image du corps a été popularisée par P.Schilder en 1950, il montre combien la formation de l'image du corps joue un rôle déterminant dans la genèse de la représentation de soi. (**J.M. Petot,1991, p. 363**)

En 1935, Schilder, neurologue et psychanalyste, introduit le terme d'image du corps et non de schéma corporel. Il insiste sur l'existence d'une image optique et non pas posturale du corps, image à laquelle la perception est rapportée. Plus généralement pour lui, « l'image du corps

humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». (M. Morin, S. Thibierge, p.422.)

D'après D. Anzieu ; 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. Le Moi-peau désigne «une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenu psychique, à partir de son expérience de la surface du corps». Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. (Anzieu. D., 1985, p.61).

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 de relation à sa mère, qui se duplique en psychique (Herbert, J, 1995, p53).

1.2.2 L'estime de soi :

Est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin, l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne. (C.André, 2005.P26)

1.2.3 Concept de soi :

Il n'est pas seulement une instance psychique comme le moi, mais plutôt une représentation de la personne entière du sujet, qui englobe ce qui est somatique et ce qui est psychique .le soi se manifeste à la voie du registre symbolique non verbal ainsi que par l'authenticité des paroles qui exprime les émotions et l'intimité du vécu. (B.Aucouturier ,2005.P112.)

1.2.4 Image de soi :

Prise dans le sens subjectif et non pas physique (l'image dans le miroir), l'image de soi est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes de son développement et dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve. Il n'y a ainsi pas

une, mais de multiples images de soi, ces derniers dépendent aussi du regard et des évaluations que les autres portent sur l'individu. Enfin l'image de soi se rattache à la genèse de la conscience de soi. (J.-J.Ducret, 1991.P36).

1.2.5 Représentation du soi :

La représentation de soi désigne le corps « *objectalisé* », corps que l'on donne à voir, qui médiatise et agit la relation à l'autre .Ce sont les qualités que nous attribuons inconsciemment à notre moi-corps, issu tout autant de notre vécu corporel que de notre soi fantasme et qui vont conditionner nos relations aux autres (A.Sanglade, 1983, p106).

1.2.6 L'apparence :

Est la façon dont une personne présente son corps au monde extérieure, cela passe par l'habillement, les coiffures, la façon de se mouvoir ou même d'utiliser un appareil particulier tel que les appareils auditifs. La mode ayant des répercussions sur le corps idéal en générale peut provoquer un changement de l'apparence. De plus les pathologies telles qu'une paraplégie ou alors la perte d'un membre peuvent avoir pour conséquence une altération de l'apparence (Price, 1998, cité par Beyeler et Al, 2006, p8).

1.2.7 La dysmorphobie :

Parmi les différents troubles de l'image du corps, la dysmorphophobie c'est une phobie créée par le regard d'autrui sur un individu normalement constitué qui croit être affecté de déformation physiques, qui croit son corps difformé cette obsession de la difformité 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 (A.Phillips Katherine.2018, p 20).

1.2.8 La notion de représentation du corps :

Elle a un éclatant appui neurologique. C'est la somatognosie, qui fait que le sujet a une représentation globale de son corps, synthétique et au delà des perceptions fondamentale.

Ces deux courants psychologique et neurologique, pour parler des images du corps se retrouvent constamment, en interférence, une complexité supplémentaire étant apportée par les données analytiques dont Schilder a tenté de tenir compte dans sa synthèse sur le schéma corporel.

1.3 Genèse et évolution de l'image corporelle :

Le développement de l'image corporelle débuté tôt, dès l'enfance. Elle évolue dans le temps, au fil des changements physiques et psychologiques. L'adolescence demeure une période déterminante pour l'image de soi. Les transformations physiques qui accompagnent la puberté font en sorte que le corps passe naturellement, Dolto insiste longuement sur la nécessaire séparation entre l'image inconsciente du corps et le schéma corporel. Le second relève d'une bonne maturation neurobiologique, et repose sur des processus décrits par l'anatomie. Il occupe le conscient et un peu le préconscient. L'image du corps est portée par -et croisée à- notre schéma corporel. L'une est sous-tendue par le désir, l'autre par le besoin. (F, Dolto, 1971).

1.3.1 La première phase (orale) :

C'est la phase orale que Freud qualifie également de cannibalisme, le but Sexuel réside dans « l'incorporation de l'objet prototype de ce qui jouera plus tard tant qu'identification, un rôle psychique si important » le suçotement est un reliquat de « cette phase fictive d'organisation qui nous est imposée pour la Pathologie ». C'est une fiction nécessaire qu'impose la pratique de l'analyse, ce Statut ne lui retire aucun présentation à la vérité, mais elle est une reconstitution Après coup de l'effectuation de l'histoire de l'objet imaginaire du réel de l'objet.

a. Le stade oral:

Selon Braconnier le Stade orale primitif, premier

Semestre de vie, la bouche est foyer d'un mode d'approche dominant mais non exclusif l'incorporation.

b. Le stade tardif :

Second incorporation par morsure se substitue à la succion.

1.3.2 La deuxième phase :

Succèdent à celle ci est nommée la phase sadique –anale, c'est le temps de

L'opposition entre actif et passif.

a. Le stade sadique anal:

Qui s'étend selon Braconnier, sur la deuxième et troisième année, les tentions se déchargent principalement sur la défécation la satisfaction libidinale est liée à l'évacuation et à l'excitation de la muqueuse anale.

b. Le stade phallique :

C'est un complexe d'Œdipe entre trois et cinq ans les organes génitaux deviennent zone érogène dominante, les tensions se déchargent principalement

Chez le garçon, le complexe d'Œdipe positif consiste dans le fait que intensifiant son amour pour sa mère, il ressent un conflit entre son amour pour son père et sa haine contre son père.

Chez la fille, l'évolution plus complexe vers le père est préparée par les déceptions dans la relation avec la mère, principalement l'absence de pénis. (Cité par A.Vanier, 2005, p 82)

1.4 Schéma corporel :

Se définit le schéma corporel qu'il compare à l'image du corps. Le Schéma corporel est ainsi une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. Il joue un rôle dans la maîtrise ou le contrôle de la posture, de l'équilibre et du mouvement. C'est une réalité de fait, c'est notre vivre charnel au contact du monde physique. Il est représentant de l'espèce et il est le même pour tous les individus du même âge. Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient, évolutif dans le temps et l'espace. Il est dynamique et indéfiniment plastique (P,Schilder, 1980,p78)

Ajuriaguerra en 1970 définit Le schéma corporel est édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification (P, Schilder.1968)

1.5 L'image corporelle et le schéma corporel :

Ces deux concepts sont souvent confondus, car ils sont étroitement liés, chez les patients ayant une paraplégie, car il y'a une modification de l'image corporelle, alors il est important de différencier.

Selon Emily vert, Le corps et ses représentations intériorisées constituent en effet une notion centrale en psychomotricité et exercent un rôle primordial dans le développement psychomoteur de l'enfant. Le schéma corporel et l'image du corps s'établissent notamment au regard du développement psychique et corporel mais peuvent parfois se heurter à divers obstacles provoquant dès lors des carences de représentation et d'investissement de soi. Les

personnes atteintes de schizophrénie et de toxicomanie partagent entre autres certaines de ces déficiences. (E. Vert, *de corps à l'image et l'image au corps*,2015, p 8,)

C'est à l'existence de ces schémas que nous devons le pouvoir de prolonger notre connaissance de la posture, du mouvement et de la localisation au-delà des limites de notre corps, par exemple à l'extrémité d'un instrument que nous tenons dans la main. Sans cette faculté, et les schémas qui la procurent, il ne nous servirait à rien de tâter le sol du bout d'un bâton, nous ne pourrions nous servir d'une cuillère à moins d'avoir les yeux fixés sur l'assiette. Tout ce qui participe des mouvements conscients de notre corps est ajouté au modèle que nous avons de nous-mêmes et fait désormais partie de ces schémas : le pouvoir de localisation peut s'étendre chez une femme jusqu'à la plume de son chapeau.(W, *koler, gestalt psychology*,2017, p161)

1.6 Image corporelle et schéma corporelle : comment les distinguer ?

Revenons maintenant d'une autre façon à notre distinction essentielle. Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable. Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus à peu près de même âge, sous le même climat, de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire.

Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale. Il en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente; elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps, tant dans les mimiques langagières que dans le langage verbal.

L'image corporelle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelle, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel « Je », sache dire « Je ». Cela veut dire le sujet inconscient désirant en relation au corps existe dès la

conception. L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel

En même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes

Il est à souligner que le schéma corporel, qui est abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, se structure par l'apprentissage et l'expérience, alors que l'image du corps se structure par la communication entre sujets et la trace, au jour le jour mémorisée, du jouir frustré, réprimé ou interdit (castration, au sens psychanalytique, du désir dans la réalité). C'est en quoi elle est à référer exclusivement à l'imaginaire, à un intersubjectif imaginaire marqué d'emblée chez l'humain de la dimension symbolique. **(F.Dolto, 1984, P17-18)**

1.7 Les liens entre schéma corporel et image corporelle peuvent être perturbés :

Un schéma corporel sain peut aller de pair avec une image du corps perturbée. Comme l'un et l'autre sont reliés, cette situation entraîne une discordance empêchant le sujet de se servir de façon saine de son schéma corporel, F. Dolto reçoit en entretien une fillette, elle dessine un très beau vase de fleurs épanouies. La psychanalyste fait ensuite entrer la mère. La fillette fait un second dessin : un minuscule pot de fleurs avec des petites fleurs fanées. On voit là, la différence dans l'image du corps, selon qu'elle est en présence de la mère ou sans elle. Relativement à sa mère elle se sent minable. Son narcissisme est blessé dans sa relation à sa mère tandis qu'avec la psychanalyste elle se sent le droit de s'épanouir et d'être dans sa beauté charmeuse. Alors que la présence de la mère ne modifie en rien le schéma corporel de la fille, elle entraîne en revanche une modification dans l'image du corps. **(Françoise Dolto, 1984,p10)**

Pour ne pas confondre il faut préciser que Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. En principe, il est le même pour tous. C'est de vivre au contact du monde physique. Il est le vécu du corps actuel dans l'espace. C'est lui qui sera l'interprète de l'image du corps. **(F.Dolto, 1984)**

1.8 Mémoire corporelle : le corps se souvient du tout :

pour pierre Marty , l'un des pionniers de la psychosomatique en France , ce n'est pas uniquement notre cerveau qui dispose d'une mémoire , nous avons également d'autres parmi lesquelles se distingue la Mémoire Corporelle totalement différente de notre intellect, elle est le siège de tous nos ressentis passés et oubliés d'après les scientifiques , en réalité , cette mémoire ne dépend pas de votre volonté mais elle se souvient de toute notre histoire à partir du moment où nous avons été conçus , nous sommes en effet incapables de nous rappeler tout ce que nous avons vécu avant l'âge de 3 ans , notre corps par contre n'oublie jamais , grâce à cette faculté de notre corps , tout s'enregistre sous forme d'impressions sensorielles , parfois donc , ces enregistrements peuvent agir sur nous de façon inconsciente , le corps enregistre ainsi ce que notre mémoire a tendance ou désir oublier , nous sauvegarderons donc en nous toutes les expériences vécues dans nôtres mémoire corporelle

1.9 Pourquoi devons-nous cultiver la mémoire corporelle ?

En sommes, chaque expérience que nous vivons se caractérise par une perception physiologique intérieure et une simulation sensorielle extérieure autrement dit, chaque vécu crée l'émotion auquel est lié un sens qui génère une croyance ou un automatisme : c'est ce que l'on appelle ressentis, une fois en situation similaire, cet donc cet automatisme qui se déclenche inconsciemment en réponse au stimulus. Il est donc important de travailler sa mémoire corporelle pour se débarrasser de certains souvenirs, maux et douleurs qui sont souvent la source de certains échecs, l'objectif est d'inscrire dans notre corps de nouvelles expériences. (Mathieu, 2020, p15)

Section 2 : l'image corporelle selon la psychanalyse et la psychologie

2.1.L'approche psychanalytique de l'image corporelle :

L'image du corps c'est une notion fondamentale dans la psychomotricité qui ne peut se parler qu'en termes pluriels et dynamiques , qui tient comptes des échanges et interactions constatés entre l'intérieure et l'extérieure de l'autre , intégrant et mémorisant les expériences affectives et successifs et temporeux , donc ils existent plusieurs points de vue psychanalytique qui nous amènent à penser le principale aspect de l'image du corps comme organe productif qui se développe au contact du vivant.

2.1.1 D.W.Winnicott (1896-1971) :(psychanalyste anglais) :

En Angleterre , Winnicott (1969) faite reposer la continuité d'être qu'il appelle le vrai self , sur le développement « psyché-soma » , le psychisme et l'âme seraient un équivalent de l'élaboration imaginaire de l'expérience somatique , de parties du corps , de sensations et de fonctions somatique , c'est-à-dire d'une pleine conscience physique , l'esprit s'élabore donc à partir de la partie psychique de « psyché-soma » .

