

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

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

THÈME :

**Le fonctionnement mental des hommes
ayant une stomie définitive
(Etude clinique de quatre cas)**

Réalisé par :

BETTACHE Sara

BOUDRAHEM Bahia

Encadré par :

FERGANI Louhab

Année Universitaire : 2018/2019

Remerciements

Nous tenons à remercier notre encadreur Mr FERGANI Louhab, pour ses précieux conseils et son aide, sa présence, son encadrement durant toute la période du travail qui nous a permis de surmonter les difficultés et progresser dans notre mémoire.

Nous exprimons notre gratitude aux membres du jury qui nous ont fait l'honneur et accordé une précieuse part de leurs temps afin d'évaluer notre travail.

Nous souhaiterions également à remercier le président de l'association des stomisés de Bejaia Mr Mansouri Rachid pour son accueil, sa compréhension ainsi que pour l'aide qu'il nous a fournis pour l'accomplissement de ce travail.

Un grand merci à la psychologue de l'association pour sa confiance, sa gentillesse, ses efforts son aide par son expérience, son savoir-faire et sa présence, et à tout le personnel travaillant dans cette association, qui nous ont aidés à effectuer notre stage.

Nous remercions ainsi tout le personnel de CHU Khelil Amrane de Bejaïa. Particulièrement le personnel de service chirurgie général.

Sans oublier les patients qui, grâce à leurs consentements nous avons pu réaliser notre étude.

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

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail aux personnes les plus chères, à mes chers parents

Aucune dédicace ne saurait exprimée mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices qu'ils ont consenti pour mon instruction, et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portiez Depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorde santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A mon cher petit frère Mohamed que j'aime profondément

A Ma Chère et Mon Amie Kenza pour son soutien, sa présence, son aide et sa gentillesse, Merci beaucoup

A Ma famille, mes amis et tous ce qui me sont chers.

SARA

Dédicace

Je dédie ce modeste travail en particulier :

A mes parents qui ont toujours été un soutien moral et un modèle labeur et de persévérance.

A mon mari qui m'a toujours soutenu durant mes années d'études, par ces conseils de qualité et qui n'a jamais cessé de m'encourager.

A mes deux anges Darine et Léa.

A toute ma famille frères et sœurs.

A mes beaux parents qui m'ont beaucoup aidé

A tout le personnel de service chirurgie générale en particulier la chef service « Mme radjradj ».

En fin a toutes les personnes que J'ai croisées tout au long de ce travail.

Bahia

Sommaire

Introduction général	1
-----------------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : la stomie

Préambule

I / aspect médical

1-Définition de la stomie.....	4
2-Types de stomie	4
3-Les causes d'une stomie	6
4-A quoi ressemble une stomie ?	8
5-Les types de poches.....	8
6- les soins	9
7-Conséquence de la stomie....	10
8-Les complications d'ordre général	11
9-La stomathérapie	12
II/ aspect psychologique	
1-L'annonce d'une maladie grave	12
2-Adaptation et qualité de vie des patients stomisés	15
Synthèse de chapitre.....	21

Chapitre II : le fonctionnement mental

Préambule	22
1-Définition de quelques concepts clés	22
1-1Le fonctionnement mental	22
1-2 La structure.....	22
1-3 La personnalité	23

1-4 La normalité.....	23
1-5 La pathologie.....	23
2- La notion de l'appareil psychique de la métapsychologie Freudien	23
3- L'angoisse.....	25
4- La relation d'objet.....	26
5- les mécanismes de défenses.....	27
6- l'image de corps.....	27
7- les différentes structures de la personnalité.....	29
8- considération général sur le rorschach	33
8.1- la partie technique.....	33
8.2- les composantes de fonctionnement mental à travers le rorschach	40
Synthèse de chapitre.....	49
Problématique et hypothèses.....	50

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Préambule	56
1. La méthode de recherche.....	56
2. Le groupe de recherche	57
3. Les outils de la recherche.....	58
4. Le déroulement de la recherche	61
Synthèse de chapitre	63

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule

1. Cas de Brahim.....	65
2. Cas de Kamel	76

3. Cas de Yousef	89
4. Cas d'Amine	99
Discussion général des résultats	110
Conclusion	113

Bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction

L'être humain c'est une unité multi dimensionnelle (sociale, culturelle et économique) qui est pré disposé aux déferents événements positifs et négatifs tels que les traumatismes et les maladies qui sont en étroite interaction entre son psychisme et son corps se qui lui expose à des maladies réversibles ou irréversibles.

La découverte d'une maladie grave ou d'une maladie lourde tel que le cancer colorectal est toujours un choc pour l'individu. L'annonce de cette nouvelle est l'équivalence de la mort chez certaines personnes ou le rapproche de cette dernière.

C'est aussi une atteinte potentielle du corps accompagné de la peur des mutilations avenir.

La mise en place d'une poche définitive oblige le patient à gérer les conséquences de cette intervention qu'il a subit, il doit faire face a sa maladie cancéreuse et ses complications qui se développent assez rapide et prendre soin de la poche qui est pré disposée aux plusieurs facteurs qui peuvent l'infecter.

Ces deux paramètres affectent largement sa qualité de vie tout au long de parcours de traitement du cancer colorectal en exposant aux trois piliers thérapeutiques (intervention chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) s'important trouble de l'image du corps qui est observé chez les patients qui provoquent une remise en cause de leurs identité psychique, corporelle qui se répercute sur leur vie sociale, professionnelle, familiale et de couple.

La mutilation corporelle apparait comme une blessure physique aussi narcissique des déferents troubles anxieux et dépressifs.

L'mage de corps et altération constituent un problème crucial en oncologie tant que pour les patients et l'équipe soignantes.

La création d'une stomie est toujours mal vécue par les patients, et leur entourage elle engendre des répercussions familiales ainsi professionnelles.

Les stratégies d'adaptation différentes ensuite selon la personne à une autre dont l'évitement est fréquent chez les personnes stomisées, signifient d'une part que la personne bénéficiaire d'une stomie est une personne en détresse elle vit dans une souffrance traduite par l'isolement en handicap qui bouleverse des troubles psychologiques touchant sa perception de soi et des autres.

Le choix de notre thème sur « le fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive » est pour but de connaître la nature de fonctionnement mental chez les sujets de notre recherche, sur le côté relationnel, la perception de soi et les stratégies défensives.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi comme lieu de stage le CHU khelil amrane de Bejaia et l'association des stomisés à iheddaden.

Pour vérifier nos hypothèses nous avons focalisé sur l'approche psychanalytique comme un cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur les quatre cas. Et nous avons focalisé notre recherche sur l'entretien clinique et le test projectif « Rorschach ».

Notre travail a été divisé en deux parties : Une partie théorique qui comprend deux chapitres, l'un est consacré à la stomie sur le côté médical de cette pathologie, sa définition, ses types, causes, conséquences, et les complications d'ordre général, et le côté psychologique du vécu de patient.

L'autre aborde le fonctionnement mental comprenant : la définition de fonctionnement mental ainsi que quelques notions psychanalytiques telles que la structure, personnalité, la normalité et la pathologie, l'appareil psychique freudien selon ses points de vue, les mécanismes de défense, l'angoisse, ainsi que la relation d'objet.

Une partie pratique composée de deux chapitres : le premier est consacré au cadre méthodologique de la recherche dans lequel on a abordé la méthode de recherche, notre groupe de recherche ainsi que les outils de recherche, et enfin le déroulement de notre recherche.

Le second est destiné pour la présentation et l'analyse des cas et pour la discussion des hypothèses.

Notre travail se termine par une conclusion qui comporte quelques recommandations et perspectives pour de nouvelles recherches, la liste bibliographique et des annexes.

La partie théorique

Chapitre I : La stomie

Préambule

Dans le monde il existe de nombreux types de maladies, et parmi lesquelles on trouve la stomie qui contient un aspect médical ainsi que psychologique.

Dans ce chapitre nous allons présenter le coté médical de cette pathologie par sa définition, ses types, causes, conséquences, et les complications d'ordre général, puis on s'intéressera sur une partie psychologique du vécu de patient.

I / coté médical

1-Définition de la stomie :

Etymologiquement le mot stomie provient du grec stoma qui signifie bouche ou ouverture. (St-Cyr & Gilbert, 2011).

La stomie c'est une technique chirurgicale consistante à aboucher l'un à l'autre deux organes creux (exemple l'estomac et l'intestin grêle) ou un organe creux (colon, urètre) à la peau.

Dans ce dernier cas, le terme de stomie désigné alors aussi par extension, le résultat de l'intervention c'est-à-dire l'orifice d'écoulement des matières fécales ou de l'urine. (Larousse médical, 2005, p903).

2-Types de stomie :

Il existe 3types

2.1 Iléostomie

L'iléostomie est une dérivation de la dernière partie de l'intestin grêle.

C'est la muqueuse intestinale qui est mise à la peau. Cette muqueuse est fragile et ne doit pas subir de soins agressifs susceptibles de la faire saigner.

Le débit quotidien d'une iléostomie est d'environ de 400 cc à 1,5 litres qui s'écoulent de façon presque permanente et très liquide : mélange de débris alimentaires mal digérés et de sécrétions digestives corrosives qui peuvent abîmer la peau autour de la stomie. L'émission de gaz est inconstante mais effective.

La quantité et la nature des effluents agressifs imposent un adhésif de bonne qualité ayant une bonne protection cutanée associée à une poche de recueil vidable.

En cas de selles irritantes, un protecteur cutané complémentaire sous forme de barrette, anneau, ou pâte en tube sera certainement utile. (Braun, 2013, p 8)

2.2 La colostomie

La colostomie est la mise à la peau d'une partie du côlon (ou gros intestin). C'est également une muqueuse (rouge, brillante) qui est mise en évidence et, comme toute muqueuse, elle nécessite des soins doux pour éviter les saignements.

Pour la colostomie gauche, la digestion étant terminée, les selles et les gaz seront identiques à ceux qu'ils ont toujours eu.

Plus la colostomie se rapproche de l'iléon (colostomie transverse et colostomie droite), plus les selles seront liquides et corrosives comme celles de l'iléostomie. (Braun, 2013, p9)

2.3 L'urostomie

L'urostomie est une opération permettant d'évacuer l'urine en créant une dérivation, un nouvel orifice. Le chirurgien pratique ce type d'intervention lorsqu'une lésion ou une maladie comme le cancer empêchent le fonctionnement normal du système rénal et de la vessie.

Le chirurgien relie les uretères provenant des reins à un segment d'intestin grêle isolé et jouissant d'une bonne irrigation sanguine.

L'objectif : l'utiliser comme canal de passage ou conduit iléal. L'extrémité ouverte de ce segment d'intestin est conduite vers l'extérieur, à travers la paroi abdominale, à un emplacement approprié pour permettre ensuite à l'urine d'être recueillie dans une poche spéciale.

Un autre type de stomie urinaire n'est pas représenté ici : il consiste à faire dériver les uretères directement à travers la paroi abdominale. On parle alors d'urétérostomie cutanée. (Ligue suisse contre le cancer, 2018, p8).