2.1.2 J, Lacan (1901-1981) : (psychiatre et psychanalyste français)

Le stade de miroir est une communication faite a Zurich en 1949 par Lacan '1966, c'est un temps particulièrement important pour le psychométricien ,puisqu'il décrit l'instant ou l'enfant se met à penser son être corporel , alors même qu'il ne peut en avoir conscience de son intégrité par le biais de son équipement sensori-moteur encore immature , en se voyant regardé , dans les bras de sa mère , face au miroir ,c'est par son psychisme qu'il anticipe la globalité de son être corporel , en quelque sorte , le psychisme prend de l'avance sur l'expérience sensorimotrice , l'image du corps se différencie alors du schéma corporel d'où elle est issue .Depuis le deuxième semestre de la vie, ce développement est aussi intéressant pour comprendre les phénomènes psychosomatiques, qui se nichent entre schéma corporel (soma) et image du corps (psyché), les pathologies psychosomatiques sont des conflits qui s'expriment sur le corps, a cet âge ou le langage ne permet pas encore de s'exprimer la pensée prend naissance sur le corps ; parlé, touché, interpréter par la mère.

2.1.3 F.Dolto (1908-1988) : née marette, médecin, pédiatre et psychanalyste française

En France , parmi les psychanalystes qui sont confrontés a l'image du corps , Françoise Dolto a aussi été le plus loin s'appuyant sans doute sur le stade du miroir décrit par son ami j,lacan ; Dolto (1984) propose de définir le schéma corporel comme le médiateur organisé entre le sujet et le monde , « il est une réalité de fait ,en quelque sorte notre vivre charnel , au contact du monde physique , nos expériences de notre réalité dépendant de l'intégrité de l'organisme , ou de ses lésions transitoires ou indélébiles , neurologiques , musculaires , osseuses , et aussi de nos sensations physiologiques viscérales , circulatoires ,coenesthésiques , ainsi, le membre fantôme des amputés illustre cette organisation s'est le schéma corporel , un enfant ayant une atteinte de son schéma corporel comme une paraplegie , peut évoluer sainement avec une image du corps non infirme , son image du corps dépend de la relation émotionnelle de ses parents à sa personne , de leurs échanges humanisant . Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus et l'espèce humaine , l'image du corps par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire , l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles , c'est grâce à notre image du corps portée par-et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui, c'est dans l'image, support du narcissisme , que le temps se croise à l'espace , que le passé inconscient résonne dans la relation présente , le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience , il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate , le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace et peut-être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres , l'image du corps est toujours inconsciente , constituée de l'articulation dynamique d'une image de base , d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes ou s'exprime la tension des pulsions , l'image du corps avant l'Oedipe peut se protéger dans toute représentation ; Dolto distinguera trois formes de l'image de corps : image de base , image fonctionnelle , image érogène. (F, Dolto 1984)

2.1.4 Freud et le narcissisme :

Dans son article de 1914 intitulé «Pour une introduction au narcissisme», Freud (1969) définit successivement le narcissisme comme un amour du corps, puis comme un amour du moi, établissant ainsi une relation entre le moi et le corps : « Si nous introduisons ici notre distinction entre pulsions sexuelles et pulsions du moi, nous devons reconnaître que le sentiment d'estime de soi dépend, de façon tout à fait intime, de la libido narcissique.» Freud

note que les rapports du sujet humain à son corps subissent une transformation qualitative majeure avec l'instauration du narcissisme : dans la phase autoérotique de la petite enfance.

Toutes les parties du corps source de jouissance ; avec le passage au narcissisme, d'une part seule certaines zones sont érogènes, d'autre part le sujet humain aime son corps, il apparaît une «unité», le moi. Le mécanisme de ce qu'on pourrait appeler le passage de la jouissance du corps à l'amour du moi reste mystérieux pour Freud : «Il est nécessaire d'admettre qu'il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au moi ; le moi doit subir un développement. Mais les pulsions autoérotiques existent dès l'origine ; quelque chose, une Nouvelle action psychique, doit donc venir s'ajouter à l'autoérotisme pour donner forme au narcissisme.» (Morin. C, 2013, P43)

2.2 La notion d'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 tablent sur une motivation des gens à maintenir l'estime qu'ils ont d'eux même à un niveau élevé. 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 qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qu'il connaît. (BlochH, et all. 1999. p117)

L'estime de soi est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes. On peut dire aussi que 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).

2.3 Le corps souffrant et le point de vue psychologique :

C'est l'apport des analystes, mais il ne faut pas douter de l'importance des démarches de Piaget et Wallon. Tous les auteurs ont souligné que la connaissance du corps et la représentation de l'espace en trois dimensions sont étroitement liées, la prise de conscience de

son corps fait partie intégrante et constitutive du développement psychomoteur de l'individu, constituant ce que Winnicott appelle, en l'opposant à la dépersonnalisation, le processus de personnalisation. Il souligne bien sur le rôle privilégié de la relation mère-enfant dans ce processus.

On peut noter avec Rosolato que les images du corps sont différentes aux diverses étapes du développement affectif et qu'on peut successivement rencontrer un corps de l'oralité, dominé par la relation au sein, un corps de l'analité ou de l'échange, un corps de la période phallique, dominé par la problématique de la castration, et enfin un corps de la période œdipienne, dominé par la problématique de l'identification corporelle à chacun des deux parents.

Winnicott, note encore que la personnalisation, que l'on peut décrire comme une habitation de la psyché à l'intérieur du corps et une acceptation harmonieuse de celui-ci, dépend de l'aptitude de la mère à adjoindre son engagement affectif à l'engagement qui, à l'origine est physique et physiologique.

On arrive donc à constater, que partir de ces aperçus préliminaires, que l'image du corps, qu'on prend naïvement pour un facteur immédiate de la conscience, est en réalité une notion complexe résultant d'une intégration centrale dans la partie postérieure des hémisphères d'informations sensibles et sensorielles et d'une longue période d'échanges affectifs. (**Guy Besançon, 2016, p60-61**)

Cette notion à la fois clinique et métaphysique, elle est clinique en ce sens que la souffrance corporelle représente, dans la grande majorité des cas, le signal d'alarme par lequel le sujet est introduit dans la réflexion et la pratique médicale, « être malade est comme une notion ressentie du fonctionnement défectueux du corps », c'est le savoir médicale qui authentifie la souffrance.

Cette appellation du corps souffrant a également une tonalité métaphysique en ce sens que, dans une tradition très ancienne, la souffrance du corps a été considérée comme réparation du péché et préparation à une bonne mort. Cette dernière idée paraît imprégner de façon latente de certaines conduites médicales. Ces représentations ont été illustrées par Foucault dans « Surveiller et punir » : il y montre, à l'âge classique, la valeur réparatrice institutionnellement donnée à la souffrance physique, au sacrifice du corps, nous dit encore Rosolato . (**Guy Besançon , cité par Rosolato, G. 1971 p63**)

2.4 Les dimensions structurelles et développementales du corps :

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. A chaque stade de développement libidinal, l'être humain semble appréhender le temps et l'espace de son être au monde par la médiation d'une image caractéristique du stade en cours. L'entité image du corps serait la synthèse de trois composantes (**Dolto. F, 1984, p49**).

2.4.1 L'image de base :

Dite aussi « image de sécurité » assure au sujet la « même té d'être ». Selon F. Dolto, il y a un narcissisme primordial qui préexiste à la conception de l'individu qui devient sujet du désir de vivre. C'est ce en quoi l'enfant est un héritier symbolique du désir de ses géniteurs.

Ce narcissisme pousse le sujet à s'incarner dans un corps. L'image de base est la plus fragile. Toute menace contre son intégrité peut être ressentie comme mortelle. Parce que basale, cette image est le lieu de l'affrontement fondamental et radical des pulsions de vie contre les pulsions de mort.

2.4.2 L'image fonctionnelle :

Est la caractéristique énergétique qui porte vers l'action et qui établit des relations avec l'environnement ; elle vise l'accomplissement du désir du sujet. Avec ces modifications de l'image de base évoluent les images fonctionnelles et érogènes, et c'est ainsi qu'on peut voir l'image fonctionnelle anale, d'abord exclusivement émissive passive, évoluer en direction de l'expulsion énergétique vers les plaisirs qui l'accompagnent, pour ensuite se déplacer sur d'autres objets partiels du corps, également « expulsa blés » comme une colonne d'air pulmonaire (chant, instruments à vents, théâtre). Celle-ci, une fois les modalités de la sonorisation buccale découvertes par modification de la forme de l'ouverture orale, conduira à la lallation, la modulation de la voix et pour finir aux actes de parler et de chanter.

2.4.3 L'image érogène :

Se focalise sur le lieu où plaisir et déplaisir érotisent la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives ou réceptives, à but agréable ou désagréable

2.4.4. L'image dynamique :

L'image dynamique correspond au « désir d'être » et de persévérer dans un advenir. Ce désir, en tant que fondamentalement frappé de manque, est toujours ouvert sur l'inconnu. L'image dynamique n'a donc pas de représentation qui lui soit propre, elle est tension d'intention ; sa représentation ce serait le mot « désir », conjugué comme un verbe actif, participant et présent au sujet, en tant qu'incarnant le verbe aller, au sens d'allant désirant, accolé à chacune des trois images en communication actuelle ou potentielle avec les deux autres. L'image dynamique exprime en chacun de nous l'Étant, appelant l'Advenir : le sujet en droit de désirer, j'aimerais dire « en désirance ».

Si l'on voulait décrypter une schématisation représentative de cette image dynamique, ce serait la forme virtuelle d'un *trait pointillé qui, partant du sujet, par la médiation d'une zone érogène de son corps, irait vers l'objet* ; mais cette représentation est très approximative.

L'image dynamique correspond à une intensité d'attente de l'atteinte de l'objet, et elle apparaît indirectement dans ces images de balistique que les enfants représentent avec des fusils ou des canons, en montrant que, de ce fusil ou de ces canons, partent des petits points pour atteindre l'objet de la cible. C'est le trajet du désir doué de sens, « allant vers » un but.. **(F.Dolto, 1984, p48-49).**

2.5 Altération de l'image corporelle :

Tout individu vit simultanément dans deux corps, au sens du corps biologique et du corps psychique investi de libido et engagé dans des échanges relationnels, l'atteinte sera donc double en cas de maladie. L'image du corps peut être profondément affectée par de brusques changements physiques, qui va influencer sur le psychisme de l'individu, liés aux plusieurs Variables et Facteurs qui favorisent différentes troubles de l'image du corps.

Des variables propres à la personne, comme le sexe, l'étape du développement, les aptitudes cognitives, les maladies et évènements traumatique passés, qui sont en interaction complexe

Des variables liées à la maladie, telles qu'une difformité visible éventuelle, la douleur physique, son effet sur les fonctions intellectuelles, sexuelles, reproductives, une évolution capricieuse à l'issue incertaine....

Des variables associées au milieu, comme par exemple l'étendue du soutien social, les amis, les croyances morales et religieuses familiales, le statut socioéconomique, les Facteurs favorisant les troubles de l'image du corps, Malaisechronique, Perte d'une ou de plusieurs

parties du corps, Traumatisme grave, Atteinte mentale, maladie psychique (anorexie), obésité, Intervention chirurgicale, Changements liés à la croissance et au développement (puberté, grossesse, Ménopause, vieillissement). (Walker. A, 2009.P363-376).

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.(B. Françoise, 2007, p. 46-51).

2.6 Vivre les modifications corporelles : stigmatisation, identité :

2.6.1 La stigmatisation :

Il est difficile d'aborder la question des modifications corporelles sans évoquer les processus de stigmatisation qu'elles sont en mesure de provoquer. Les processus de stigmatisation associés aux maladies comme le cancer dépendent de plusieurs critères : les incapacités produites, la résonance symbolique de l'atteinte, l'estimation faite sur la part des responsabilités du malade dans la survenue de sa maladie, mais également le marquage corporel de la maladie. La stigmatisation peut conduire à des difficultés en termes d'insertion sociale, à une perception de soi négative, voire à une remise en cause de l'identité sociale.

Ainsi, l'alopecie induite par les traitements chimiothérapeutiques produits de stigmatisation. Les patients associent cet évènement à une perte de personnalité à une modification des interactions sociales et développent des stratégies(utilisation de perruques ou de foulards, banalisation, provocation) pour y faire face.

2.6.2 L'identité de genre :

Les modifications corporelles peuvent engendrer un remaniement identitaire. Certaines atteintes touchant à l'intimité des malades, génèrent des enjeux symboliques spécifiques. Ainsi, la question de la féminité, et plus largement celles des identités de genre, est parfois au

cœur du vécu de la situation de maladie. Ainsi, la mammectomie est des interventions qui portent atteinte directement à l'identité féminine. (Ben sousan.P.2004, p45).

2.6.3 La dépersonnalisation

C'est un syndrome clinique complexe, bien décrit par les psychiatres du 19^{ème} siècle, c'est l'altération de son sentiment d'identité, l'impression qu'a le sujet de ne plus habiter son corps, avec, en même temps, un sentiment de déréalisation, c'est-à-dire de perte de familiarité avec l'environnement. Il survient sur un fond relativement permanent de névrose psychasthénique, c'est le sentiment d'incomplétude

2.6.4. Sentiment d'altération du moi psychique :

Le patient a un vécu ineffable, c'est-à-dire qu'il a beaucoup de difficultés à traduire dans le discours. Il fait l'état de sentiment d'étrangeté, de transformation, de doute sur l'identité de soi, certains gardent la conscience de leur personnalité antérieure, d'autres pas. Ils font part d'un sentiment de vide, ils accusent des sensations de gêne, d'indécision dans l'action allant jusqu'à l'impression de perte de volonté.