3-Les causes d'une stomie :**3.1 Les stomies digestives :**

En dehors de certains traumatismes abdominaux avec plaie de l'intestin qui sont, à vrai dire, rarement en cause, la plus part des stomies digestives relèvent de diverses maladies intestinales. Elles peuvent aussi être les conséquences de malformations congénitales.

3.1.1 Les malformations intestinales :

Quelques maladies congénitales de l'intestin et certaines malformations peuvent nécessiter la réalisation d'une stomie.

Leurs particularités essentielles tiennent à l'âge auquel elles sont pratiquées, il s'agit habituellement de nouveaux nés ou de nourrissons, parfois d'enfants un peu plus grand.

3.1.2 Les tumeurs colorectales (polypes et cancer) :

Lorsqu'elles ne peuvent être extirpées par voie naturelle (endoscopique) elles nécessitent des interventions chirurgicales avec ablation plus ou moins étendue de l'intestin, le type d'intervention utilisé ne présume en rien de la gravité de la maladie. Il est en fait dicté par la localisation des lésions, c'est ainsi que la présence de polypes sur toute la hauteur du gros intestin peut nécessiter une ablation complète de tout le colon, alors qu'un cancer peut être guéri par la simple ablation d'un segment (20 à 30 cm) du gros intestin avec raccordement sans stomie.

Certaines tumeurs situées très bas près de l'anus nécessitent parfois le sacrifice du rectum et de la zone sphinctérienne obligeant la mise en place d'une colostomie définitive.

3.1.3 Les maladies inflammatoires de l'intestin :

Il en existe plusieurs : colite aiguë, diverticulite compliquée, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique.

Leur gravité est due à la possibilité de complications graves (perforation, abcès). Dans certains cas, elles peuvent être contrôlées par des traitements chirurgicaux

s'impose et consiste en une ablation plus en moins étendue de l'intestin malade qui peut aller jusqu'à la suppression totale du gros intestin qui n'est pas possible car l'inflammation altère la qualité des tissus, ne permettant pas la confection de bonnes structures obligeant donc à la création d'une stomie, parfois provisoire. (Boudjadi & Sellam, 2017, p35-36).

3.2 Les stomies urinaires :

3.2.1 Les cause :

Certaines atteintes (tumeurs, accident, atteintes nerveuses, malformation congénitale,...etc.). Peuvent entraîner un risque sérieux pour le patient ou encore être la cause d'un défaut de fonctionnement de la vessie en condition normale (vessie neurologique par exemple). Dans ces conditions, il peut être nécessaire d'envisager une dérivation de la fonction urinaire.

Cette opération chirurgicale, relativement importante, a pour conséquences immédiate l'obligation d'assurer l'écoulement des urines par une issue artificielle.

3.2.2 Le cancer de la vessie

Tumeur maligne se développant aux dépend de l'épithélium de la vessie. Les tumeurs vésicales malignes sont favorisées par l'exposition prolongée à des agents carcinogènes dont les plus connus sont : le tabac (le risque d'apparition d'une tumeur vésicale est multiplié par 10chez un gros fumeur), et certains colorants comme l'aniline (colorant utilisé dans la fabrication des encres, des peintures et des teintures pour le bois et le cuir).

Les tumeurs vésicales malignes, lorsqu'elles n'ont pas de métastase, nécessitent une cystectomie (ablation chirurgicale de la vessie) complétée par une cystoplastie (reconstruction de la vessie) ou par une dérivation urinaire abdominale (urétérostomie, notamment). On a plus rarement recours à la radiothérapie vésicale, car ses résultats sont moins bons que ceux de la cystectomie.

Lorsque la tumeur a donné des métastases, son traitement repose sur la chimiothérapie par voie générale, le pronostic étant ce cas plus sévère. (Boudjadi & Sellam, 2017, 37-38).

4-A quoi ressemble une stomie ?

Une stomie est rosée, humide et ressemble à la muqueuse que nous avons à l'intérieur de la bouche. La stomie est indolore et dépasse de la surface de la peau.

La stomie peut être oedématisée après l'intervention, mais elle se réduit et atteint sa taille définitive quelques semaines après l'opération. Chaque stomie est unique (forme, taille, emplacement). (Hollister, 2017, p14).

5-Les types de poches

Chaque personne est différente et la stomie est propre à chacun. Il existe donc des poches de différentes formes, tailles ou couleurs pour s'adapter aux besoins ou aux activités de chacun.

Pour une colostomie, on utilise une poche fermée car les selles sont généralement moulées.

Pour une iléostomie, on utilise une poche vidable car les selles sont liquides et/ou semi liquides. La poche est donc vidée plusieurs fois dans la journée grâce à un clamp.

Les poches fermées et vidables sont équipées d'un filtre afin de laisser passer les gaz qui peuvent être plus ou moins importants, tout en supprimant les odeurs.

Pour les urostomies, une poche vidangeable est utilisée. La poche est munie d'un robinet de vidange sur lequel on pourra adapter une poche de jambe et/ou une poche de nuit pour une plus grande capacité.

Il existe ensuite 2 types de systèmes : les systèmes 1 pièce et les systèmes 2 pièces. Un système 1 pièce se compose d'un support et d'une poche ne formant qu'un seul élément.

Un système 2 pièces se compose de deux éléments distincts : un support, qui est collé sur l'abdomen, et une poche, qui vient s'emboîter sur le support. (Hollister, 2017, p18).

Il existe des poches de taille mini, midi et maxi, selon la quantité de selles et les moments de la journée :

La taille mini ou midi la journée ou pour plus de discrétion (relations intimes, baignades...).

La taille maxi la nuit, lors de longs déplacements ou de traitements pouvant occasionner des troubles du transit. Les systèmes 1 pièce ou 2 pièces (supports) existent également en "à-découper" et "pré-découpés".

Les systèmes « à découper » sont utilisés à l'hôpital afin d'ajuster régulièrement le diamètre de la stomie. Les systèmes « pré-découpés » sont principalement utilisés à domicile lorsque la stomie est ronde et son diamètre stable : vous n'avez plus à utiliser de ciseaux pour découper votre poche. (Hollister, 2017, p19).

Il existe aussi des poches beiges ou transparentes. À l'hôpital, la poche la plus couramment utilisée est transparente afin d'aider la personne stomisée à prendre ses repères. À domicile, la couleur beige est préférée pour sa discrétion. (Hollister, 2017, p20).

6- les soins :

La qualité des soins apportée aux personnes stomisés est fondée sur un travail d'équipe multidisciplinaire et sur l'approche globale du malade en tenant compte de ses besoins et son environnement, afin de lui permettre de reprendre une vie normal que possible. (Degarad &Guyot & Valois, 2005)

Qu'elle soit sondée ou non, la stomie n'est pas une plaie, mais l'abouchement d'une muqueuse à la peau. Les soins sont donc uniquement des soins d'hygiène. La peau sera lavée à l'eau et au savon neutre, rincée, puis séchée. Le diamètre de la poche sera choisi en fonction de l'orifice stomial. La peau péri-stomiale doit être protégée des urines quel que soit le type de matériel choisi. Il faut que le

diamètre d'ouverture de la poche soit adopté à la stomie en fonction des modifications qu'elle pourrait subir (exemple : prise ou perte de poids).

6.1. Soin spécifique aux sondes

Les sondes d'urétérostomies cutanées sont droites, ont un embout biseauté et possèdent de nombreux trous qui permettent l'écoulement des urines. Elles sont radio-opaques et elles peuvent être maintenues par un fil fixé à la peau par un adhésif, type micropore.

Leur longueur doit respecter la valve anti-reflux. La sonde reste donc dans la partie supérieure de la poche. Leur changement s'effectue toutes les six semaines environ, soit en milieu hospitalier, soit par le malade lui-même, lorsqu'il en a eu l'autorisation et l'éducation.

6.2. Le matériel de recueil

a) Les poches auto-adhésives (monobloc)

Elles sont légères et d'un emploi facile avec une protection cutanée. Elles se fixent directement sur la peau.

L'excellente tolérance des protecteurs permet un changement fréquent sans prendre de risque pour la peau (tous les jours). Elles présentent l'avantage d'être très souples et confortables en épousant les moindres plis cutanés.

b) Les systèmes combinés (support + poche)

Permettent de changer le sac collecteur sans changer le support. Ces systèmes souvent plus rigides présentent le danger d'être gardé trop longtemps (plus de trois ou quatre jours) et de ne plus assurer la protection cutanée. (Lancel, 2002, p 9/10).

7-Conséquence de la stomie

La création d'une stomie entraîne la perte de la continence : l'émission des selles et des gaz ne peut être contrôlée.

Le port d'un appareillage est alors nécessaire.

Plusieurs systèmes de recueil existent. Ils doivent être adaptés aux différents types de selles.

L'infirmier(ère) stomathérapeute et/ou l'équipe soignante vous aideront dans le choix de l'appareillage en tenant compte du type de stomie, de votre dextérité, de votre peau et vous aideront aussi dans l'apprentissage des soins à réaliser.

La stomie ne doit pas être considérée comme un handicap, mais comme une étape dans la guérison de votre maladie. (Braun, 2013)

8-Les complications d'ordre général

8.1. L'infection urinaire

C'est la complication la plus fréquente. L'infection est généralement latente, sans manifestation clinique autre que la perte de la limpidité de l'urine. Les germes sont souvent en nombre supérieur à 10⁵/ml. Ces infections ne doivent pas entraîner de traitement antibiotique sous peine de la voir récidiver dès l'arrêt du traitement.

L'infection peut-être au contraire fébrile s'accompagnant de lombalgies. Il faut réaliser en urgence des prélèvements bactériologiques, urinaires et sanguins et la mise en route immédiate d'un traitement antibiotique puissant, intense.

Ces infections nécessitent souvent une hospitalisation. L'efficacité du traitement est jugée sur le déclin de la température. Il faudra rechercher le mal fonctionnement ou la chute de la sonde qui est monnaie courante.

8.2. L'insuffisance rénale

Le devenir de la fonction rénale chez le malade stomisé n'est pas toujours connu. Le nombre des malades suivis au-delà de 5 ans est réduit.

L'insuffisance rénale a d'autant plus de risques de se produire qu'il existe un problème mécanique sur la dérivation.

8.3. Les troubles hydroélectrolytiques en dehors de l'insuffisance rénale

Au niveau de la muqueuse digestive, il peut se produire une réabsorption de chlorure d'ammonium et une fuite de bicarbonate et de potassium. Le risque est donc de voir survenir une acidose hyperchlorémique. L'acidose hyperchlorémique doit être prévenue par l'hygiène alimentaire:

- boissons abondantes

- apport quotidien de bicarbonate de soude et de potassium. (Lancel, 2002, p 14/16).

9-La stomathérapie

La stomathérapie peut se définir comme étant la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide, qui doivent permettre à la personne ayant une stomie de retrouver son autonomie le plus rapidement possible après l'intervention, de façon à reprendre une vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale normale. (A.S.B.H, 2015, p4).