2.6.5 Sentiment d'altération du moi corporel :

Le dépersonnalisé vit comme s'il était mort ou sur le point de trépasser, ressent péniblement des modifications de volume ou de limites du corps, a l'impression d'avoir une enveloppe corporelle inadaptée. La dépersonnalisation peut atteindre tout le corps, plus volontiers elle se limitera à un organe ou un groupe d'organes.

2.6.6 Sentiment de déréalisation :

Le patient ressent une impression d'étrangeté du monde extérieure qui peut porter sur les rapports à l'espace sur l'orientation. L'aperception subjective du temps est perturbée, on trouve fréquemment également des troubles de la mémoire, un sentiment déjà sentit. (Guy Besançon, 2016, p64)

2.7 Perturbation de l'image corporelle :

Nous observons une association entre les personnages méchants et une représentation corporelle déformé (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 traits 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 péjorer 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 soi 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)**

2.7.1 Épreuve du miroir et trace d'un délit sur le corps :

Après un changement corporel causé par la présence d'un corps étrange, 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).**

2.7.2 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 subvenir tout au cours du développement et même être due à la vie intra-utérine, alors que les manifestations ne se révéleront que tard.

Un être humain peut sans -avoir d'anomalies neuromusculaires ou neuro-végétative s'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 que 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, seul les besoins physiologiques étant comblés.

C'est le cas de toutes les maladies psychosomatiques, qui correspondent 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 Niaux 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 des psychanalystes 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).**

2.8 Les images du corps et leur destin : les castrations symboligènes :

En retournant sur la dimension relationnelle de l'élaboration de l'image corporelle, qui s'appuie sur les expressions d'autrui particulièrement les personnes attachées, porteuses de sens, d'avis de jugement, d'encouragement, les dires limitent, infirment, promeuvent, La parole d'un individu très cher médiatise ; donne du sens par sa parole vivante et vraie adressée à la personne, l'absence de l'objet ou la non-satisfaction d'une demande de plaisir. De cela résultera l'évolution d'une Image inconsciente du corps. « Non, c'est fini, tu ne têtes plus » ou bien encore « le sein de la mère t'est désormais interdit » Sont des termes qui, du fait de la fonction symbolique, entraîneront au moment du sevrage une mutation essentielle : on relègue au rang de désir ce qui était précédemment de l'ordre du besoin. On passe donc à une relation plus élaborée qu'on appelle la relation d'amour laquelle est ouverture à l'autre, communication de sujet à sujet, et non plus dévoration.

La parole c'est l'organisateur qui permet le croisement du schéma corporelle et l'image du corps l'image de soi est unie par la relation symbolique continue, pour que le nourrisson puisse de vivre de façon non morcelant les perceptions rencontrées. Si on dit « la castration », ce n'est pas le sens de mutilation, mais d'épreuves limitant et humanisant .en psychanalyse, les castrations renvoient aux épreuves auxquelles se heurte le désir comme interdit radical opposé à la satisfaction auparavant connue, ou interdite pour tout inceste. c'est le processus qui s'accomplit chez un être humain lorsqu'un autre lui signifie que l'accomplissement de son désir sous la forme qu'il voulait lui donner est interdit par la loi . L'enfant comme adulte est marqué par cette loi la même pour tous. Le fruit de la castration par le renoncement aux actes interdits à un effet humanisant, qui inscrit le petit humain dans l'univers symbolique. Cette loi est promotionnant du sujet pour son agir dans la communauté.

Dolto qualifie ces épreuves de symbolisées, dans la mesure où elles ouvrent des possibilités de métaphorisation et de sublimation des pulsions. Le passage de la frustration à la conquête d'une situation meilleure est source de représentations symboliques, elle précise que les castrations symboligènes ne sont opérationnelles que si elles sont reçues à temps et non à contretemps .chaque castration est un passage nécessaire pour pouvoir aborder le stade suivant.(Dolto.francoise, 1984,)

2.8.1 La maturation de l'image corporelle :

Se fait grâce aux castrations successives:

a. La castration ombilicale : (fin de la vie fœtale et naissance) qui permet le fondement du narcissisme primordial ;

b. La castration orale : (sevrage ou interdit de téter) est la possibilité d'accéder au langage,

c. Le fruit de la castration anal :

(fin de l'assistance maternelle) qui permet l'accès aux interdits de nuire à soi et aux autres, à la l'autonomie et la socialisation,

d. La castration génitale primaire : qui entraîne la différence des sexes,

e. La castration génitale œdipienne: qui pose l'interdit de l'inceste. Ici l'image du corps du sujet change, elle est consciemment celle qui doit s'accorder dans la réalité à un corps qui sera celui d'un homme ou d'une femme et on parle d'entrée dans le narcissisme secondaire. (Paquis, 2008.P.07).

2.9 Quatre techniques pour travailler la mémoire corporelle :

Plusieurs techniques existent pour aider notre corps à se débarrasser de certains ressentis il s'agit entre autres de :

2.9.1 La relaxation guidée :

Elle prend en compte plusieurs méthodes de détente physique et mentale, le but est de pouvoir libérer son esprit pour pouvoir accéder facilement à ce qui crée un blocage émotionnel chez vous, il s'agit de : méditation, pleine conscience, visualisation guidée, massages et bien d'autres.

2.9.2 Les gymnastiques globales :

Cette méthode permet de libérer les tensions physique afin de résoudre les blocages psychiques par la même occasion, il s'agit principalement de travailler en conscience sur les postures, les gestes et les attitudes à travers les danses-thérapies par exemple

2.9.3 La verbalisation :

Pour libérer de ses émotions, il faut simuler sa mémoire corporelle à travers les jeux de mots, cela consiste à mettre la lumière sur certains vécus difficile à faire immerger par analyse, cette technique aussi de modifier le rapport au corps.

2.9.4 Le massage psychologique :

Grâce à cette technique on établit le lien entre les symptômes et le psychisme afin de libérer certains blocages émotionnels inscrits dans la mémoire du corps, elle consiste à travailler suivant un procédé précis et en profondeur les fascias ; fine membranes qui enveloppent muscles et organes. (Venise. M, 2012, p20)

2.10 La prise en charge du trouble de l'image du corps :

En premier lieu, il convient de pouvoir identifier l'atteinte au niveau corporel, avec ses répercussions au niveau fonctionnel et des performances et les conséquences sur l'identité personnelle.

Dans un second temps, les émotions ressenties face aux modifications corporelles seront évaluées telles que les sentiments de colère, de tristesse, de frustration et de culpabilité. Reconnaître la perte et donner la possibilité au patient d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles et lui permettre l'élaboration et la mise en mots pour ne pas rester aliéné au cancer et à la mutilation.

En troisième lieu, identifier un trouble psychiatrique associé tel qu'un épisode dépressif majeur, un trouble de l'adaptation, un trouble phobique ou l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique. Autant que faire se peut, il conviendra face à un patient fragilisé sur le plan narcissique de toujours préserver son intimité et la valeur de son estime de soi. Accepter avec le patient les modifications fonctionnelles et structurelles du corps et lui permettre de se réapproprier son corps fera partie des objectifs principaux de cette prise en charge. Pour ce faire, des encouragements réalistes, l'aide au toucher et à la visualisation de la zone corporelle modifiée, la recherche de solutions anticipatoires par rapport aux modifications attendues comme le port de prothèses capillaires va contribuer à l'aider à mieux appréhender ce nouveau corps. (Charlezs.C. & Dauchey .2011.p6)

2.1.1. La construction de l'image corporelle à travers le Rorschach :

Il est bien évident que les tests projectifs vont 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 induisant le sujet à prendre son propre corps comme références : 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 sollicita tant la projection , le sujet va donc prendre position dans l'espace et donner corps à sa réponse .

L'image du corps va se refléter dans la qualité formelle des réponses (formes bien délimitées, mal délimitée sous floues) et encore dans les propriétés formelle des réponses dur, ouvert, cassé, etc). On pourrait dire que le corps de la réponse du sujet va porter l'empreinte de ce qu'il y'a de plus corporel dans l'appareil psychique, c'est-à-dire le moi. (**Sanglade .A. 1983, p29**).

Le Rorschach test 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.1) ou comme atteint est mutilé « un papillon qui a les ailes déchiquetées » , « une boîte de conserve tout cabossée » (Pl.4) . 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 du chapitre :**

Pour conclure, L'image corporelle est comme une façon dont le sujet perçoit son propre corps et le former dans son esprit, et puis à travers des expériences de la vie cette image se perturbe, par conséquent des atteintes. Il ne faut pas négliger le psychique en appuyant sur le physique, 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.

Cadre Pratique

Chapitre 3 : méthodologie de la recherche

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons aborder les différentes étapes que nous avons suivies durant notre recherche portant sur l'image du corps chez les patients atteints du cancer du visage.

Dans ce chapitre, nous allons aborder les stratégies de la méthodologie de la recherche, faire une description du lieu de recherche, une présentation du groupe de recherche, des outils utilisés, notamment le Test du Rorschach qui nous permet d'évaluer l'image du corps perturbé par le cancer et ses traitements.

Section 01 : La démarche méthodologique

1.1. La méthode de recherche :

Dans notre recherche nous avons opté pour « **la méthode clinique** ». Pour Lagache et Anzieu, elle est applicable à l'homme isolément qu'il ait des conduites normales ou pathologiques. La psychologie clinique individuelle est l'étude de la conduite humaine, qu'elle soit adaptée ou inadaptée. D'après Bourguignon, elle s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (**R. Tissot, 2000, P.102**)

La méthode clinique s'appuie donc sur l'observation directe du patient, permet tant d'objectiver un certain nombre de traits rassemblés en tableaux et agencés de telle sorte que la phénoménologie se transforme en présentation sensée, ordonnée. La méthode consiste sur ce point à donner une cohérence à la diversité des éléments issus de l'observation, elle permet d'établir un diagnostic et d'indiquer des voies de traitements. (**Lonescu S. cité par Marty François, 2009,p.55**).

1.2 La pré-enquête :

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (**Chauchat H., 1990, p.19**).

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau du **CHU Frantz Fanon** de Bejaia, au service **ORL**, pour mieux cerner notre thème de recherche. En premier lieu, nous avons contacté le président et la psychologue de l'association des cancéreux, qui nous ont orientés vers le CHU de Bejaia Frantz Fanon au service ORL, où nous avons rencontré le chef de service à qui nous avons exposé l'objectif de notre recherche, nous avons demandé à un Maître-assistant en ORL et chirurgie maxillo-faciale de nous mettre en contact avec quelques patients pour un entretien. Il a demandé à l'assistante médicale principale de convoquer les patients par téléphone et de prendre un RDV avec eux.

Le but de cette pré-enquête est de nous assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, et la possibilité d'obtenir le consentement des patients pour constituer notre groupe de recherche

1.3. L'étude de cas :

Pour Huber, La psychologie clinique est fondée sur l'étude approfondie de cas individuels, son objet est l'étude de la conduite humaine incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement. Cette étude concerne à la fois la clinique du sujet et celle du social, vise non seulement à donner 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 la genèse de ses problèmes (**Pedinielli J.L., 2005, p.64**).

Ainsi, Revault a insisté sur la notion histoire de vie ; l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés, De ce fait , elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégager des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique(**Revault d'Allonnes, 1989**).

« C'est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi-dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs» (**Gauthier, 2009, pp.199-200**)

1.4 Présentation du lieu de recherche :

Notre recherche s'est déroulée au service Maxillo-facial du Centre Hospitalier Universitaire Frantz-Fanon fondé en 1896. Ce service est constitué d'une salle de consultation et de deux unités: Service femmes et service hommes.

1.4.1 Service femmes:

Il ya un total de trois chambres et huit lits. Les deux premières chambres ont chacune trois lits.et la troisième à deux lits. Juste à l'entrée, on retrouve le bureau de l'assistante médicale principale, une salle de soin, une cuisine.

1.4.2 Service hommes:

Il y a un total de trois chambres et de huit lits. Les deux premières chambres ont chacune trois lits, et la troisième à deux lits. Au fond, une salle réservée pour les résidents.

1.4.3 Le personnel :

- a. Aides-soignants : 02
- b. Infirmière diplômée d'état : 01
- c. Infirmière de santé publique : 02
- d. Infirmiers principaux : 01
- e. Assistante médicale principale : 01
- f. Orthophonistes : 03
- g. Médecins : 01 professeur, 02 maitres assistants, 01 assistant, 01 généraliste et 04 résidents.

1.5. Présentation de l'échantillon d'étude :

1.5.1. L'échantillon de l'étude :

Notre travail de recherche a concerné l'image du corps chez les patients atteints de cancer du visage, hospitalisés au niveau du service Maxillo-facial du CHU Frantz-Fanon de Bejaia.

Notre groupe de recherche est composé de deux 2 patients qui ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- a. Il s'agit de personnes atteintes d'un cancer du visage
- b. Des patients de différents âges et situations

1.5.2 Caractéristiques du groupe de recherche :

Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale	Famille vivant avec	Niveau d'instruction
Massi	25 ans		Célibataire	Ses parents	étudiant
Farida	39 ans	Coiffeuse	Mariée	son époux et sa fille	3ème Année secondaire

1.6. Les techniques utilisées :

Nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivantes : l'entretien clinique qui nous permet d'avoir des informations personnelles concernant l'état psychologique et l'environnement familial et social et le test projectif afin de comprendre notamment la perception du patient de son corps.