II Coté psychologique

1-L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Lorsque nous avons à annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un, nous savons bien par expérience qu'il faut choisir le « bon moment ». Le bon moment, ce n'est pas seulement une question de temps, mais aussi de conditions dans lesquelles la personne pourra entendre ce que nous avons à lui dire.

Entendre, cela veut dire comprendre ce qui est dit, sans que cela ne mette la personne dans un état de désespoir. Ces précautions que nous prenons, nous savons bien qu'elles sont importantes pour permettre à l'autre d'encaisser la nouvelle sans perdre ses capacités et compréhension, sans perdre la capacité de relation à l'autre, sans perdre la raison, et sans être détruit par cette mauvaise nouvelle.

Autant de commentaires qui témoignent de cette difficulté de dire en ménageant l'autre. Une collègue psychologue parle de l'annonce du diagnostic comme du moment où une personne voudrait ne pas avoir à dire à quelqu'un ce que l'autre voudrait ne pas avoir à entendre.

Ces précautions que nous prenons dans notre vie avec nos proches, doivent être plus que nécessaires dans notre travail, au moment de l'annonce d'un diagnostic. Cette annonce ne peut se faire n'importe comment. Cette annonce va faire rupture avec ce qu'était la vie jusqu'à ce moment précis.

Chacun de nous sait bien que la maladie peut l'atteindre, mais cela reste virtuel. Or là, toute la vie bascule et c'est la maladie qui devient la chose autour de laquelle la vie va s'organiser.

Rapidement, ce sont les examens multiples et l'intervention chirurgicale. Quand cette annonce se double de l'annonce d'une stomie (terme tout à fait inconnu de la majorité des personnes), et de la précision qu'il faudra peut-être ou sûrement mettre une poche... cela modifie radicalement l'idée que se fait la personne de son avenir. Elle augure de grands changements, des bouleversements auxquels il va falloir faire face.

Dans un premier temps, certains pensent qu'ils n'y arriveront jamais, qu'ils ne pourront pas vivre comme ça, autant mourir tout de suite... d'autres se disent ce n'est rien il faut y aller. Entre ces deux extrêmes, ce sont toutes les variantes que vous connaissez sûrement mieux que moi. Ces réactions qui semblent opposées, sont en fait de même nature : la vie qui va être maintenant semble impossible : entre faire comme si rien n'allait changer ou penser que plus rien ne sera comme avant... cela témoigne d'une impossibilité de s'imaginer vivre autrement que maintenant.

Ce sont des questions qui se télescopent : est-ce que je vais pouvoir continuer à travailler, est ce que je vais pouvoir retravailler après mon opération, est-ce que je devrai changer de métier... ou je ne pourrai plus participer aux sorties et aux fêtes, comment je vais faire avec cette poche, je n'en veux pas, est-ce que vous ne pouvez vraiment pas faire autrement, est-ce que c'est définitif, comment je vais faire pour avoir une vie à peu près normale...

Les mots de la médecine transmettent des informations sur le corps humain, sur ses pathologies, ils ne parlent pas du ressenti de la personne (qui d'ailleurs change d'identité et devient patient). Les termes techniques qui sont attachés à des actes chirurgicaux, à des protocoles de soin, sont parfois difficiles à comprendre. La personne qui vient consulter après de nombreux examens, même si elle redoute parfois qu'on lui annonce quelque chose de grave, peut être

dans un état d'esprit tel qu'elle n'entendra que ce qu'elle peut entendre : « le médecin m'a dit que j'avais un cancer à petites cellules, oh ! Je suis soulagé parce que c'est sans doute pas grave »... une jeune maman à l'annonce d'un cancer et des chimios qui vont être faites rapidement, répond au médecin « je ne peux pas venir faire mes chimios parce que je dois amener mes enfants à l'école le matin et les prendre le midi pour déjeuner ». Les deux malades ne sont pas idiots, ils disent simplement combien ce qu'on vient de leur dire ne peut pas être entendu.

La personne devient malade aux yeux des autres : ses autres identités professionnelle, sociale, familiale s'estompent au bénéfice de cette seule caractéristique : je suis malade. La maladie prive la personne du plaisir d'être ou d'apparaître comme elle le souhaite. La stomie va venir marquer par sa présence la maladie.

Si le langage qui annonce est trop technique, « jargonnant », il ne permet pas à la personne de se l'approprier. Si l'annonce est trop brutale, la personne va peut être rien entendre parce que sinon elle s'effondre sur le plan psychique et elle peut en toute bonne foi dire après qu'on ne lui a rien dit. Si l'annonce est faite dans un registre trop banal pour épargner le patient (ce n'est rien, ce n'est pas grave ou il y a plus grave), cela ne l'aide pas non plus à intégrer l'information. Souvent la personne cherche à être rassurée : ce n'est pas trop grave, je vais m'en sortir, je vais guérir, j'ai combien de chances...

Quelle que soit la manière de dire, cela va être un choc pour la personne, alors autant l'amortir le plus possible en donnant une information adaptée, partielle si on sent que la personne aujourd'hui ne peut pas en entendre plus, en tenant compte des réactions qu'elle peut avoir.

Il faut bien-entendu du temps, et une annonce de cancer ou de maladie chronique grave, ne devrait jamais se faire en 5 minutes, sans que la personne n'ait le temps de poser des questions, de se faire préciser les choses. (Gaugant, 2005, p 1-2).

2-Adaptation et qualité de vie des patients stomisés

Comme évoqué plus haut, les nombreux changements engendrés par la pose d'une stomie demandent au patient d'accepter sa nouvelle apparence mais aussi de nouvelles contraintes. Il doit se « mettre en confiance » avec l'appareillage, affronter le regard des autres, s'auto-former pour gérer sa vie quotidienne.

Les différents articles analysés dans le cadre de ce dossier s'accordent tous sur 3 concepts affectant l'adaptation des patients à la stomie : (Feulien & Crispin & Deccache, 2010, p5).

2.1 L'acceptation physique**2.1.1 Diminution des capacités**

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

A cela s'ajoutent d'autres problèmes tels que : la fatigue, manque de force, troubles du sommeil, douleur, incontinence, mal-être physique, problèmes de peau autour de la stomie, difficultés liées au retour au travail ou rencontrées dans les loisirs et les voyages, etc.

2.1.2 Sentiment d'insécurité

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

Relatent leur inquiétude : ils ont peur de blesser la stomie ou que la poche ne cède, ils redoutent la vidange de la poche dans un lieu public et craignent que d'autres personnes puissent sentir l'odeur. (Feulien & Crispin & Deccache, 2010, p6).

2.2 L'acceptation psychosociale**2.2.1 Acceptation de soi**

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

Les patients ont le sentiment de ne pas/ plus être « comme les autres » et de ce fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime d'eux-mêmes. (Feulien & Crispin & Deccache, 2010, p7).

2.2.2 Acceptation par les proches (influence sur la vie sociale)

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

Les patients stomisés craignent les fuites et les odeurs, surtout lorsqu'ils sont en contact avec des personnes extérieures. Certains patients racontent par exemple l'impossibilité de retourner à la piscine ou au sauna. Les personnes porteuses d'une stomie, globalement, ont peur que les autres puissent voir l'appareillage au travers de leurs vêtements. Ils craignent que cette vision provoque des changements dans leurs attitudes et enfin, provoquent une modification de leur propre vie sociale.

Certains patients se sont repliés sur eux-mêmes, tandis que d'autres ont limité leurs contacts sociaux aux amis, aux voisins et autres personnes dans la même situation.

Certains affirment d'ailleurs rechercher des personnes « comme elles ». Aucun des patients ne dit pourtant avoir été traité différemment une fois la

présence de la stomie révélée, et, les patients l'ayant annoncé n'ont pas rencontré de problème particulier pour en parler.

Enfin, alors que le regard des soignants participe au soutien social, aucune étude ne s'est intéressée à l'influence du regard des soignants sur l'acceptation par les patients de leur stomie. (Feulien & Crispin & Deccache2010, p7).

2.3 L'adaptation pratique

A la sortie de l'hôpital, le stomisé doit être capable de vider sa poche, de changer son appareillage et de soigner la stomie.

Le rôle d'éducation aux soins des infirmières est alors primordial.

Des études, relèvent cependant que l'apprentissage de l'auto-soin ne peut débuter que si le patient accepte sa nouvelle image corporelle. Cela se manifeste par : regarder et parler de la stomie, toucher la poche, laisser voir la stomie par le conjoint ou une personne de l'entourage, etc.

Des observations sur l'adaptation des patients à leur stomie lorsqu'ils reçoivent, avant l'opération, des informations concernant leur opération, des détails sur les différents types de poche et la manière de les changer. Ainsi, les auteurs constatent que les patients ont une plus grande confiance en eux pour la réalisation des manipulations et des soins de leur stomie quand ils ont été informés. Par ailleurs, les patients ayant eu préalablement des interactions avec un stomathérapeute s'adaptent mieux, psychologiquement, aux différents changements qu'occasionne le placement d'une stomie. (Feulien, Crispin, Deccache, 2010, p8).

2-3 Qualité de vie

Le patient porteur d'une dérivation intestinale temporaire ou définitive vit des changements et selon les personnes, ils seront intégrés avec plus ou moins de facilité. Cette période, qui peut en moyenne durer une bonne année, peut être considérée comme un long parcours pendant lequel le patient stomisé redéfinit son état. Dans le cas d'une stomie définitive, il est possible que le patient

conserve de sérieux soucis surtout liés à une altération de l'image corporelle et de l'activité sexuelle. (Soravia & Beyeler & Lataillade, 2005).

2-4 L'image corporelle

Une stomie entraîne une altération de l'image du corps ; il y a une rupture dans la représentation mentale que l'individu a de son propre corps. Certaines personnes décrivent le sentiment d'être amputées, endommagées, et peuvent avoir la sensation d'être coupées en deux. Ce changement suscite une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation. Bien souvent, l'intensité des réactions émotionnelles à la modification du corps est moins liée à la gravité de l'incapacité qu'à l'importance attribuée à l'aspect physique. Cette perte d'intégrité engendre parfois une réaction dépressive ou d'autres mécanismes de défense comme le déni, la banalisation ou parfois l'humour qui permettent de ne pas se laisser submerger par l'angoisse et le désespoir. Ces réactions sont à reconnaître et à respecter par les soignants car ce processus a la fonction de faire face à la douleur de la perte. Il s'agit pour les soignants d'avancer avec, en tentant de mobiliser le patient et ses ressources pour l'aider à intégrer cette atteinte dans sa vie quotidienne.

La manière dont la stomie a été confectionnée influence l'image corporelle du stomisé : sa taille, sa forme favoriseront ou pas l'intégration de la stomie dans la nouvelle image que la personne percevra d'elle-même. Une stomie petite, bien faite et bien placée nécessitera moins d'attention, de temps et de soins pour l'appareiller.

Des sensations fantômes dans la région du rectum, lors d'amputation, peuvent persister, entraînant de l'inconfort et des craintes. (Soravia & Beyeler & Lataillade, 2005).