1.6.1. L'entretien clinique :

Au sens commun, s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique, l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs Individus (**Poussin G., 2012, P.112**).

C'est un outil privilégié de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole dans une adresse à un clinicien. Il est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives ; histoire de vie, représentations, sentiments, expérience, témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet, sa spécificité réside dans l'établissement d'une relation asymétrique où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction ; c'est un professionnel et par sa position durant l'échange, cette position différencie radicalement l'entretien clinique des autres types d'échanges possibles entre deux personnes comme en autres, la conversation interrogatoire ou la confession (**Chiland. C.,1989,P.20**).

En effet, il permet de recueillir les informations recherchées en étudiant les faits dont la parole est le vecteur principal. Il est clair que le langage est un objet privilégié de l'observation car il véhicule du sens. Il transmet aussi du *sens latent, inconscient* vers lequel va s'orienter beaucoup plus l'observation clinique (**Ciccione A.,1998,p.57**).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche, souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique, et jugé comme l'outil le plus adéquat à notre travail et sa thématique. « Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à

l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande » (Chahraoui Kh. & Bénony H., 2003, pp.141-142)

1.6.2 L'entretien semi-directif :

Pour en revenir à notre entretien de recherche, il s'agit d'un entretien semi-directif. Dans ce type d'entretien, la parole de la personne est commandée et délimitée par des réponses à donner, parfois des consignes à respecter et, dans ce cadre contraignant pour les deux locuteurs, « l'écoute » orientée par les informations que le chercheur veut recueillir dans le but, préétabli, de sa recherche (Douville & Jacobi, 2009, p.102).

1.6.3 Le guide d'entretien :

Est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel l'enquêteur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, éventuellement sous forme de questions ouvertes. Le guide reprend les thèmes généraux à couvrir, des questions générales, des sous-questions plus précises, des pistes de relance et des exemples de réponses attendues, afin de vérifier qu'il y'a bien une réponse à toutes les questions au cas où l'entretien dépasse le contenu strict du guide, chaque thème doit correspondre à un objectif de connaissance ou de compréhension bien précis. Le guide n'est pas rigide : l'ordre des thèmes à aborder, n'a pas d'importance, pour autant qu'ils soient tous abordés à la fin. A nouveau, si l'enquête est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avèreront très utiles pour l'analyse. Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un de ses fondements (Gallon E., 2012, p.181).

1.6.4 Déroulement de l'entretien :

Durant notre recherche , on a utilisé l'entretien clinique semi-directif qui comporte un guide d'entretien de (3) 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, nous avons demandé si on pouvait inscrire et enregistrer leur réponses, nos patients ont accepté, notre demande a été formulée Français et en kabyle :

« *Syp, nous avonscertaines questions qu'on veut vous poser si vous pouvez nous répondre »*

« *Nes3a Kra iseksayen, ma zemeram aghd jawevet »*

Notre guide d'entretien est composé de quatre axes, chaque axe est composé de questions principales en relation directe avec notre thème de recherche qui sont les suivantes :

Axe N°01 : informations personnelles

- Age
- sexe féminin, masculin
- niveau d'instruction
- situation familiale

Axe N° 02 : Renseignements sur l'état de santé du patient

- Pouvez-vous nous dire depuis quand vous êtes malade et quels sont les premiers symptômes?
- Pouvez-vous nous dire si quelqu'un de votre famille est atteint de cette maladie ?
- Comment s'est déroulée votre première consultation ?
- Souffrez-vous d'autres maladies ? et avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?
- Avez-vous des traitements à suivre ? comment vous vivez en les suivant ?

Axe N° 03 : Renseignements sur l'image du corps

- Pouvez-vous nous dire si vous arrivez à accepter cette maladie ?
- Quelle image corporelle personnelle avez-vous sur vous actuellement ? évitez-vous les gens ces derniers temps ?
- Pensez-vous que votre corps a changé ? si, oui, êtes-vous inquiet (e) de ce changement ?
- Est-ce que les consultations thérapeutiques ont changé vos pensées à propos de votre corps ?

Axe N° 04 : Renseignements sur le soutien familial et social

- Quelle était la réaction de votre famille à la découverte de la maladie ? et leur soutien vous aide-t-il à faire face à la maladie ?
- Qui vous accompagne pendant vos soins médicaux et vous encourage à les suivre ?
- Y a-t-il un changement relationnel dans votre vie ? cette maladie influence-t-elle votre travail ?

1.6.5. L'observation clinique :

C'est d'abord regarder et considérer avec soin un ensemble de phénomènes sans volonté de les modifier, cette manière de regarder est intuitive, naïve , le clinicien regarde d'abord spontanément sans penser , sans réfléchir , pour ensuite , passer du « regarder » , « voir » ce n'est qu'après avoir longuement regardé (observation), que l'on peut dire que l'on voit (interprétation). Elle consiste à relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs et significatifs. (**Pedinielli JL., Fernandez L. 2015, p.22**)

Section 02 : le test projectif du Rorschach :

2.1 Définition du test de Rorschach :

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affectif. Ainsi, c'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 (Bernaud J.L. , 1998,P.87) .

2.2 Histoire du test de Rorschach :

Le Rorschach est publié 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. L'auteur conçoit de nombreuses taches puis sélectionna, celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dits « normaux ». Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensives et les personnalités introverties (J.L. Bernaud, 1998, p.87).

Le test de 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 en psychopathologie, sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement confirmées et précisées (C. Chabert, 2004, p.47).

2.3 .Le matériel du test de Rorschach :

Le test de Rorschach se présente sous forme de dix planches chacune représentant une tache d'encre symétrique et plus ou moins complexe (Bernaud, J.L., 1998, p.33).

Au plan de la couleur, certaines sont noires ou marquées par des nuances de gris plus ou moins contrastées (planche 01, planche 04, planche 05, planche 07). D'autres sont noires et rouges, les planches (02, 03) et d'autres de couleur pastel (08, 06,10).

Nina Rausch de Traubenberg insiste sur le fait que le caractère symétrique du matériel organisé autour d'une bilatéralité plus ou moins exprimée mais en tous les cas imparfaits, ainsi chacune des planches peut-elle considérée au delà de la sollicitation manifeste qu'elle

présente à partir de la sollicitation qui sous –tend la rencontre avec le sujet (**Roman, 2006, P.88**)

2.4. La description des planches de Rorschach :

- **Planche I** : Planche d'entrée elle nous montre le modèle d'investigation des objets dans les nouvelles situations. Réponse Banale : animal avec deux ailes 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 renvoie à 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 renvoie à la problématique fétiche et œdipienne : différenciation sexuelle.
- **Planche VII** : Planche maternelle, relation mère -enfant
- **Planche VIII** : Tonalité affective, monde extérieur social.
- **Planche IX** : Tonalité affective, unité corporelle.
- **Planche X** : Angoisse de morcèlement.

2.5. Passation du test de 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 (**B.Jean-Luc, 1998, p.87**).

2.5.1. 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 essaierez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autres idées »

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

2.5.2. 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.

2.5.3. Le troisième temps :

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

2.5.4. La consigne du test de Rorschach :

La passation du Rorschach doit se faire dans des bonnes conditions, et l'examiné doit se mettre devant l'examineur sur son côté gauche, pour faciliter l'observation des comportements du 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 propose différentes versions, tantôt courtes. Catherine Chabert a proposé une formule similaire remettant à l'avant-plan de la tâche 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 ».(**Chabert C.,2007, P.15**)

2.6. Les principes élémentaires de cotation des protocoles de Rorschach :

C'est la codification des réponses données 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 :

- a. **La localisation** : c'est-à-dire la partie de la planche sur laquelle porte la réponse.
- b. **Le déterminant** : c'est-à-dire la source de la réponse, le facteur déclenchant : la forme, le mouvement, la couleur.
- c. **Le contenu** : c'est-à-dire les images évoquées : contenus humains, animaux, objets, plantes.
- d. **La localisation** : C'est la partie de la tâche concernée par la réponse, qui compose ; les réponses globales(**G**), les réponses grands 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, p.63).
 - **Les réponses grands détails(**D**)** :Ce sont « des réponses qui s'attachent à une localisation partielle de la planche dans ses découpes les plus fréquemment utilisées par une population donnée,...les « **D** » reprennent les découpes les plus prégnantes perceptivement qui sont souvent plus grandes » (Chabert, 1983, p.117).
 - **Les réponses petits détails (**Dd**)** : Ce sont « des réponses portant sur des découpes plus rares, soit plus petites soit bizarres dans leur délimitation » (Chabert, 1983, p.94). Elle désigne « les réponses portant sur les lacunes inter musculaires ou extra musculaires, le sujet opérant ainsi une inversion figure /fond (Chabert C., 1983, p.125)
 - **Les réponses de détails oligophrénies(**Do**)** : Elles désignent « des éléments traités isolément, dans un contenu partiel alors qu'habituellement il fait implicitement partie d'un tout, soit pour les réponses grands détails(**D**) ou pour les réponses globales ex :planche 03 tête de l'homme dans le(**D**) noir supérieur alors qu'habituellement le personnage entier vu en(**G**) » (Traubenberg N.R, 1981, p.64).

E. Le déterminant :

Renvoie à ce qui détermine la réponse du sujet : 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 types, introversif, extratensif, ambéiquel (**Traubenberg N.R, 1981, p.65**).

F. Le contenu :

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : réponses animales (**A, Ad**, les plus fréquentes), humaines (**H, Hd**) anatomique, sexuelle, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographiques, 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 (**Traubenberg N.R, 1981, p.66**).

G. Les facteurs additionnels :

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

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

H. Le psychogramme :

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

I. 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 côté de la démarche classique de cotation, toujours très appliquée, est apparue une méthode baptisée synthèse synthétique proposée par (Exner Saziouk, 1991, Wiener, 1996), le système d'Exner s'est imposé très vite

comme une méthode palliant au reproche que l'on attribuait fréquemment au Rorschach (ambiguïté de la cotation, fidélité et validité limitées).

Ainsi, la fidélité inter-évaluation est estimée à 85% avec le système Exonder, ce qui est considéré comme très élevé. Dans son modèle, Exner propose de limiter les réponses à cinq par planche et prend en compte huit qui se recoupent partiellement avec la cotation classique : localisation, déterminant, qualité formelle, contenus, réponses populaires, processus organisateur, scores spéciaux et identification chiffrée (Chahraoui Kh. & Bénony H., p.35).

2.7. L'analyse des outils d'investigation :

2.7.1 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.

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

L'analyse de l'épreuve de Rorschach est faite après la lecture et la cotation de chacun des deux protocoles, pour ce faire, nous avons utilisé «le livret de cotation des formes dans le Rorschach» (Beizmann C., 1966).

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

Nous avons effectué la passation de l'entretien et de l'épreuve de Rorschach au niveau d'un bureau à l'hôpital Frantz-fanon, nous nous sommes présentées au sujet comme des étudiants de fin de cycle, en psychologie clinique et notre objectif consiste en la recherche, mais pas dans le domaine de la thérapie.

2.8.1. Le déroulement de l'épreuve de Rorschach

Nous avons utilisé la consigne de Rorschach selon Chabert C., dans les deux langues: Français, Kabyle.

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

«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 est passé à l'étape de l'enquête, on a utilisé la consigne de cette manière :

« Maintenant, je vais vous redonner les planches, et dites moi où est-ce que vous avez vu ce que vous m'avez donné comme réponse, est ce que c'est la forme ou la couleur si vous avez une nouvelle réponse n'hésitez pas à me faire part »

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

2.8.2. 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 recombinaison descriptive est fréquente, aboutissant petit à petit à l'image entière. Cette recombinaison du corps entier peut être visible, surtout à la planche(4) à partir des pieds ou dans les silhouettes noires de la planche (3) à partir de la tête. A la planche (4) 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 »

• Synthèse du chapitre

Dans ce chapitre méthodologique et en vue d'une bonne organisation de notre recherche, nous avons présenté le lieu de notre recherche, la méthode suivie et les techniques de collecte de données qui sont le test projectif Rorschach et l'entretien. Nous avons présenté aussi les spécificités de ces deux outils qui nous permettent de constater la tenue du corps de chaque cas, et son image corporelle.

Chapitre 4 : Présentation des cas et analyse des résultats

Préambule

Dans ce chapitre nous avons procédé à une analyse et interprétation des données de l'entretien et des résultats obtenus au test d'évaluation de l'image corporelle.

1. présentation et analyse des résultats

1.1. Présentation du cas de Farida

Farida est âgée de 39 ans, mariée, niveau d'étude 3ème année secondaire, elle a une fille de 3 ans atteinte de trisomie 21, elle est atteinte du diabète depuis l'âge de 17 ans, auparavant elle travaillait comme coiffeuse, souffre d'un carcinome épidermoïde au niveau de la gencive depuis 1 année.

Axe 1 : informations sur l'état de santé actuel et précédent

Notre entretien avec Farida s'est déroulé après son contrôle médical. Lors de cette rencontre, nous découvrons une femme dynamique souriante et d'accueil chaleureux, un climat de confiance et de coopération s'est installé, le discours de notre patiente était chargé d'émotion tout au long de cet entretien.