2-5 L'activité sexuelle

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

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

Des dysfonctions sexuelles peuvent relever directement de la dynamique de la relation dans le couple. Il est important pour les soignants (chirurgien, médecin, stomathérapeute) lors du suivi ambulatoire à long terme, d'explorer ce domaine afin de discerner le mieux possible le type de difficultés et orienter le

patient vers des consultations spécialisées : urologie, sexologie, thérapie de couple ou psychothérapie. (Soravia & Beyeler & Lataillade, 2005).

2-5-1 Conseils à apporter

À la personne stomisée

Avant toute relation sexuelle, il faut avoir une hygiène corporelle rigoureuse, choisir un bon appareillage, le changer et le contrôler, mettre de mini-poches ou des obturateurs lorsque cela est possible, pratiquer l'irrigation colique (colostomie gauche), mettre des gélules désodorisantes et des comprimés gélifiants dans la poche en cas d'iléostomie et aussi dans la poche à urine le temps de la relation sexuelle, se faire confiance, créer le désir, un climat positif, une ambiance. Les femmes peuvent utiliser des patchs stimulant le désir, porter des sous-vêtements attrayants (guêpière, écharpe nouée à la taille cachant la poche), utilisé du gel lubrifiant.

Le choix de certaines positions est aussi important. Mais aussi, afin qu'un appareillage soit efficace et réalisable par les patients eux-mêmes, la stomie doit être réalisée selon les critères définis de l'emplacement idéal et, pour cela, il est capital que le repérage s'effectue avant l'acte chirurgical par une personne formée à cette pratique. La compétence du chirurgien et son implication sont importantes.

2-5-2 Au couple

Après avoir repéré quelles sont la relation et la communication au sein du couple, nous insisterons sur le fait qu'il est important de se parler, d'exprimer ses émotions, ses peurs, de réapproprier le toucher, les caresses, de favoriser l'instant présent, de créer un climat positif, d'accepter, d'autres formes de sexualité, d'accepter que la sexualité ait besoin de se « ré-appriivoiser », de se donner un temps, de maintenir l'espoir, d'oser en parler aux professionnels et de consulter un spécialiste s'ils en ressentent le besoin. (Rama, 2007, p22).

Synthèse de chapitre

La stomie c'est une maladie lourde, qui a un impact sur la psyché du patient, sa gravité est liée à la nature de type classé et les complications qui pourront en joindre.

Dans le chapitre suivant nous allons le consacrer sur le fonctionnement mental afin de vérifier la nature de fonctionnement chez les patients souffrants de la stomie.

Chapitre II :

Le fonctionnement mental

Préambule

Le fonctionnement mental est un concept qui englobe plusieurs pôles ce qui le rend difficile à définir et à l'interpréter. Dans ce chapitre nous allons aborder la définition de fonctionnement mental ainsi que quelques notions psychanalytique tel que la structure, personnalité, la normalité et la pathologie.

Nous allons expliquer l'appareil psychique freudien selon ses points de vue, les mécanismes de défense, angoisse, ainsi que la relation d'objet.

1-Définition de quelques concepts clés

1-1Le fonctionnement mental

Obéit à deux régimes : celui des processus primaires rend compte d'une circulation libre de l'énergie, des processus automatiques de décharge, d'une pensée associative incontrôlée ; celui des processus secondaires soutient le Moi, instance d'adaptation au réel, entravant le processus primaire par l'obligation de rétention de la décharge, l'élaboration de la pensée, la prise en considération des contraintes de la réalité dans la satisfaction des besoins pulsionnels. (Chabert, 2004, p11).

1-2 La structure

Jean Bergeret dans son livre la personnalité normal est pathologique précise : « En psychopathologie la notion de structure correspond à ce qui dans un état psychique de morbide ou non, se trouve constituer par les éléments métapsychologique profonds les fondamentaux de la personnalité fixé en assemblage, stable et définitif.

En effet, derrière le jeu caractériel, fonctionnel ou morbide, derrière une symptomatologie éventuelle et toujours superficielle, il convient de rechercher les bases constantes sur les quelles repose le fonctionnement mental et tel ou tel

groupe de sujets identiques dans leurs mécanisme psychique fondamentaux ». (Bergeret, 1996, P47).

S. Freud dans ses nouvelles conférences, en 1932 rappelle que si nous laissons tomber à terre un bloc minéral sous forme cristallisée, il se brise ; mais il ne se brise pas d'une façon quelconque. (Bergeret, 1996, P48).

1-3 La personnalité :

La personnalité est une structure dynamique intégrative et intégrante, assurant une unité relative et la continuité dans le temps de l'ensemble des systèmes qui rendent compte des particularités propres à un individu, de sa manière de sentir, de penser, d'agir et de réagir dans des situations concrètes. (Simone, 1991, p 4-5).

1-4 La normalité

Le terme de normalité serait ainsi réservé à un état d'adéquation fonctionnelle heureuse au sein seulement d'une structure fixe, qu'elle soit névrotique ou psychotique.

1-5 La pathologie

La pathologie correspondrait à une rupture d'équilibre au sein d'une même lignée structurelle. Le soin, à partir de cette conception aurait pour but de permettre à la personne de retrouver un équilibre au sein de sa lignée structurelle. (Bergeret, 1996, P20).

2- La notion de l'appareil psychique de la métapsychologie Freudien

La théorie psychanalytique repose sur une conceptualisation du fonctionnement psychique selon trois aspects : topique, dynamique et économique. Tout phénomène psychique doit être analysé selon ses trois aspects. Freud échafaude et construit la représentation d'un appareil psychique comme un instrument dont les parties composantes sont appelées instances ou système. L'appareil constitué de ses déférents systèmes s'engage dans une

direction qui part d'une extrémité sensitive vers une extrémité motrice : le premier modèle de l'appareil psychique (interprétation des rêves) est ainsi construit sur celui de l'appareil réflexe. Cependant, à l'intérieur des systèmes, un certain nombre de différenciation qui leur sont attribuées. Les perceptions laissent des traces conservées grâce à la mémoire ; il faut donc envisager l'existence de deux systèmes : l'un est essentiellement perceptif et donne à la conscience la multiplicité et la variété des qualités sensibles mais il ne retient rien. L'autre au contraire conserve fidèlement les traces grâce aux souvenirs qui sont inconscients mais en témoigne que faiblement des qualités sensibles. Les deux systèmes assurent des tâches très différentes et par conséquent la mémoire et la qualité qui caractérisent la conscience s'excluent l'une de l'autre dans les systèmes psychiques. Le passage d'un système à l'autre se fait grâce aux senseurs qui exercent un contrôle et renforcent l'aspect spatial de la théorie de l'appareil psychique. (Braconnier et al 2006, P29).

Selon Freud l'appareil psychique c'est rendre la compréhensible la complication du fonctionnement psychique en divisant ce fonctionnement et en attribuant chaque fonction particulière à une partie constitutive de l'appareil. (Freud, 1900, p 144).

2-1 Le point de vue topique : structure l'analyse des données :

Le système conscient/ préconscient/inconscient est régulièrement convoqué dans l'appel de la consigne qui consiste à associer à partir d'un stimulus visuel (externe) des images soutenues par des représentations inconscientes (internes) ;

Le système Moi/ça/Sur moi, occupe une place centrale dans l'appréhension du conflit intrapsychique, notamment en termes de désirs et de défenses.

2-2 Le point de vue dynamique : offre un développement essentiel dans l'analyse des protocoles : il est certes fortement articulé au conflit psychique, mais sous-tend dans le même mouvement les déploiements associatifs qui en découlent au cours de la passation.

2-3 Le point de vue économique : est constamment pris en compte dans l'appréciation de l'intensité de l'excitation susceptible d'apparaître : débridé, débordante, impossible à contenir dans un emballage irréprensible, mobilisant des traitements repérables grâce à la spécificité des mécanismes de défense utilisés pour l'intégrer au processus associatif. (Chabert, 2004, p 26).

3. l'angoisse

Dans l'acception commune, l'angoisse correspond à un éprouvé, synonyme de peur et de malaise intérieur diffus. Ainsi, pour le sens commun, le chevauchement des deux termes angoisse et peur est-il indiscutable.

L'usage commun tend, cependant, à réserver le mot angoisse à l'éprouvé, au ressenti de striction ou d'oppression avec pour corollaire l'idée d'une menace floue et abstraite, alors que l'usage du mot peur renvoie à une menace concrète et identifiée et donc à la représentation du danger. Cela explique que l'on a pu les différencier par leur contexte de survenue, en définissant l'angoisse comme une peur sans objet.

L'angoisse en tant qu'expérience vécue, elle est très liée à la peur, signal de danger.

Cependant, les éprouvés de peur et d'angoisse peuvent se différencier.

En tant que système d'alerte, la peur est associée à une notion de surprise et aux corrélats de la mise en jeu du système sympathique. L'angoisse correspond, quant à elle, à des sensations de serrement de gorge, d'oppression, de striction, ressentis communs à d'autres contextes que la peur. Ces manifestations corporelles de l'angoisse sont celles de la détresse, comme l'atteste d'ailleurs le sens étymologique commun des mots angoisse et détresse.

L'expérience commune de l'angoisse et de la peur explique sans doute que, contrairement aux philosophes, la notion d'angoisse ait été considérée par les psychopathologues comme plurielle.

Dans *Inhibition, symptômes et angoisse* (1926), S. Freud le souligne lorsqu'il différencie angoisse automatique et angoisse devant un danger réel. Il lui

manque cependant l'appareil conceptuel de l'attachement, dont il a cependant une sorte de « préscience » dans la théorie du traumatisme de la naissance proposée par O. Rank. Il note que l'«angoisse automatique », qui ressemble à l'expression d'un désarroi, « apparaît comme réaction à l'absence ressentie de l'objet ». Cette forme d'angoisse se différencie, pour Freud, de l'angoisse-signal ou angoisse devant un danger supposé réel, pour laquelle il existe toujours un signal identifiable qui suscite la peur, que ce signal soit fantasmatique ou qu'il se situe dans la réalité. Dans le cas des névroses de défense, la peur fantasmée, mais bien réelle, correspond à la peur de la castration. (Boulenger& Lépine, 2014, p52).

4- La relation d'objet

Freud définit l'objet comme la représentation psychique de ce qui est visé par la pulsion.

Cet objet n'est pas nécessairement une personne totale : aux stades prégénitaux, il s'agit d'objets partiels, objet oral ou anal.

L'objet est le moyen par lequel la pulsion cherche à atteindre son but.

La pulsion est dirigée vers un certain type d'objet, objet fantasmatique marqué par l'histoire infantile de chacun.

Rappelons également que la notion de relation d'objet correspond à une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets qui met en jeu une certaine organisation de la personnalité, et en particulier, un type privilégié de défenses caractéristiques de cette relation.

Ces définitions empruntées au Vocabulaire de Laplanche et Pontalis (1987).

De ces définitions, retenons un aspect essentiel: l'objet, au sens psychanalytique, ne correspond pas nécessairement à la vie relationnelle réelle d'un sujet, telle qu'elle apparaît dans ses comportements sociaux et affectifs.

Il constitue une représentation fantasmatique issue de sa vie infantile qui tend à être réactivée au cours de ses expériences relationnelles ultérieures.

Il appartient à la vie psychique interne et au moins en partie inconsciente du sujet.

Mais si la relation objectale n'est pas simplement la relation d'un sujet à autrui, celle-ci est modelée par ses images internes de l'objet.

Ce rapport entre objet interne et externe a été interprété différemment selon les auteurs.

Winnicott a apporté un éclairage nouveau avec sa notion d'objet transitionnel, comme intermédiaire entre le fantasme d'omnipotence et la prise en compte de la réalité externe. (Gaudriant & Baroth, 1990).

5- Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense représentent classiquement la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions. Ces manœuvres, mesures ou opérations défensives sont des activités inconscientes du moi. Leur activation est involontaire. La défense est principalement dirigée contre les pulsions, ses représentants idéatifs et fantasmatiques et les affects qui y sont liés : Le moi n'est pas seulement en conflit avec les rejets du ça qui essayent de l'envahir pour avoir accès au conscient et à la satisfaction. Il se défend avec la même énergie contre les affects liés à ces pulsions instinctuelles. Lors du rejet des exigences pulsionnelles, c'est toujours à lui qu'incombe la tâche capitale de se débrouiller au milieu des affects : amour, désir, jalousie, humiliations, chagrins et deuil, toutes manifestations qui accompagnent les désirs sexuels ; haine, colère, fureur, liées aux pulsions agressives. Tous ces affects (...) se voient soumis à toutes sortes de mesures qu'adopte le moi pour les maîtriser (...). Chaque fois qu'un affect se modifie (...) c'est que le moi à agi. (Chabrol & Stracey, 2013 p3).

Les mécanismes de défense sont regroupés différemment selon le modèle théorique qui le sous-tend. Ainsi, dans une approche psychanalytique, Catherine

Chabert (1997) classe les mécanismes de défense en quatre grandes catégories. Elles se réfèrent ainsi à des procédés défensifs :

1. rigides tels que l'intellectualisation, la dénégation, le refoulement ;
2. labiles tels que la dramatisation, le refoulement ;
3. basés sur l'inhibition telle que l'évitement ;
4. basés sur des émergences en processus primaires tels que la projection, le déni, le clivage.

Pour cet auteur, l'analyse des défenses ouvrent sur une interprétation qui contribue au diagnostic psychopathologique et qui permet de différencier névrose obsessionnelle, hystérique, fonctionnement narcissique, limites et/ou psychotique. (Castro, 2006, p133).

6-L'image du corps

L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines, répétitive vécues aux sensations érogènes élective, archaïque ou actuelles. Elle peut être considéré comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce avant même que l'individu en question soit capable de désigné par le pronom personnel (je) sache dire (je), je veux faire entendre que le sujet inconscient désirant en relation au corps existe dès la conception.

(Dolto, 1984, pp.22-23)

Donc on peut considérer l'image du corps comme ensembles de toute premières et nombreuses impressions gravées dans le psychisme au cours de l'enfance par les sensations corporelles qu'un bébé, voir un fœtus éprouve au contact charnel affectif, et symbolique avec sa mère. Des sensations éprouvées au long des trois premières années de la vie jusqu'à la découverte par l'enfant de sn image dans le miroir. (Nasio, 2007, p.25)

7- Les différentes structures de la personnalité**7-1 la structure psychotique**

La structure psychotique correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie. C'est une impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme un objet distinct de la « mère sujet », personnalité elle-même incomplète ne pouvant concevoir de se séparer de cette partie indispensable à son propre Moi. Et ceci se produit bien sur avec la complicité plus en moins active du père.

Les mécanismes de défense psychotiques principaux employés sont : la projection, le clivage du moi, le déni de la réalité. (Bergeret, 1996, p 73).

7-1-1 La structure schizophrénique

Parmi les structures psychotiques, la structure schizophrénique se situe dans la position la plus régressive tout autant de point de vue de l'évolution libidinale que du point de vue du développement du Moi. (Bergeret, 1996, p 76).

S. Freud avait très tôt défini la schizophrénie sous le vocable de « névrose narcissique » pour insister sur l'importance de la régression narcissique massive primordiale dans cette entité. Le fonctionnement mental de monde de mode schizophrénique est guidé par les mécanismes de déplacement, condensation et symbolisation tributaires des processus primaires, ce qui entraîne du même coup une distorsion, au moins partielle, de la réalité, un relâchement des associations et une apparente logique, dite « autistique ». (Bergeret, 1996, p 77).

7-1-2 La structure paranoïaque

Parmi les structures authentiquement psychotiques, la structure paranoïaque occupe la position la moins régressive sur le plan de l'évolution libidinale, bien qu'il ne soit pas certain qu'elle occupe une place plus progressive que la structure mélancolique sur le plan des développements du Moi.

On peut dire que, si la structure schizophrénique se trouvait marquée par des fixations pré-génitales à dominante orale, la structure paranoïaque, quant à elle,

correspond spécifiquement à une organisation psychotique du Moi fixé à une économie prégénitale à prépondérance anale et touchant plus particulièrement le premier sous stade anal.

Si la structuration schizophrénique représentait une opération de sauvetage destinée à maintenir en vie un Moi bloqué au tout début de son émancipation du non Moi, le mode de structuration paranoïaque, au contraire constitue une position repli devant un échec pour intégrer les apports de deuxième sous stade anal. : la moins régressive du point de vue de l'économie libidinale. Économie prégénitale à dominance anale (1er sous-stade). Le Moi n'est pas ici bloqué au tout début, mais en position de repli devant un échec pour intégrer les apports du 2e sous-stade anal. (Bergeret, 1996, p 79).

7-1-3 La structure mélancolique

La structure mélancolique occupe une position intermédiaire entre la structure schizophrénique et la structure paranoïaque.

Cette hypothèse paraît exacte quant un degré atteint par l'évolution libidinale, mais n'est pas certaine quant à l'état d'élaboration du Moi ; il semble en effet que le Moi mélancolique, bien que fortement régressé, ait atteint un niveau de maturation et d'adaptation antérieure bien supérieure à celui des organisations paranoïaques.

D'autre part il paraît capital dans le présent essai de classification structurelle de se tourner vers la clinique et de considérer que sur ce plan on ne retrouve pas dans l'autogenèse des états mélancoliques une progression suivant les premiers stades de « pré structure » le long de la lignée psychotique tel que cela a été décrit à propos de la lignée structurelle psychotique en général et des structures schizophrénique et paranoïaque en particulier.

La structure mélancolique apparaîtrait donc comme occupant une place tout à fait à part dans la classification structurelle de mode psychotique. (Bergeret, 1996, p 84).

7-2 la structure névrotique

Bergeret fournit une description de la structure névrotique selon son schéma habituel : relation d'objet, entraînant un type d'angoisse contre laquelle sont utilisés des mécanismes de défense. Dans la structure névrotique,

La relation d'objet est génitale (alors qu'elle est fusionnelle dans la structure psychotique et anaclitique dans l'état limite),

L'angoisse de castration domine (alors qu'il s'agit d'une angoisse de morcellement dans la structure psychotique et de perte d'objet dans l'état limite),

Le mécanisme principal est le refoulement, associé à des défenses secondaires (selon la névrose, annulation et fixation, déplacement, évitement).

La structure névrotique est constituée par le refoulement de désir génitaux (sexuels qui concernent un objet total) menaçant pour le Moi car suscitant une angoisse de castration. La rupture de l'équilibre entraîne les manifestations névrotiques (les symptômes au sens psychiatrique du terme). (Pedielli & Bertagne, 2010, p35).

7-2-1 La structure obsessionnelle

La structure obsessionnelle n'a jamais eu, chez les psychopathologues, meilleure réputation du côté psychotique ; affectivement certaines entités passent pour fort « rebelles », ce qui ne veut dire ni qu'elles se trouvent les seules à ne pas se montrer dociles au contact ou à la thérapeutique.

D'autre part, il n'est pas toujours facile de distinguer une structure obsessionnelle demeurée de nature névrotique bien qu'à manifestations pseudo délirantes d'allure psychotique d'une structure psychotique mettant en avant de luxuriantes défenses obsessionnelles. (Bergeret, 1996, p 107-108).

7-3 les états limites

Le terme « état limite », héritier de l'anglicisme *borderline*, semble avoir été forgé pour rendre compte, entre autres, de ces situations de sujets non

psychotiques présentant des épisodes délirants : déréalisation ou dépersonnalisation, épisode interprétatifs avec éléments persécutifs.

L'organisation limite se situe « entre » la structure névrotique et la structure psychotique. Bergeret évoque à son origine l'existence d'un traumatisme affectif reçu alors que le Moi a déjà dépassé le stade du morcellement mais n'a pas atteint la période œdipienne.

L'« aménagement limite » est donc la conséquence d'un « premier désorganisateur » (« désorganisateur précoce ») de l'évolution. Ce traumatisme originaire serait l'effet d'un émoi pulsionnel survenu dans un état de non préparation l'enfant entre brutalement et trop précocement dans une situation génitale qui constitue alors une menace pour son intégrité narcissique. Le traumatisme déclenche une réaction de désinvestissement pulsionnel immédiat et un retrait narcissique. Le développement se fige alors dans une « pseudo latence » qui implique que la situation œdipienne ne soit pas élaborée. Cette situation constitue le tronc commun aménagé qui peut évoluer pendant toute la vie de sujet. Il s'agit d'un aménagement limite et non pas d'une structure, au sens ou l'entend Bergeret. L'état limite se caractérise par une relation d'objet particulière.

Les mécanismes de défenses contre l'angoisse sont, pour Bergeret, de dédoublement des imagos (clivage en bon et mauvais objet) et la forclusion (terme a un sens différent de celui de Lacan). D'autres mécanismes de défenses sont présents. Le clivage constitue un des mécanismes principaux de l'état limite. Mais l'idéalisation primitive, le déni, l'omnipotence, l'agir, la dévalorisation, certaines formes d'identifications sont assez fréquemment retrouvées. Le Moi du sujet limite n'est pas morcelé mais déformé ; il comporte un aspect lacunaire « vocabulaire ». Il se caractérise par une incomplétude narcissique primaire que le Moi cherche à combler, notamment par des investissements idéalisés de l'objet. (Pardinielli & Gimenez, 2002, p 102-103).

8. considération général sur le Rorschach**8.1 La partie technique :****1. la définition de test Rorschach**

Le test Rorschach publié pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse « Herman Rorschach » (1884-1922).

Le test est un outil d'évaluations psychologique de type projectif utilisé pour analyser la personnalité et la nature de fonctionnement mental. Le rorschach est constitué de dix (10) planches dans lesquelles figure des taches d'encre de différentes formes et de couleurs ; cinq taches sont de l'encre noire sur fond blanc, deux sont de l'encre noire et rouge sur fond blanc et trois sont multicolores.