Farida a eu un abcès au niveau de la gencive à la fin de l'année 2018, elle se soigne plusieurs fois chez un dentiste en suivant des traitements mais sans résultat, son dentiste l'a envoyé faire une radiothérapie, puis elle a été orientée vers une polyclinique voir un autre docteur pour lui montrer sa radio, cette dernière lui a prescrit des médicaments en disant : « non rien de grave , juste un abcès », elle lui demande de refaire une autre radiothérapie et une « imagerie cervicale », après 8 jours, elle lui dit : « non juste un abcès, mais je dois vous faire une intervention à cause d'extension de la plaie », l'intervention chirurgicale a eu lieu le 26 /03/2019, Farida a demandé au docteur de faire une biopsie, mais le médecin lui répond : « non ce n'est pas la peine, ce n'est qu'un bout de graisse » .

Au bout de 20 jours, Farida constate un gonflement de la gencive, et les traitements suivis s'avèrent inefficaces, le scanner révèle le secret du gonflement, de ce fait, son médecin a envoyé un échantillon pour la biopsie au niveau de l'hôpital Frantz-fanon, qui a révélé que la tumeur s'est propagée dans sa gencive. Farida est hospitalisée le 21/07/2019 afin de faire une intervention chirurgicale, elle a attendu 10 heures dans le bloc opératoire avant de la subir enfin le 23/07/2019 en présence de deux 2 psychologues, après l'opération, le médecin lui pose une prothèse et l'envoie pour faire 28 séances de radiothérapie à Sétif.

Après 45 jours, la maladie a réapparu en s'aggravant de plus en plus, le médecin lui demande de refaire un scanner, qui révélera que la tumeur est toujours là, il décide alors de l'envoyer à Sétif pour faire encore des séances de radiothérapie, mais à Sétif, on lui refuse la radiothérapie étant donné qu'elle a déjà eu 28 séances, en demandant de faire des chimiothérapies, après la 2ème séance ou la 3ème séance de chimiothérapie, elle refait son intervention chirurgicale.

Ces derniers temps, Farida a fait des contrôles et des bilans médicaux, pour voir les développements de son état de santé, son médecin lui a expliqué le compte rendu du 1er bilan qui concerne « TDM cervico-faciale » et d'un autre bilan « TDM faciale » : statut postopératoire d'un carcinome épidermoïde de la muqueuse labiale opéré à 2 reprises avec des cures de chimiothérapie et radiothérapie : l'examen du jour est objectif accompagné par des résultats spécifiques : extériorisation de la langue, Le maxillaire supérieur est d'aspect normal, Les axes vasculaires sont perméables et de calibre normal sans sténose ni thrombose, Absence d'anomalie .

Axe 2 : informations sur l'image du corps chez Farida :

Durant l'entretien, elle s'est montrée stressée, fatiguée, à cause d'une perte d'appétit et d'une insomnie, elle dit : *« je me sens stressée avant de passer mes radiothérapies, mais elles se sont bien passées, malgré la fatigue qui m'arrive à la fin mais les infirmiers et les médecins sont gentils, à la salle d'attente y'a des gens qui me regardent mais leurs regards ne m'intéresse pas »*

Après son opération, elle ne peut pas regarder son corps, elle dit *« j'ai trop maigri, mes vêtements sont tous larges, mon visage est déformé, il n'est pas comme avant »* elle a peur de se mettre devant un miroir.

Mais elle dit aussi *« je me fais du courage, je prends en considération le regard des autres à l'extérieur, je sors avec ma sœur, c'est tout »*

Elle a révélé avoir eu du mal à supporter son changement physique au début, mais avec le temps elle a été obligée d'accepter son malheur, elle a confirmé que son corps a complètement changé mais, malgré ça, elle se voit comme une personne normale.

Axe 3 : informations sur le soutien familial et social :

Durant l'entretien, Farida a arrêté de parler de sa maladie et de ses soins, et s'est empressée pour parler de son entourage et sa famille, qu'elle a eu une bonne relation avec eux et, qui n'a pas changé après sa maladie.

Son époux est resté toujours le même, et devenu une très bonne source d'aide et de soutien pour elle, elle avait les larmes aux yeux en nous disant ça. Il était tout pour elle, l'homme que chaque femme rêverait d'avoir. Sa famille (sa mère et sa sœur) l'encourage au cours de ses traitements, l'a accompagnée pour faire ses chimiothérapies, mais elle déclare « *j'ai vraiment souffert des nausées pendant mes chimio, je n'arrive pas à manger et je regarde beaucoup ma mâchoire, mes dents, ma bouche* »

Quant à l'expérience qu'elle retire de sa maladie, elle nous a dit : « je veux juste guérir et revenir aux cotés de mon mari et ma fille, et aussi cette maladie m'a beaucoup appris sur le courage, la résistance et faire face à la maladie », à propos de l'avenir, elle souhaite avoir une vie stable et tranquille avec sa famille.

- **Synthèse du cas**

Ce qu'on peut conclure de l'analyse de ce cas, c'est que Farida a eu une peur comme tous les patients qui ont subi cette maladie, et son regard envers son corps a beaucoup changé, mais avec le temps elle a pu se remettre de cette maladie grâce à son mari et sa famille. On a remarqué qu'elle était à l'aise en nous parlant de sa maladie.

Tableau N° 04 : protocole des résultats de Mme Farida

planche	Temps Latent	Texte	Enquête	Cotation
1	2''	Regarde, là je vois deux mains ouvertes 30''	Saillies médianes supérieures et mamelons centraux (D1)	DF+HD
2	4''	Je vois deux ours 1min	Les deux parties latérales noires (D1)	DF+A ban
3	10''	La c'est deux êtres humains Je vois un papillon 53''	Les deux parties noires latérales (D1) rouge médian (D3)	GF+Hban DF+A ban
4	7''	Elle est inquiétante cette planche 31''	Toute la planche (G)	GglobF+Abstr
5	5''	C'est une chauvesouris à deux têtes 1min	Toute la planche (G)	GF+A ban DF-A
6	3''	C'est comme un chat qui a deux ailles 30''	Partie Supérieure (D3)	DF+A
7	30 ''	Je vois deux lapins l'un face à l'autre 1min	1 ^{er} et 2ème tiers (D2)	DF+A ban
8	10''	Je vois deux chiens à 4 pattes Je vois un terrain D'arbre 1min30	Partie rose latérale (D1) Gris et bleu (1er et 2 ème) D8	DCF pay

9	10''	Je vois une colonne vertébrale c'est tout. 31''	Grand axe médian (D5)	DF+Anat.
10	40''	Je vois des reins C'est des dents 1min30	Rose latérale (D9) Bleu médian (D-)	DF-Anat DF-Hd

- **Épreuve du choix :**

- **Choix + : Planche III :** « ici c'est du rouge j'aime cette couleur »
- **Choix - : Planche v :** « ça me fait peur c'est horrible »
- **Planche X :** « est -ce-que cela ne ressemble pas à quelque chose ? »

- **Tableau N°03: l'analyse quantitative des résultats de Farida**

Le psychogramme du cas Farida

Mode D'appréhension	déterminant	Contenus	Syntheses
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	R : 13 Tps. Total :8' Tps /Réponse :52'' Tps. L.M :22'' F%:85% FF-%:19% A%: 38% H%:8 % Hd%:8% Cf:8% TRI =0k/1c FC=0Kan/0E RC=38% F%= 84%+%:81%

- **L'impression general :**

Farida nous a donné 13 réponses, dans un temps total qui est de 9 minutes, le temps par réponse est de 52 secondes, et le temps de latence moyen est de 22 secondes. D'après ces données, on constate que Farida nous a donné des réponses rapides, avec un langage simple et clair, elle nomme seulement, sans essayer de nous décrire tout ce qu'elle remarque.

- **Les modes d'appréhension :**

On remarque que les réponses globales (G=23.07%) données par Farida sont dans la norme (20à 23%), d'une qualité positive (GF+) ex : la planche V elle 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 Farida 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 :**

On remarque que Farida 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 Farida soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

- **L'image du corps du Rorschach :**

La réponse de madame 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'elle est touchée 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.

- **Conclusion du cas Farida :**

Durant l'entretien, Farida était souriante. Cependant, sa maladie lui a causé un état de fatigue, elle a aussi une image négative de son corps, et une faible estime de soi.

En ce qui concerne les résultats du test projectif du Rorschach, nous pouvons dire que Farida présente une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses, car elle n'arrive pas à accepter son nouveau corps qui est altéré. Ainsi, elle se caractérise par un contrôle rigide qui

n'a pas permis l'apparition de la vie affective comme elle révèle un problème de sexualité et une image du corps confuse.

1.2. Présentation du cas de Massi :

Massi est un jeune homme âgé de 24 ans, célibataire, cadet de 2 frères, Étudiant, atteint d'un cancer de mélanome depuis 2018.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé actuel et précédent:

Avant de commencer l'entretien, nous avons remarqué que Massi était un peu fatigué, pensif, visage pâle, mais il répondait à nos questions. Massi n'avait aucun antécédent pathologique particulier, il est parti consulter dans un établissement hospitalier privé en Aout 2018 pour apparition, depuis une année de deux tuméfactions, celle située au niveau sous angulo-maxillaire droite en regard de la loge sous maxillaire évoluant depuis 06 mois. Ces deux tuméfactions étaient au début des petites masses puis ayant augmentées de volume jusqu'à atteindre la taille actuelle.

Notre sujet a consulté au niveau du même établissement privé à l'âge de 23 ans le 11/08/2018 pour apparition d'une tuméfaction pré-auriculaire droite évoluant depuis une année qui n'a pas motivé le patient à consulter un médecin, donc une négligence flagrante de sa part, puis apparition d'une deuxième tuméfaction plus importante en volume au niveau sous angulo-maxillaire droite en regard de la loge sous maxillaire correspondante qui augmentant progressivement de volume et qui a nécessité plusieurs traitements médicaux, mais sans amélioration notable. Ce qui a motivé son orientation vers une consultation O.R.L par son médecin traitant.

Pour les antécédents personnels, notion d'ablation d'un grain de beauté de localisation medio frontale sous anesthésie locale pendant les vacances d'été en 2012 en Égypte par un médecin privé. Pas de notion d'hospitalisation auparavant. Pas de notion de prise médicamenteuse pour une quelconque maladie. Et pour les antécédents familiaux, un frère diabétique.

Axe 2 : Informations sur l'image corporelle du patient :

D'après Massi, lorsqu'il regarde son corps dans un miroir, ou bien lors de la douche, il ne se sent pas bien. « *Lorsque je suis dans la salle de bains je n'arrive pas à me regarder dans le miroir, je ne me sens pas bien* ». Massi n'a pas l'impression que l'autre s'intéresse à sa

maladie, à sa peine et à son changement, il dit que chacun s'occupe de ses soucis, même s'il exprime cette peine, personne ne le comprend.

J'ai eu des refus de visa et c'est ce qui m'a démotivé, par la suite, je suis parti au Maroc plusieurs fois pour faire 5 doses d'immunothérapie, après l'arrivée du Corona virus tout est arrêté, j'étais très perturbé mon visage était gonflé, il me faisait mal et ne me laissait pas dormir, le soir, je dors avec des calmants, je prends des somnifères, je ne fais qu'attendre, je compte les jours, c'est devenu une routine et moralement, je change des fois je me sens bien, des fois non, je ne me regarde pas dans le miroir, je ne parle à personne, je marche tout seul dans la rue, je sors presque que le soir avant le confinement, j'évite de sortir à cause de mon visage qui est gonflé, ça me stresse et me complexe, avec l'arrivée du virus, je porte la bavette et elle cache un peu le côté gonflé donc, c'est une solution, je n'arrive pas à penser à autre chose, j'ai pas envie de faire des limites ou barrières sur ce que j'ai envie de faire.

L'image du corps se manifeste chez Massi par des symptômes, du stress, la manière de regarder son corps *« ça me stresse ce côté gonflé je ne peux pas sortir comme ça sans bavette »*.

Axe 3 : Renseignements sur le soutien familial et social :

Au début de la maladie, Massi dit *« j'étais très stressé, j'étais insomniaque, je ne dors pas le soir, heureusement que ma mère était là, elle m'a soutenue, elle m'a donnée des informations et des explications à propos de ma maladie j'étais un peu confiant, j'ai bloqué une année d'étude, ce n'était pas facile pour moi car j'ai l'habitude d'étudier. A propos de mon cancer, je n'ai parlé à personne sauf à ma famille proche par contre, mes amis y'a ceux qui me posent des questions, je leur dit que c'est juste ma dent qui est gonflé, je raconte à personne sur ce que je ressens, la routine m'a ennuyée. »*. Il rajoute : *« Mon but dans ma vie pour l'instant c'est juste avoir le visa et aller me soigner ensuite le reste ça viendra, je ne peux pas penser à autre chose qu'à ma maladie, ma tête est limité, mon âge avance et j'ai rien fait je veux juste trouver un moyen de me sauver »*.

• Synthèse :

Finalement, on peut tirer de cette analyse précédente, que Mr Massi est stressé à propos de son cas de santé actuel, car il voit que son corps est changé et difformé, et il pense que personne ne comprend sa peine, et il se sent gêné par leurs regards.