Sa consigne est « *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* ».

Certains cliniciens ajoutent : « *il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses, dites tout ce qui vous vient à l'esprit en regardant les planche.* » (Chabert, 1983, p 29).

2. Présentation des planches : voir l'annexe 03

3. Les étapes de la passation de Rorschach : se fait en 4 étapes, 3 étapes obligatoire et une étape supplémentaire.

3.1 La passation spontanée

C'est une étape où la consigne est formulée dans la langue la plus adéquate et compréhensible, dans le cas où le patient demande en cours d'avantage d'explication sur la consigne le professionnel doit l'expliquer tout gardant le sens, au moment de l'administration de l'examineur comptera le temps de latence initial ainsi que le temps de la planche, le temps de latence initial consiste à l'écart temporel qui sépare entre l'administration de la planche et la première réponse cotable « la réponse cotable est la réponse dans laquelle il y a

une identification de la tache comme étant un objet. Un silence intra récit long, un silence intra récit court. Son oublié de mentionner la position de la planche. Positions normale, position inversé, position droit au gauche. »

3.2 L'enquête

C'est une phase d'investigation qui permis la récolte d'avantage de données sur les réponses concernant la planche elle est précédé par une consigne bien précise « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essaieriez de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées vous pourrez n'en faire part » (Chabert, 1997) c'est un technique verbal porte sur la localisation de réponses par le par le moyen de la question directe.

3.3 L'enquête aux limite

Quand le sujet n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, kinesthésie, localisation D...) ou n'a pas vu une réponse habituelle (en particulier à la Planche III, « deux personnages », et à la Planche V, « une chauve-souris »), on peut l'inviter explicitement à la faire, afin de déterminer s'il s'agit d'une négligence, d'un blocage passager et surmontable ou d'une incapacité psychique fondamentale.

3.4 Choix préférentiel

Une fois le test est terminé, on demande ou sujet de choisir parmi les 10 planches les deux planches préférées celle qui lui plaisent le plus, et les deux planches qui lui déplaisent le plus.

4. La cotation de rorschach

A/ localisation : sa concerne la partie de la tache qu'elle à fait l'objet de réponse.

L'étude des localisations permet de comprendre comment un individu gère les ambigüités et les incertitudes de son contexte, d'une manière générale, la partie de la planche choisie par le sujet indiqué sa manière personnel d'approcher la réalité et son environnement.

L'analyse des localisations permet de d'écrire le style particulier du sujet.

Les localisations peuvent être réparties en deux grandes catégories habituelles et inhabituelles. Les localisations habituelle (Castro, 2006, p110) associées à des déterminants formels de bonne qualité, reflètent généralement l'existence de solides liens à la réalité. Les localisations inhabituelles se référant à des parties incongrues de la planche, sont associées à des manifestations d'anxiété de peur ou à des tendances compulsives.

La réponse globale : elle montre l'efficacité de l'interaction entre la personne et son environnement selon Nina Rausche (1970), la réponse globale est une composante de l'intelligence, une approche mentale, une orientation d'esprit, une tendance à saisir les choses dans l'ensemble .pour Chabert (1997), les réponses globales témoignent d'une adaptation base à la réalité objective.

Un grand nombre de réponses globales reflète une forme d'activité intellectuelle qui ne peut être évaluée qu'en fonction de la qualité des réponses. Apparaissent plus fréquemment aux planches I.IV .V. et VI et plus rarement aux planches III, VIII, IX et X.

Les réponses détail : pour R rorschach, les réponses détaillées traduisent la manière dont une personne réagit aux aspects évidents d'une situation .les détaillées apparaissent plus fréquemment a la planche X .cependant l'interprétation des réponses D doit prendre en compte le nombre totale des réponses en effet, un nombre important de réponses augmente la probabilité d'apparition des D.

Pour Chabert (1992), les réponses détail s'apparentent aux facteurs impliquées dans le fonctionnement cognitif.

Ils témoignent d'une pensée plus analytique et donc plus discriminante, qui à son tour s'inscrit dans le registre les significations socialisantes et adaptatives.

Un faible nombre de réponse D peut, dans certains cas indiquer l'existence d'habitudes perceptives inadéquates ou d'une approche centrée sur l'évitement et le sécuritaire plutôt que sur l'inhabituelle et le nouveau.

Les réponses Dd : pour Nina Rausche de Traubenberg (1970) le Dd constitue un élément plus personnel et plus projectif, que le sujet crée plus qu'il ne perçoit. Lorsque le Dd apparaît dans une proportion correcte par rapport aux

Réponses globale et de détail, ils témoignent de l'existence d'un esprit d'intuitive, ou le sujet combine la capacité à se retirer d'un environnement connu avec celle de gérer l'inconnu.

Les réponses espace blanc : un grand nombre de réponses traduit soit la présence d'un processus négativisme soit la difficulté à faire face à la colère, Nina Rausch (1970) les BL n'ont pas de valeur interprétative univoque celle-ci dépend de leur distribution dans le test, de leur surface et position dans la planche la présence des BL sous tend entre autres, une réaction chimique à une situation traumatisante.

Il existe 4 formes de localisation

- Réponse **G** Global (c'est toute la planche).
- Réponse **D** Détail (une partie de la tache).
- Réponse **Dbl** Détail blanc pur.
- Réponse **Dd** un petit détail de la planche.

B/ déterminant : la deuxième partie de notation d'une réponse au Rorschach et il indique l'élément sur lequel le patient s'est basé pour donner sa réponse.

Les déterminants sont vus comme étant le noyau du Rorschach, Les déterminants mettant en évidence les singularités de fonctionnement du sujet. Dans la Schéler affective et cognitive ainsi que la manière dont ces deux aspects interagissent.

Les déterminants formel forme : la quantité de réponse pure forme dans un protocole a été généralement utilisée pour appréhender dans quelle mesure une personne peut retirer l'affect d'une situation.

Un nombre élevé de réponses F pointe chez le sujet vers une attitude défensive ou contrite de type évitement pouvant aller jusqu'à un style habituelle le fonctionnement.

Un faible nombre de réponses suggère la présence d'un état émotionnel aigu.

Les réponses kinesthésie humaine: sont celle qui ont fait l'Object d'un grand nombre de recherche, du fait de la complexité des activités qui y sont liées (Exner, 1993) leur interprétation repose tant sur l'analyse quantitative que sur l'étude des aspects qualitatifs. Leur interprétation et mise en perspective avec les données de l'anamnèse.

Un grand nombre de réponses associées à une mauvaise qualité formelle suggèrent un débordement de la vie intérieure ou fantasmatique ou la présence de symptômes psychotique.

Un faible nombre de kinesthésies humaines se retrouve chez des personnes dépressives ou très impulsives ou très rigidifiés.

Les réponses mouvement animal : si les réponses kinesthésies humaines agissent comme des médiateurs entre la vie interne et le monde, extérieur les kinesthésies animales traduisent une forme moins élaborée et moins contrôlée d'impulsion émotionnelle. (Castro, 2006, p 116)

Pour Chabert(1997), les kins concernant les motions pulsionnelles dans leurs aspects agressifs ou libidinaux et ces quêtes objectales primaires.

Les kinesthésies d'objet : pour les partisans du système intégré, les kinesthésies d'objet témoignent de l'existence de processus mentaux surviennent

en dehors de contrôle conscient de la personne, ces réponses indiquant l'existence d'une menace redoutée qui obviendrait en monde extérieur et vis de la quelle le sujet se sent désarmé.

Les déterminants chromatique : pour exner (1993) la manière de manier les déterminants reflète la façon dont un sujet gère est ou exprime sa vie émotionnelle si les déterminants C, CF, dominant, alors dans la vie émotionnelle du sujet peut se trouver désorganisée dans ces l'affect fait irruptions dans le fonctionnement individuelle, le comportement qui s'en suit est d'écrit comme étant hyper réactif labile ou émotionnel.

Un faible nombre des réponses couleur chromatique dans un protocole, souligne la présence d'une inhibition émotionnelle .d'un retrait affectif ou d'une certaine répression de l'expression.

- Les réponses **F**orme.
- Les réponses **M**ouvement ou **K**inesthésie.
- Les réponses **C**ouleur.
- Les réponses **E**stompage.
- Les réponses «**Clair-obscur** ».

C/ contenu

Certaines catégories de contenus (humain, animal, sexuel, anatomie, botanique, géographie, architecture, objet, nature, vêtement...).

cette catégorie offre une importante information sur les préoccupations ,les intérêt, les besoins et la nature des interactions sociales du sujet .une grande variété de contenus est associée a une forme de flexibilité voire une richesse psychique , alors qu'un faible nombre est en lien avec une forme de rigidité et de contrition .

Les contenus à valeur sexuelle: certaines planches ou parties des planches donnent lieu à des réponses à valeur sexuelle .il s'agit des planches (II et VI) plus particulièrement.

D/ Les banalités

Réponse banal se sont des réponses statiquement fréquente dans une population.

Les réponses banales reflètent l'adaptation social élémentaire, le conformisme sociale, la participation à la pensée collective.

Aussi, un grand nombre de réponses banales témoigne de l'existence d'une forme d'anxiété .d'une peur de l'erreur qui pousse le sujet à se conformer en tout point à son groupe de référence, pour obtenir son approbation.

Un faible nombre de réponses banales décrit des sujets originaux et créatifs, lorsque la qualité femelle du protocole est de bonne qualité.

L'ensemble des cotations dans un synthé quantitatives, intitulée le résumé formelle dans le système intégré et Psychogramme (Castro, 2006, p124-125)

La cotation des réponses dans le test Rorschach consiste à traduire chaque réponse obtenu dans un système de configuration propre en test nous allons utiliser le livret de cotation cécil bézman la démarche classique prend on considération des critères généraux et quatre critère spécifique à chaque réponse.

Les critères généraux concernent le nombre total de réponses et taux moyens de réponses.

5. Le Psychogramme :

Voir l'annexe N°04

8.2 Les composantes de fonctionnement mental à travers le Rorschach :

Le fonctionnement mental au Rorschach est une façon toute personnelle qu'à chaque sujet à une manière propre de réagir face à la passation du test.

Chaque réponse est un fruit d'une rencontre entre la réalité extérieure et ses propres pensées, ses émotions, ses conflits et ses sentiments.

Donc le test de Rorschach fait appel à la sensorialité du sujet et son inconscient ainsi que sa capacité projective à partir de son interprétation libre des planches qui lui sont proposées.

Les réponses seront donc analysées par le clinicien sur des composantes précis afin de dégager des éléments permettant l'évaluation de fonctionnement mental du sujet, parmi ses composantes : la structure, mécanismes de défenses, la nature de l'angoisse, les conflits et la relation d'objet.

8.2.1- L'angoisse au Rorschach

Le détour a pu paraître long au lecteur, mais il était nécessaire pour aborder le problème difficile de l'analyse de l'angoisse au Rorschach. Il permet, en effet, de rappeler les questions essentielles qui se posent au cours de cette analyse. En ce qui concerne la seconde théorie de l'angoisse, elle retient la distinction entre angoisse flottante et angoisse focalisée, circonscrite autour d'un danger précis.

En tout se réfèrent à la troisième théorie de l'angoisse c'est face à tout protocole de rorschach à poser les questions suivantes :

Dans quelle mesure l'angoisse est-elle relativement canalisée ou bien est-elle envahissante ?

Les mécanismes de défense mis en jeu sont-ils voués à l'échec ou bien sont-ils suffisants pour permettre une activité symbolique ? Ce qui revient à se demander :

Le signal d'angoisse entraîne-t-il une réaction passive ou active de la part de moi ?

L'angoisse présente relève-t-elle d'un danger d'abandon psychique, de perte d'objet, de castration ou renvoie-t'elle à la crainte du Surmoi ? Autrement dit à quel registre conflictuel est-elle associée ?

La troisième théorie resitue l'angoisse dans la construction de l'appareil psychique et du jeu des instances. Elle justifié donc une approche synthétique de ceux-ci et dénonce le caractère superficiel et parfois inopérant des listes des signes d'angoisse proposée par les auteurs classiques.

Il apparait assez clairement que ces listes de signes ou l'indices permettent essentiellement de saisir des caractéristiques très manifestes de l'angoisse.

Le danger est de faire comme si celle-ci pouvait véritablement exister en deçà et être dégagée de façon isolée, indépendante de la problématique du sujet. (Chabert, 1983, p240- 241).

En terme diagnostic psychopathologique, les questions précédentes posent le problème des indices ou des critères de distinction entre angoisse dite névrotique et angoisse dite psychotique. (Chabert, 1983, p242).

8.2.1.1- L'angoisse dite névrotique

Il s'agit d'abord de saisir la différence entre l'angoisse dite névrotique (renvoyant au prototype de l'angoisse de castration) et l'angoisse psychotique (menace pesant sur l'être).

Cependant, au sein de la première catégorie, les manifestations de l'angoisse seront bien différentes selon le type de problématique et selon la qualité des défenses.

Dans un protocole labile : les affects d'une façon générale et en particulier les affects d'angoisse, sont massivement utilisés pour lutter contre l'émergence des représentations. Les affects sont exprimés très fortement au niveau de verbalisation et ne sont que rarement d'emblée associée aux représentations. Ici l'angoisse est utilisée comme système d'alarme pour se protéger d'une représentation désagréable refoulé.

Dans des protocoles rigides, au contraire, les manifestations d'affects sont données à minima. L'angoisse est donc perceptible dans le renforcement des défenses aussi bien dans les modes d'appréhension ou l'on trouve une augmentation des G (souci de maîtrise) ou une multiplication des découpes que dans le souci constant de coller à la réalité du stimulus (réponse F). Notons au passage que l'on retrouve les « signes » donnés par les auteurs classiques. La défense consiste ici à valoriser une réalité qui se voudrait objective contre l'émergence de représentations angoissantes et contre l'émergence de représentations angoissantes et contre l'émergence des affects associés. Dans la majorité des cas, les représentations apparaissent tout de même alors que les affects eux, sont peu présents, et cela en fonction de mécanisme d'isolation patents.

Dans les protocoles inhibés (de type phobique) on retrouve la restriction du champ perspectif, et la tendance à s'en tenir au concret, mais les affects peuvent apparaître de façon massive, brutale, en particulier sous forme du blocage et de la sidération. La focalisation des images particulièrement investies et porteuses d'angoisse est repérable (par exemple aux planche noir et rouge).

Cependant, le repérage de l'angoisse ne s'établit pas seulement au niveau du décryptage des défenses. Le type conflit, le niveau des préoccupations dominantes du sujet constituent l'élément essentiel et se repèrent d'une part dans la spécificité des réactions aux planches compte tenu de la symbolique qui les sous tend, d'autre part et en correspondance avec ses planches, dans le contenu des réponses. Par exemple, si l'en se situe au niveau de la perte d'avoir, c'est à dire au niveau d'une problématique d'identification sexuelle, l'angoisse se manifeste éventuellement face aux planche réactivant la menace castration, en particulier les II, IV, VI chez les hystériques posant clairement la question de l'identification sexuelle. Dans le protocole de type obsessionnel, cette problématique se retrouvera posé à travers les difficultés du maniement de l'agressivité, l'identification active, masculine, supposant alors l'acceptation

impossible de l'agressivité et entraînant angoisse et défense aux planches rouges qui réactivent successivement les pulsions agressives.

Dans ces cas, la problématique d'identification n'exclut absolument pas des manifestations d'angoisse associées à des éléments de registre plus archaïque, et en particulier ceux relatifs aux premières relations objectales. On peut comprendre ainsi l'appariation d'angoisse par exemple à la planche VII ou encore à la planche IX. Celle-ci est liée aux sentiments de peur qui entrave l'émergence de fantasmes pré-génitaux.

Mais en revanche, ne se pose pas, à propos de ses modes relationnels primitifs, le problème de l'identité de sujet dans la mesure où celui-ci existe en tant que sujet, entier et bien différencié par rapport à l'objet. On se maintient ici dans le registre de la perte d'objet proprement dite, qui suppose une nette différenciation entre l'intérieur et l'extérieur et l'élaboration de la position dépressive. (Chabert, 1983, p242- 243).

8.2.2- L'angoisse dite psychotique

Quand on aborde, au contraire, le registre de la perte d'être, de la perte d'identité, les choses se manifestent de façon très différente.

On assiste d'abord à une désorganisation générale laissant le terrain à l'émergence de processus primaire dominants. La notion de quantité d'affect mobilisé est alors majeure dans la mesure où le tout ou rien domine : affect massifs, débordants, envahissants ou au contraire absence totale d'affects. Quant aux contenus, ils voient essentiellement à la notion d'intégrité corporelle qu'ils portent ou non sur des images humaines. L'angoisse de morcellement vient se substituer à l'angoisse de castration, dans des contenus fragmentaires, coupés sans réelle possibilité de synthèse des éléments perçus.

La réactivité spécifique aux planches peut, à l'extrême, disparaître pour laisser place à la compulsion de répétition : ainsi le même type de réponse est donné à toutes les planches, témoignant à la fois de l'indifférenciation dedans/dehors, et de l'envahissement univoque des préoccupations concernant

l'identité. On peut dire d'une autre façon que la projection l'emporte massivement sur la perception, les mécanismes d'adaptation à la réalité étant mis en défaut.

Evidemment ce résumé est caricatural, mais on peut l'utiliser à titre d'exemple pour montrer à quel point il est difficile de séparer l'angoisse du fonctionnement globale d'un individu dans la mesure où celle-ci trouve des voies d'expression diverses et variées toujours tributaire des modalités défensives et du type problématique de chacun.

Par ailleurs, l'analyse de l'angoisse réfère aux différents aspects déjà traités dans l'étude des facteurs dont elle nécessite le rappel synthétique et réunificateurs puisqu'il s'agit d'aborder les rapports entre l'angoisse, les défenses et le registre conflictuel. (Chabert, 1983, p244).

8.2.2- Les mécanismes de défenses à travers le test Rorschach

Voilà le tableau qui résume les principaux mécanismes de défense au Rorschach selon (Castro, 2006, p 135, 136)

Tableau N° 01 : Tableau des mécanismes de défenses

Type	Définition	Au Rorschach
Intellectualisation	Processus qui sert à réduire ou neutraliser l'impact des émotions. Recours à un usage excessif de pensée abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants.	Résumer formel : 2AB+ART+AY Psychogramme : combinaison de plusieurs facteurs : présence de G organisés, K, associés éventuellement à des contenus artistique. Succession des réponses : apparition des

		contenus artistiques ou culturels après des réponses désorganisées ou largement projectives.
Dénégation	Refus de reconnaître comme siens, immédiatement après les avoires formulés, une pensé ou un désir.	Verbalisation : « ce n'est pas ..., ça ne m'inquiète pas. »
Déni Il existe différentes formez de déni allant de celle adaptatives à celle désadaptatives, qui refusent la réalité interne ou externe.	Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse. Refus de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui serait évidents pour les autres. Il existe différents type de déni, de la réalité interne, de castration.	Résumer formel : Mp>Ma ; CP ; Fr+rF Contenus de réponses : contenus inhabituels dans les localisations qui appellent généralement des réponses sexuées (déni de castration). Verbalisation : refus des percevoir la réalité externe : ex. pl, IV : « comme elle est jolie! »
Clivage Il existe différent formes	Action de séparation de l'objet sous l'influence d'une menace. Séparation des états affectifs opposés et	Succession des réponses : 2 réponses successives ayant la même localisation mais dans le contenu est

<p>de clivage, du moi, de l'objet et du surmoi</p>	<p>échec à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes.</p>	<p>antagoniste : ex.pl X, D10 : « Un homme méchant » ; 2) « un homme amoureux ».</p>
<p>Idéalisation Il existe différents types d'idéalisation : névrotique et primitive</p>	<p>Processus par lequel le sujet attribue des caractéristiques de grandeur à soi-même ou à l'objet. Le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes et externes en attribuant aux autres des qualités exagérément positives.</p>	<p>Résumé formel : Fr+fr Psychogramme : élévation du F% et du F+ %; présence de réponses centrées sur la symétrie et sur caractère spéculaire des planches. Verbalisation : discours excessifs, présence d'adjectifs retentissants : pl III « des africaines superbes. » Escalade dans la description ex. pl. VII : « un collier en métal, en argent, en or, en diamant ».</p>
<p>Refoulement</p>	<p>Rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives. Décision semi-consciente de renvoyer à plus tard le fait de porter</p>	<p>Attitude : rejet d'une planche ; refus des planches à symbolisme sexuel. Verbalisation : épaisseur symbolique des contenus témoignant de l'impact</p>

	de l'attention à une pulsion ou conflit inconscient.	fantasmatique du stimulus.
Evitement	Attitude active permettant au sujet de ne pas se confronter à des situations perçues comme menaçantes ou pénibles. Processus cognitif conscient.	Résumer formel : L>.99 ; AFR bas en fonction du EB ; Dd élevé par rapport au EB. Psychogramme : F% élevé avec de nombreux F±. Dd élevé Processus de réponse : évitement perceptif, au sein de planches spécifiques, de localisations particulières du fait de leurs caractéristiques chromatiques ou symboliques.
Projection	Opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribut à d'autres personnes ou choses de son environnement.	Verbalisation : caractère particulier, présence d'adjectifs, attribution d'intentions aux personnages perçu : ex. pl IX : « c'est une dame qui se croit surveillée et qui se la joue. Ses yeux me regardent avec une

		lueur très sexuelle ».
Régression	Retours plus en moins organisé et transitoire à des modes de pensée, des conduites, ou des relations, face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration.	Contenus des réponses : réponses associées à des estampages de texture ou explicitement faisant référence à des attitudes régressives : ex. pl. VII « une peluche en fourrure très douce » ; pl. I : « un cupidon mignon ».
Défenses maniaques	Opérations comportementales ou psychiques mises en place pour lutter contre la perception de la perte.	Succession des réponses : alternance de contenus extrêmes d'allure dysphorique et euphorique. Ex. pl. II : « l'honneur » et pl. III : « L'amour ». Verbalisation : production importante touffue et parfois confuse ; le moindre écart doit être comblé, précipitation, excitation dominante.