Tableau N°04 : protocole des résultats de Mr Massi

Planche	Temps latent	Texte	Enquête	Cotation
01	11''	1-Un masque 2-Souris, c'est papillon 24''	-C'est une sorte de masque	-GF+Obj -GF+A (Ban)
02	3''	3-Je vois deux garçons qui hissent leurs mains 35''	-Deux garçons qui lèvent leurs mains -C'est une statue (rep add=GF+Arch=	-GKH
03	6''	4-deux filles qui prennent une marmite de couscous 24''	-deux femmes africaines qui cuisinent -deux femmes préparent un plat dans une marmite	GKH(Ban)
04	5''	5- je vois un homme qui conduit une motocyclette 27''	-c'est un homme qui conduit une moto (Toute la planche)	-GKH
05	14''	6-je vois une chauve souris 32''	Une sorte de chauve souris, sa tête, ses pieds, ses ailes	GF+A(Ban)
06	10''	7-la tête d'un Dinosaur 28''	-comme la peau d'un animal	GF+-A
07	5''	8-deux petits éléphants 9- unestatue 52''	-deux petits éléphants	DF+A GF+-Arch.
08	2''	10-deux tigres qui attaquent un bateau 34''	-deux tigres qui sautent sur un bateau -au milieu c'est un bateau ancien (Rep add=DF+obj)	-Dkan A

09	36''	11-peut être une carte géographique 1min05	-il sourit et dit (c'est trop compliqué)	GF+Géo
10	45''	12-c'est une tête humaine 1min34	-il tourne et retourne la planche à plusieurs reprises et dit « je ne sais rien »	GF+-Hd

- **Enquête aux limites**

Planche VII :

Le chercheur : « *Est-ce que ce n'est pas des êtres humains* ».

Le sujet : « *C'est possible des êtres humains, elle n'est pas claire* ».

- **L'épreuve du choix**

Le choix+ : la planche II « *elle me plait seulement* ».

La planche III « *ça me plait parce qu'il y a de l'activité* ».

Le choix- : la planche VI « *ça ne me plait pas ce que je n'ai pas vraiment compris de quoi il s'agit* ».

La planche VII « *ça ne me plait pas à cause de sa couleur* ».

- **Tableau N°05 : Analyse quantitative des résultats**

Le psychograme de Massi

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=10	F+=4	A=5	R=12
G%= 83%	F- = 0 F=8	Ad= 0	T.T= 6mn55ss
D= 2	F±= 4	A%= 42%	T/R= 35ss
D%= 17	F%= 67%	H= 3	T.L.M= 13,7ss
T.A=GD	F% élargi = 100%	Hd=1	
	F+%= 75%	H%= 33%	
	F+% élargi= 83%	Obj= 1	
	CF= 0	Anat.= 0	
	FC= 0	Abst= 0	
	C= 0	Géo= 1	
	K= 3	Bot= 0	
	Kan= 1	Sex= 0	
	clob= 0	Frag= 0	
	TRI= 3/ Σ0	Arch.= 1	
	FC= 1 / Σ0	Ban= 3	
	Rc%= 25%	Ban%= 25	
		Refus = 0	

- **Impression générale**

On a constaté à travers le protocole du Rorschach, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R=12, donc le sujet n'a pas donné une production, car le nombre total des réponses R est très bas par rapport à la norme donnée par D. Anzieu et C. Chabert : 30 réponses pour les adultes. Le temps de réaction T/R=35ss, qui est inférieur à la norme (45ss) signifie une défaillance de contrôle des idées chez Massi, par contre le temps de latence moyen (T. Lat. moyen) est élevé dans certaines planches IX et X, par contre le temps total est de 6mn55ss qui est très bas par rapport à la norme.

- **Les Modes d'appréhension :**

L'apparition des réponses globales ont atteint $G = 83\%$, le pourcentage est élevé. Ce qui dénote un faible investissement du fonctionnement cognitif et une curiosité intellectuelle limitée : l'absence de combinaison et d'élaboration qui les caractérisent, permet d'évoquer une certaine passivité du sujet dans l'abord du monde extérieur, un uniformisme social stéréotype, où encore une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une démarche plus approfondie ou plus personnelle. Les réponses globales (G), sont presque toutes de bonne qualité, le sujet ne se contente pas de s'attacher aux données du stimulus, mais réalise une opération mentale originale dans la perception qu'il offre de la planche. Tandis que, les réponses détaillées sont $D = 17\%$, leur pourcentage est bas ce qui signifie que son sens dépend de la composition restante du type d'appréhension, on note la prédominance de G simple qui renvoie à une adaptation perceptive de base, leur association à une bonne forme témoigne du caractère adaptatif du fonctionnement cognitif, en indiquant la référence possible à un objet total.

- **les déterminants :**

Le pourcentage des réponses formelles est $F\% = 67\%$. Ce pourcentage est supérieur à la norme, ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu, l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ou encore des tendances dépressives. On remarque que le nombre de $F+ = 75\%$ c'est un pourcentage inférieur à la norme donnée par C. Chabert (entre 80%-90%) ce que signifie l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibe l'apparition de la réalité interne. Tandis que le pourcentage de $(F-) = 0\%$ et le $(F\pm) = 33\%$, le $F\%$ élargi est élevé (100%) indique une tendance à étouffer la vie affective en utilisant principalement des mécanismes rationnels pour la contenir.

- **Réponses kinesthésiques :**

Le protocole de Massi est caractérisé par l'apparition des réponses Kinesthésiques, car on trouve trois réponses kinesthésiques humaines $K = 3$ ce que témoigne de la présence d'une capacité de réincarnation de l'image humaine et l'élaboration des conflits.

- **Choix des planches :**

Concernant l'épreuve des choix des planches, les choix de notre sujet renvoient à sa compréhension des contenus des planches. Le choix positif des planches II et III. Il a choisi la

planche II sans réponse et la planche III à cause du mouvement. Tandis que le choix négatif la planche VI -VII à cause de leurs couleurs.

- **Image du corps au Rorschach :**

Le pourcentage des réponses globales G =83%, supérieur à la norme, contrairement aux réponses détaillées qui est inférieur à la moyenne D=17%, témoigne que le sujet a une capacité d'unification de l'image du corps dans sa globalité, avec une vision négative, car les (G)sont associées à des bonnes formes. Concernant les réponses humaines, elles sont présentes avec un pourcentage de H=33%, qu'indique une identification à un être humain dans sa totalité. L'absence des réponses anatomiques et l'absence de refus des planches, confirme que Massi à une image positive envers son corps.

- **Conclusion du cas Massi :**

Pendant l'entretien, le sujet parle avec stress et hésitation, il est un peu complexé à cause de cette maladie, il nous décrit qu'il se sent fatigué, angoissé et insomniaque, Massi perçoit cette tuméfaction comme étant un obstacle dans sa vie.

L'épreuve du Rorschach a montré que l'appréhension de Massi de l'unité de son image du corps est de bonne qualité, ce qui indique une vision positive de son corps.

2. Discussion des hypothèses :

Dans cette partie, nous allons procéder à la discussion et à la vérification des hypothèses relatives aux deux variables de notre thème d'étude porté sur « l'image du corps chez les patients atteints du cancer de visage, cas de 2 patients du CHU Frantz Fanon de Bejaia ». Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur les données que nous avons collectées grâce aux deux outils d'investigation que nous avons employés en pratique, en l'occurrence l'entretien clinique et le test de Rorschach.

D'après l'entretien et le test de Rorschach que nous avons appliqués à deux cas, à savoir, Massi âgé de 24 ans et Farida, 39 ans et Selon les résultats que nous avons obtenus, nous avons pu confirmer nos deux hypothèses, dont nous allons exposer dans ce qui suit le détail de notre enquête scientifique sur les deux cas de notre étude.

Hypothèse 01 :

« **Le cancer influence l'image du corps** », cela suppose que le cancer est la cause de la perturbation de certaines représentations mentales.

Suivant notre travail sur les deux cas (Farida, Massi), il s'est avéré que ces patients n'ont pas pu accepter leurs corps après avoir été atteints de cancer du visage d'une part, et d'autre part cette maladie a altéré l'image du corps et a provoqué une insatisfaction corporelle et une altération de l'image du corps.

Notre premier outil, c'est l'entretien à travers lequel nous avons fait ressortir les informations nécessaires pour répondre à notre problématique.

Le premier cas est celui de Farida 39 ans, durant l'entretien elle, a avoué qu'elle est stressée, fatiguée, elle avait du mal à accepter son nouveau corps, elle a peur de se mettre en face du miroir en disant « *mon visage est déformé* ».

Par référence au titre de « *l'altération de l'image du corps de notre partie théorique* », notamment les notions de « *variables liées à la maladie, telles qu'une difformité visible éventuelle, la douleur physique, son effet sur les fonctions intellectuelles* », sous la référence de (Walker A., 2009), les réponses de Farida ainsi que les indicateurs retirés renvoient aux idées de notre partie théorique. Par conséquent ceci est un recueil suffisant pour la confirmation de notre hypothèse.

Le deuxième cas est celui de Massi 24 ans, qui déclare qu'il était actif mais malheureusement, il est devenu après sa maladie, insomniaque et que la douleur ne le laisse pas dormir, qu'il ne se sent pas bien quand il se regarde dans le miroir ; c'est ce qu'on appelle syndrome du miroir que nous avons également discuté dans notre partie théorique, notamment dans l'épreuve du miroir et trace d'un délit sur le corps ; « *Se regarder dans le miroir est presque toujours une épreuve qui tient de l'effroi* » sous la référence de **(Brullman F., 2007)**. Évidemment les réponses de Massi démontrent qu'il est gêné et complexé par son image du corps.

Concernant l'analyse des protocoles du Test de Rorschach et les résultats qu'on a obtenus, on a constaté que l'image du corps est négative, toutefois, les réponses données par Farida prouvent la présence d'une inhibition. Le nombre inférieur des réponses H renvoie à une difficulté à s'identifier à un être humain, avec une mauvaise perception de soi.

Les réponses données à la dixième planche « *je vois des reins, c'est des dents* », qui sont de mauvaise qualité, ce qui signifie qu'elle est touchée par l'angoisse de morcèlement.

Pour notre deuxième cas Massi, à partir de ses réponses, on a constaté une discordance entre les résultats du protocole et celles de l'entretien. Cette contradiction nous mène à conclure que notre sujet est perturbé psychologiquement au point où il n'arrive même pas à se situer.

Hypothèse 02 :

Les troubles de l'image corporelle induites par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique chez les patients. Cela pose la question d'une métamorphose de leur identité corporelle et psychologique.

La mutilation corporelle symbolise toute la souffrance physique et psychique des patients et renvoie à diverses problématiques ; deuil, castration, réparation, image spéculaire. Cela dit qu'il existe une relation entre l'image du corps et le cancer du visage.

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité et contraint l'appareil psychique à en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes de défense chez les patients.

Le cancer et ses traitements contraignent l'individu à penser différemment le corps face à l'agression somatique (atteinte réelle du corps). Le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet lui-même mais aussi pour les autres. Il oblige le corps à une mise en scène permanente et l'esprit à une quête de sens vis à vis de la souffrance atteignant ce corps.

Ce corps atteint par cette longue maladie va progressivement conduire à la déchéance et à une mort vécue comme lente et douloureuse. Le cancer oblige le corps à une mise en scène permanente et l'esprit à une quête de sens vis à vis de la souffrance atteignant ce corps. Le cancer et ses diverses thérapeutiques vont entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle, d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte du contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance.

Les manifestations physiques de l'atteinte de l'image corporelle en oncologie sont multiples et différent selon les thérapeutiques employées dans la prise en charge du cancer. Ainsi la chirurgie symbole de mutilation peut conduire à la perte d'un membre par amputation, à une cicatrice cutanée disgracieuse, voire à une défiguration. Les troubles de l'image corporelle en oncologie résultent donc du diagnostic de cancer, des pertes fonctionnelles et des mutilations, des symptômes, des douleurs, des effets secondaires des traitements, de la modification du vécu corporel avec pour les patients le sentiment de perdre le contrôle et d'être trahi par son propre corps.

- **Synthèse du chapitre**

À partir de ses observations, entretiens et résultats obtenus par le test du Rorschach, nous constatons qu'après l'atteinte les cancéreux changent radicalement leurs regards envers leurs corps, non seulement ils sont stressés pour leur santé actuelle, mais aussi ils ont eu le syndrome de miroir.

Conclusion

- **Conclusion :**

L'image du corps chez les personnes atteintes du cancer du visage est un thème de recherche très important qui nous a permis d'enrichir nos connaissances théoriques, mais aussi pratiques. De plus, il nous a aussi permis de vérifier la véracité ou la fausseté de nos hypothèses et de dégager les différentes conséquences subies par les sujets.

Sur le plan physique, la maladie du cancer de visage peut engendrer certains changements comme « le gonflement » qu'on appelle tuméfaction chez certains patients et apparitions de cicatrices chez d'autres après un suivi du traitement thérapeutique comme la chimiothérapie et la fatigue excessive. Il faut noter que ces changements ont un impact sur les troubles psychologiques qui se manifestent chez les patients atteints du cancer du visage, tel que l'anxiété, le stress et la dépression.

En effet, c'était à l'issue de l'analyse des deux cas cliniques, évidemment à l'aide des outils que nous avons utilisés que nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse selon laquelle : « *l'image du corps chez les personnes atteintes du cancer de visage est d'une qualité mauvaise et perturbée* ».

Notre étude nous l'avons réalisée au sein de l'établissement hospitalier « Frantz Fanon », au service Maxillo facial, et nous espérons que, par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des patients, et réussi à caractériser et comprendre l'état psychologique de cette catégorie de malades, aussi particulièrement, nous avons pu ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour d'autres recherches ultérieures.

Dans ce sens, nous considérons que le champ d'étude de la notion de l'image du corps est pleinement ouvert pour en être traité sur d'autres angles. Du fait que nous avons pu faire notre propre constat, d'autres thématiques peuvent intervenir d'une façon aussi profonde telle que des études qui consisteront à retirer auprès des patients du cancer de visage, les prises en charges psychologiques ou sociologiques pertinentes pour un soulagement sur les différents niveaux de leur vie quotidienne, notamment la vie professionnelle, sociale, conjugale, sexuelle...etc.

Finalement, on va citer que la situation sanitaire causée par le Covid-19 nous a empêché l'effectuation complète du stage, non seulement que les sujets ont eu peur d'être affectés, mais aussi les médecins refusent notre présence à l'hôpital.

Références bibliographique

• **Références bibliographique :**

Ouvrages

1. ALEXANDRE .J. (1999), Cancérologie Hématologie, paris, Masson,
2. Angers M. (1997), initiation pratique à la méthodologie des recherches, Québec, groupe de livre
3. Anzieu D. & Chabert C. (2004), les méthodes projectives, paris, Quadrige
4. Anzieu Didier. (1985), le moi peau, Paris, dunod.
5. Bacqué Marie-Frédéric. (2001), annoncer un cancer, Strasbourg, spring
6. Ben Soussan P. (2004), les souffrances psychologiques des malades du cancer, paris, spring.
7. Ben soussan P. (2004), le cancer approche psycho-dynamique chez l'adulte, Bordeaux : ères
8. Benoy H. & Chahraoui .KH. (2003) ,méthodes d'évaluation et recherches en psychologie clinique, Paris, Dunod.
9. Breton .S. (2006), qu'es ce qu'un corps ?, Allemagne, musée du quai.
- 10.Chabert C. (2012), le Rorschach en clinique adulte, paris, Dunod
- 11.Chabert C., RAUCHN. (2012), nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach, Paris, Dunod.
- 12.Chauchat H. (1999), l'enquête en psychologie, paris, PUF
- 13.Dolto Françoise. (1984), l'image inconsciente du corps, paris, seuil.
- 14.Ducéne Françoise. (2000), le corps se souvient, deboeck,
- 15.HABERT C. (1998), Psychanalyse et méthode projective, Paris, Dunod.
- 16.Lacan J. (1966), le stade du miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, seuil, Paris.
- 17.Lebeau Jacques. (2005), chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Italie, Elsevier,

18. Mack J. Edward & Exner J. (2000), manuel d'interprétation du Rorschach, paris, Frison-roche
19. Michaud.G. (1999), historique de la notion de l'image du corps, collection espace analytique, paris
20. Nasio J.D. (2007), mon corps et ses images, paris, payot
21. Rzavi .D. Delvaux N. (2000), psycho-oncologie : le cancer, le malade, et sa famille, paris, masson.
22. Silder. P. (1968). Image du corps, vienne, Gallimard.
23. Winnicott D.W. (1969), de la pédiatrie à la psychanalyse, paris, Payot.

Dictionnaires

1. Bloch H. (1999), grand dictionnaire de la psychologie, Larousse
2. Dorons .Roland et Parrot Françoise. (2015) Dictionnaire de psychologie, France
3. Quevauvilliers J. (2009), Dictionnaire Médical avec atlas anatomique, Italie, Elsevier Masson.

Reuves et articles

1. Bascelet.JP.F(2007). les altérations de la face : l'autre défiguré, le monstrueux , le familier . psycho-oncologie
2. Dany.L , Apostolodos.T, Cannone.P, (2009) Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale ,psycho-oncologie3 : 101-117
3. Perry M.C.'(2018) prise en charge d'un patient, Cecil médecine cancérologie, chapitre 182, p56
4. S. Albert & J. Guigay, 2013, Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL, pp.15-18.
5. SANGLANDE A., 1983, L'image de corps et image de soi au Rorschach in Technique projectif II, N°20, P.29.

6. Schweitzer, B. (1990), Une psychologie du corps, Paris, France : Presses Universitaires de France.
7. Virginie A. et Dubuc M., 2018, psycho-oncologie, N°978, p15-128, repéré à <https://www.cairn.info/soins>

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien semi-directif :

Informations générales sur le sujet :

- Age
- Sexe féminin, masculin
- Niveau d'instruction
- Situation matrimoniale

Axe N 01 : Renseignements sur l'état de santé de patient

- Pouvez –vous dire depuis quand vous êtes malades et aussi quels sont les premiers symptômes ?
- Pouvez –vous dire si quelqu'un de votre famille atteint de cette maladie ?
- Comment s'est déroulée votre première consultation ?
- Souffrez- vous d'autres maladies ? et avez- vous déjà été hospitalisé(e) ?
- Avez-vous des traitements a suivre ? comment vous vivez en le suivant ?

Axe N 02 : Renseignements sur l'image du corps

- Pouvez- vous dire si vous arrivez à accepter cette maladie ?
- Quelle image corporelle personnelle avez-vous sur vous actuellement ? et évitez-vous les gens ces derniers temps ?
- Vous pensez que votre corps a changé ? si ,oui vous êtes inquiétés sur ce changement ?
- Est-ce que ces consultations thérapeutiques ont changés vos pensées a propos de votre corps ?

AXE N 03 : renseignement sur le soutien familial et social

- Quelle été la réaction de votre famille à la découverte de la maladie ? et leur soutien vous aide a faire face a la maladie ?
- Qui vous a-t-il accompagné pendant vos soins médicaux et vous en courages à les suivre ?
- Y'a-t-il un changement relationnelle dans votre vie ? cette maladie influence-tel votre travail ?

Annexe 02 : les Planches du Rorschach

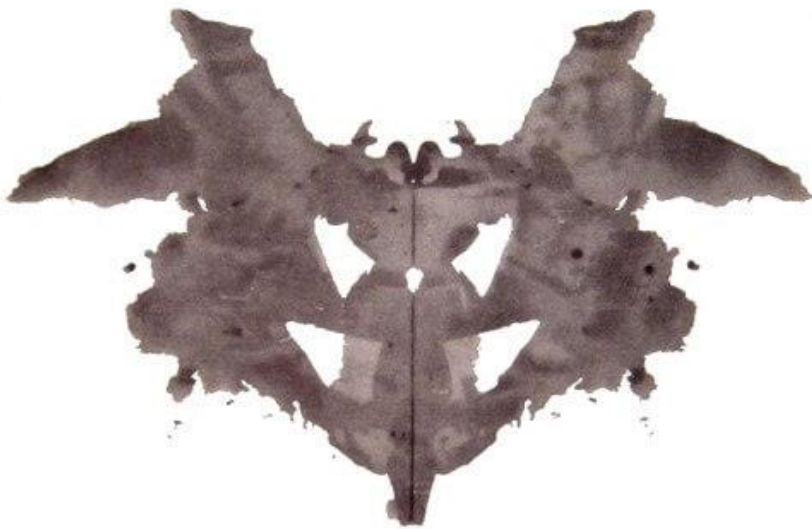


Planche 01

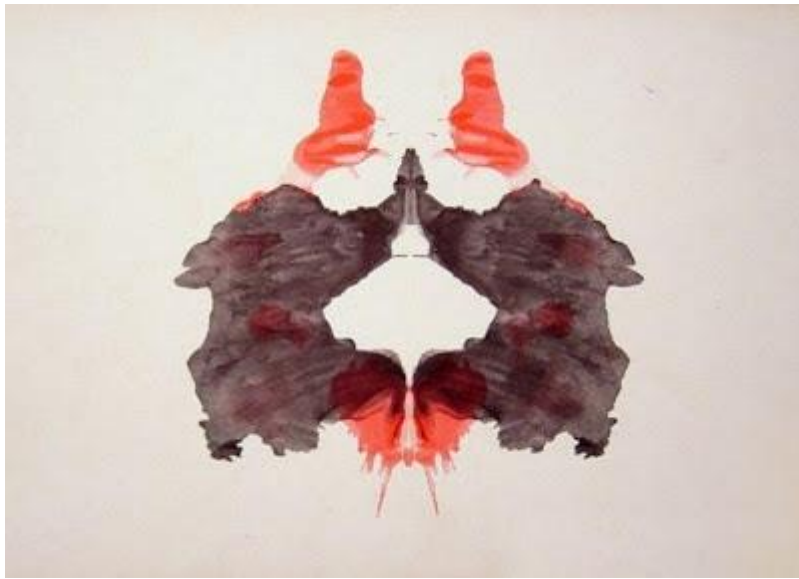


Planche 02



Planche 03

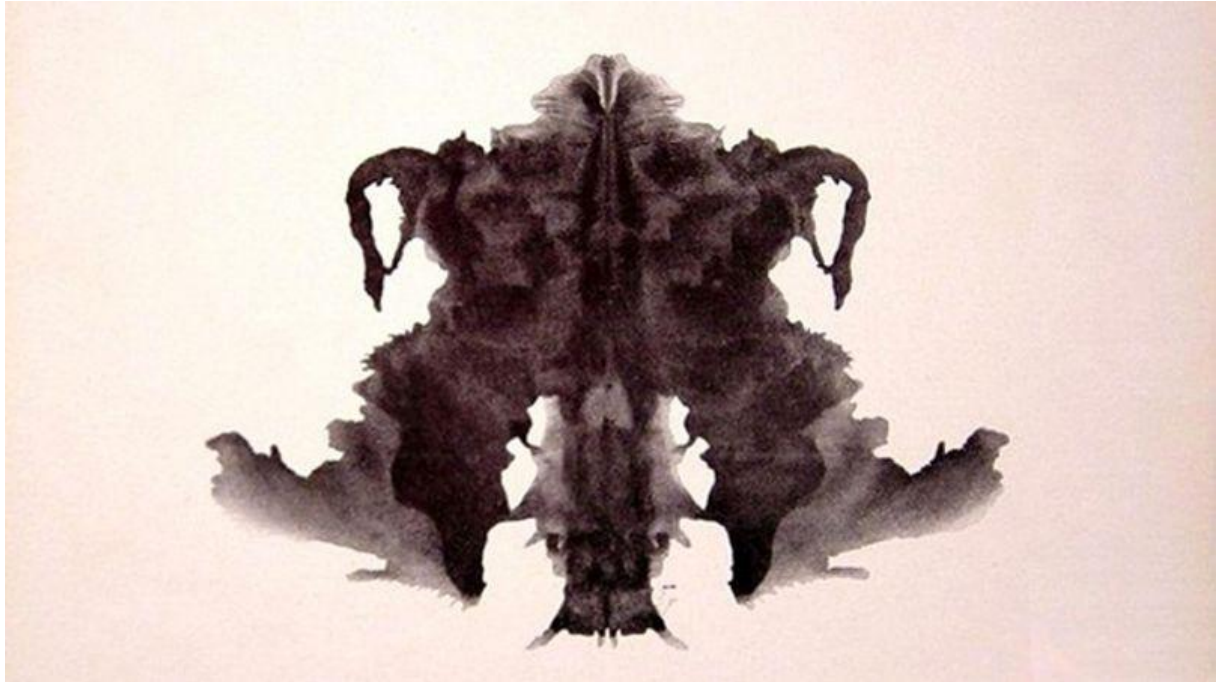


Planche 04



Planche 05

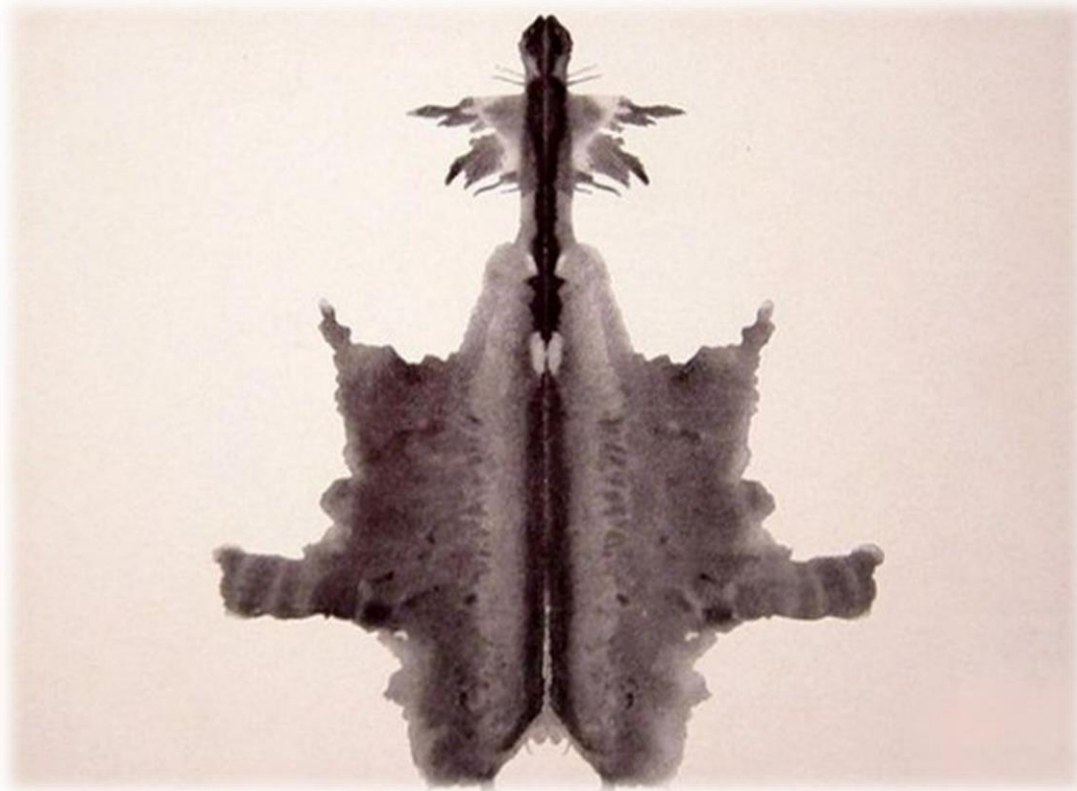


Planche 06



Planche 07



Planche 08



Planche 09



Planche 10

Figures

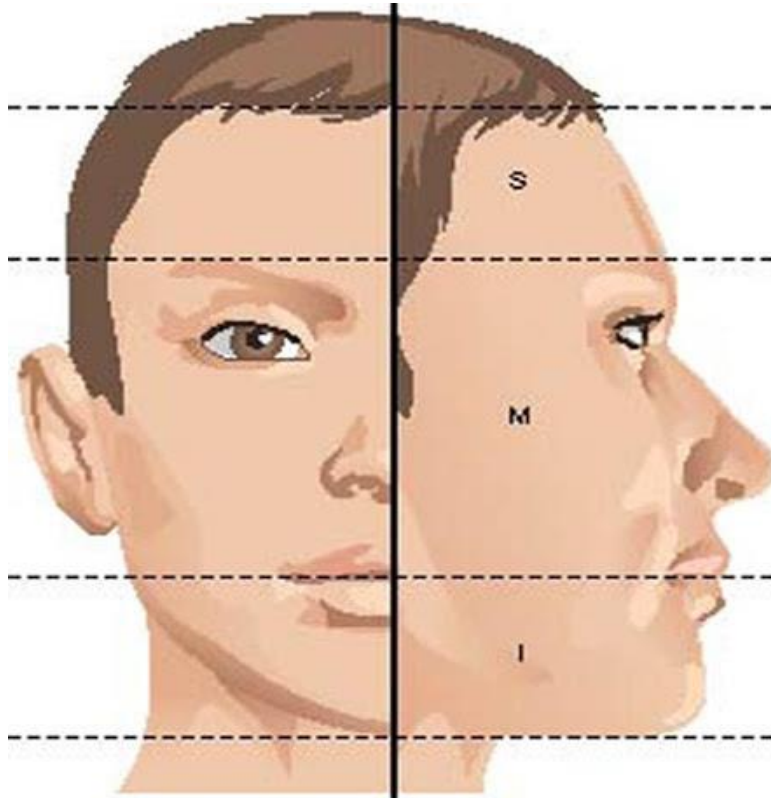


Figure 01 : les trois étages de la face ; supérieure, moyenne et inférieure.

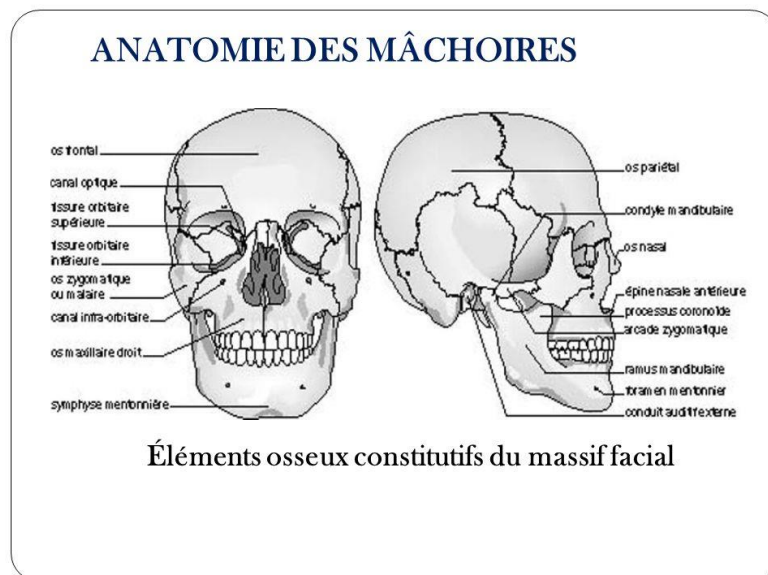


Figure 02 : éléments osseux constitutifs du massif facial

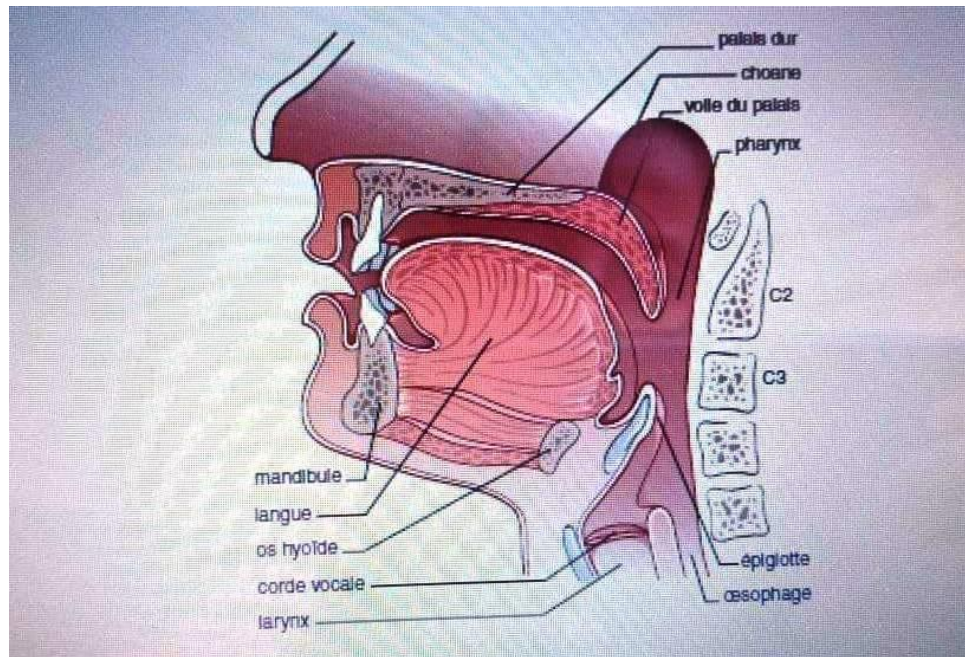


Figure 03-coupe sagittale de la cavité buccale

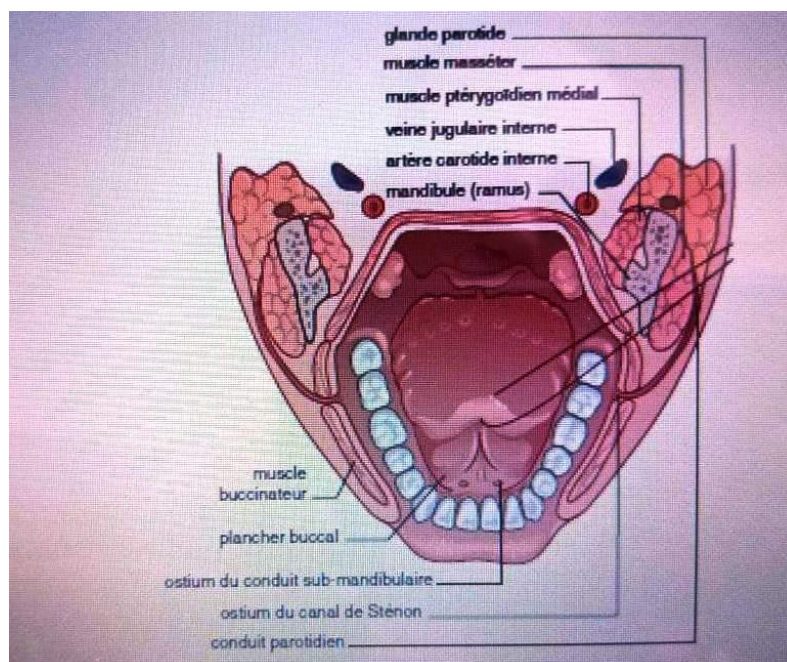


Figure 04- coupe horizontale de la cavité buccale

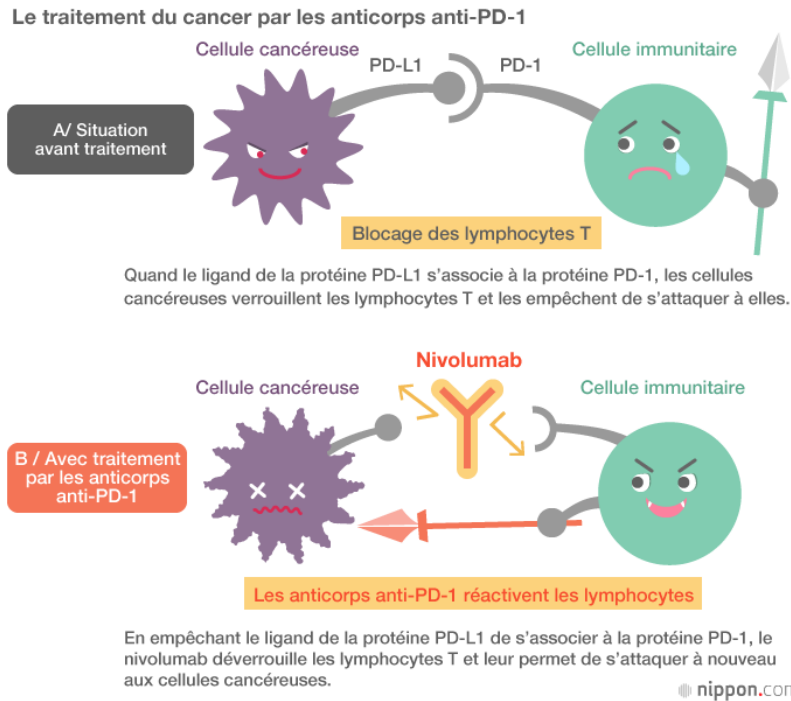


Figure N°05 : Traitement du cancer les anticorps et anti-PD-1

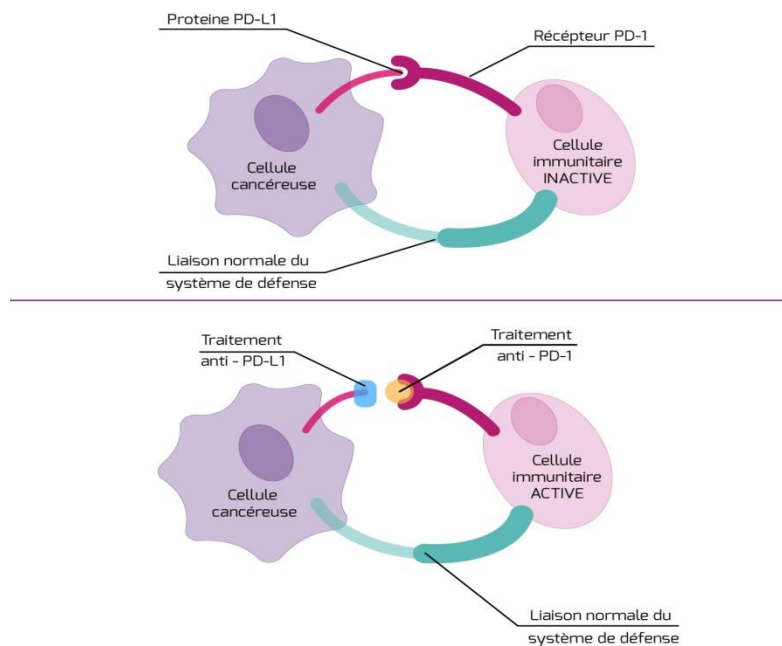


Figure N°06 : Immunothérapie-exemple-des-traitements-anti-PD-1-et-anti-PD-L1_pop in

L'image du corps chez les patients atteints d'un cancer du visage

Étude de deux cas réalisés au niveau du CHU Frantz-Fanon

Résumé

L'image du corps c'est la représentation imaginaire que chaque sujet a de son propre corps , alors que quand on enlève le miroir pour l'individu , il voit son image dans le regard de l'autre , c'est pour cela on a entamé ce thème de recherche pour recueillir plus de données en ce qui concerne l'image corporelle après l'annonce de l'atteinte d'un cancer du visage puisqu'il marque un long voyage pour le patient mais également pour ces proches .

Durant nos entretiens avec les patients on observe leurs fatigues , angoisse , leurs hésitations , sont un peu complexés par cette tumeur , ils présentent une faible d'estime de soi , ils sont devenues insomniaques , et par conséquent ils considèrent cette maladies comme étant un obstacle quotidien , alors on a utilisé le test psychologique ((Rorschach)) comme un outil d'investigation pour indiquer et montrer leur vision envers leurs propres corps .

Mot clés : image du corps, le cancer du visage

Abstract

The imaginary of the body is the representation that each subject has of this own body , whereas when remove the mirror for the individual , he sees his image in the gaze of the other , that's why we started this research theme to collect more data regardin body after the annocement of the attack of a cancer of the face since it marks a long journey for the patient but also for these relatives.

During our interviews with the atients we observe their fatigue, anxiety, their hesitations, are a little complexed by this tumor, they present a low self-esteem, they have become insomniacs, and therefore they consider this illness as a daily obstacle, so the psychological test ((Rorschach)) we used as an investigative tool to indicate and show their vision towards their own bodies.

Keywords : body image , facial cancer