Tableau des mécanismes de défenses selon Dana Castro

Synthèse de chapitre

Le fonctionnement mental est un terme complexe, revient à la spécificité de chaque personne dont laquelle se développe au cours des stades de développement libidinal puis se manifeste par ses premières relations avec son entourage (la maman, le papa, la fratrie,...) ainsi que les comportements, sensations et émotions.

Le chapitre suivant va être sur la méthodologie de la recherche, nous allons en parler sur population d'étude, la méthode entamée, présentation de lieu de recherche ainsi que les techniques utilisées pour le recueil des données.

Problématique et hypothèses

Problématique

La sante selon l’OMS est un état complet du bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. En effet, la maladie survient comme une rupture dans la dynamique de la vie de l’individu, ou qu’elle soit perçu comme une réponse à un vécu psychique douloureux, la maladie prend nécessairement sens dans l’histoire du patient. (Bioy & Fouques, 2007, p26).

L’individu est constamment confronté a des divers dangers qui peuvent impacter son intégrité physique et psychique, son bien-être et son équilibre. Dans le cas d’une stomie qui peut être une conséquence de plusieurs maladies qui peuvent l’affecter citant : le cancer, rectocolite, hémorragique, la maladie de crohn.

Par ailleurs, l’intervention chirurgicale est compliquée sur le plan physique et psychique pour le patient qui doit quotidiennement gérer les conséquences de celle-ci.

En Algérie et exactement dans la wilaya de Bejaia existe 488 personnes stomisés depuis 2009 jusque’ à avril 2019 dont 314 hommes, 168 femmes, et 6enfants. (Association des stomisés de Bejaia, 2019).

Durant notre expérience professionnelle de psychologue clinicienne au service chirurgie générale pour durée de 8ans, on a eu l’occasion de prendre en charge des patients stomisés et même en suivi à domicile. Ce qui nous permet d’observer que la conjointe était la première personne à s’inquiéter sur l’état de santé de son partenaire et les complications de sa maladie qui peuvent apparaitre du jour a lendemain lui rentre dans un stress aigu. Et même au-delà elle participe d’une manière plus au moins active selon la capacité de patient à réaliser ses soins.

Les enfants de la personne stomisée étaient le deuxième paramètre touché par cette maladie leur sensibilité, fragilité, maturité les amènent à modifier leur vision vis-à-vis de leurs père qui a été toujours un symbole de force et de sécurité à une image de faiblesse et l'incapacité.

Leurs visions au près de leurs pères qui étaient toujours un symbole de force et de sécurité à une image de faiblesse et l'incapacité.

En effet, le découlement de la poche, les fuites, les odeurs empêchent le patient à continuer ses activités comme il avait avant ainsi que le temps réservé spécifiquement pour s'occuper de leurs enfants. Donc le vécu d'une maladie chronique (stomie définitive) un handicap, influence la dynamique familiale.

Des réactions de choc ,de dégoût et de répulsion face à la stomie lorsque les patients découvrent la première fois ont été mises en évidence dans différents études (Salter,1992 ;et Hallström ,2002 ;annelles,2006 ;Thorpe et al,2009) .ces réactions influencent les relations affectives et sexuelles des patients .en effet les patients expérimentent un profond sentiment de dégoût vis-à-vis leur corps.la présence d'une poche est perçue comme un « un intrus » lors des relations sexuelles(Manderson et al,2009).

En effet la personne stomisée subit un changement dans sa vie quotidienne en divers niveaux social ,professionnel et sexuel c'est pourquoi il nous paraît nécessaire de s'intéresser et de s'occuper du fonctionnement mental chez les homme ayant une stomie définitive car pour ces derniers la création d'une poche définitive est un véritable traumatisme psychique ce qui ont confirmé Penneweart et Lorent que le moment d'intervention c'est un moment sensible ,car les émotions et les sentiment s'expriment d'injustice ,incompréhension. (Penneweart & Lorent, 2011, p35).

Persson et collaborateur expliquent globalement que, les patients pensent qu'ils sont moins attirants. (Feulien & Crispin & Deccache, 2010, p6).

La détérioration de l'image corporelle est associée à des symptômes de faiblesse, de fragilité de manque d'attrait, ainsi que 'au sentiment d'être stigmatisé. Persson et Helstrom (2002) ont fait rapport sur une étude phénoméologique auprès de neuf participants, qui ont souligné le choc initial et la détresse émotionnelle ressentis lorsqu'ils ont vu leurs poches pour la première fois. Une étude classique sur ce sujet a noté que la détérioration de l'image corporelle pouvait persister pendant 10ans après la création d'une stomie. (RNAO, 2009, p23)

En outre Pennexeart et lorent (2011) ont soulignes que le sentiment de culpabilité est quasi toujours présent lorsque la confrontation à la mort est la culpabilité peut s'exprimer de façon variée par l'agressivité, des regrets. (pennexeart & Lorent, 2011, p37).

Accompagner les personnes stomisés dans cette phase de transition signifiera également d'accueillir les doutes et les questions .dans les jours qui suivent un événement critique, la manque d'information, assembler et à la colère, au deuil. (Pennexeart & Lorent, 2011, p38)

Par ailleurs, le deuil de stomisé représente un sens de perte de certaines activités, sport, porte de charge lourde, longue vacances, sorties en transport publique, la diminution des jeux avec les enfants. Ce qui veut dire que la création d'une stomie à pour conséquence la perte de la contenance, base de toute vie sociale.

Pour Fédida(2001).le deuil est une période de souffrance, avec des sentiments de peine profonde, des réminiscences douloureuses.

La vie parait souvent vide pour le malade qui suspend tout projet d'activité cette phase peut être marquée par une inhibition psychique, en particulier un

renfermement sur soi, la perte d'appétit, la perte du désir. Le sens de la réalité est préservé (Crocq et al, 2014, P102).

Le deuil peut être mis en lien avec la problématique de la sexualité et la chirurgie pour stomie peut avoir un effet considérable sur la fonction sexuelle et par conséquent sur l'intimité et la relation sexuelle non seulement pour le patient mais aussi avec son partenaire.

Selon Piwonka et ses collaborateurs (1999), l'environnement social est important après la création d'une stomie car la plus grande partie de l'anxiété des patients est provoquée par la perception de la stomie par les autres. Ainsi, l'accompagnement de la famille et l'entourage proche est primordial. Les patients qui perçoivent un moindre soutien s'adaptent plus difficilement à la stomie que les autres. Les patients ayant une poche craignent les fuites et les odeurs, surtout lorsque'ils sont en contact avec des personnes extérieures. Certains patients racontent par exemple l'impossibilité de retourner à la piscine. Les personnes porteuses d'une stomie globalement en peur que les autres puissent voir l'appareillage à travers de leurs vêtements ils craignent que cette vision provoque des changements dans leurs attitudes, provoquent une modification de leur propre vie sociale. (Fleulien & Crispin & Deccache, 2010, p6).

Mais le fait de se retrouver ensemble dans un entourage chaleureux avec la sécurité ressentie au sein de la cellule familiale, ainsi que le soutien des amis, collègues permet de se sentir que il n'est pas seul à vivre la tristesse et la souffrance, car le partage des émotions et les sentiments peuvent amener à un sentiment de sécurité et de bien être au cours de la vie.

Selon Gouveia Santos, Chaves et Kimura (2006) ont comparé les styles d'adaptation de 42 participants ayant une stomie temporaire avec ceux de 72 participants ayant une stomie définitive, en utilisant l'inventaire des stratégies

d'adaptation de Lazarus & Folkman et l'inventaire de la qualité de vie de Ferrans & Powell. Les participants ayant une stomie temporaire avaient tendance à recourir à des stratégies d'évitement pour faire face à leur stomie, tandis que ceux qui avaient une stomie permanente avaient généralement recours à un style de confrontation, mettant l'accent sur la résolution planifiée de problèmes et sur l'autonomie. (RNAO, 2009, p22)

Comme nous avons dit en haut la personne stomisée passe par plusieurs phases le traumatisme, la colère, le deuil les affects les plus observés. Mais grâce au soutien et l'aide de l'entourage, les patients peuvent tenir le coup et continuer leurs vies en tout espoir. Dans notre recherche on a opté pour l'approche psychanalytique, car cette approche correspond à l'outil choisi vis-à-vis notre thème intitulé le fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive, on a opté pour l'entretien semi directif ainsi que le test projectif le Rorschach afin de répondre à la question énoncée ci-dessous :

Quelle est la nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive?

Hypothèse générale :

La nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive est altérée.

Hypothèses partielles :

-La présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité de l'image corporelle des hommes stomisés.

-La présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité des mécanismes de défenses des hommes stomisés.

-La présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité des relations.

La partie pratique

Chapitre III :

La méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie constitue la colonne vertébrale de toute recherche scientifique. Dans ce chapitre méthodologique, nous allons le consacrer à la présentation des différentes étapes que nous avons suivies dans notre recherche.

On a commencé le chapitre par : la méthode de recherche, notre groupe de recherche ainsi que les outils de recherche, et enfin le déroulement de notre recherche.

1. La méthode de recherche

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche et de vérifier nos hypothèses, et d'apporter des réponses à notre problématique. Elle nous permet aussi de cerner le fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (Pedielli & Fernandez, 2006, p. 43).

Dans notre recherche, on a eu recours à l'étude de cas, afin de recueillir tout les informations et d'apporter des réponses à notre problématique.

La méthode de recherche en psychologie clinique fait référence à la méthode d'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthode clinique, par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances survenues actuelles et passées (Chahraoui & Benony, 2003, P125).

L'étude de cas met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle permet la récolte des données très diverses. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier.

Cette étude de cas est une étude approfondie sur un cas particulier soit il est une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c'est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources de données sont utilisées. (Chahraoui & Benony, 2003, p. 48)

2. Le groupe de recherche :

Notre groupe de recherche est constitué de quatre cas, leur sélection répond à un ensemble de critères en rapport avec notre recherche. Ces critères sont les suivants :

2.1 Critères d'inclusion :

- l'âge : (35-45ans).
- statut matrimonial : mariés.
- le sexe : homme
- type de stomie : définitive
- La durée de la mise en place de la poche doit dépasser 01 an pour s'assurer que la période du choc initial est passée.

2.2 Critères d'exclusion :

- Le sexe : femme
- Le statut matrimonial : célibataire
- type de stomie : temporaire.

Tableau N°02 : caractéristique groupe de recherche.

	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnel	Duré de mise en place de la poche	Type de stomie
Brahim	43	secondaire	Marié	mécanicien	3 ans	Définitive
Kamel	42	secondaire	Marié	Main œuvre	9 ans	Définitive
Youcef	39	terminal	Marié	Pâtissier	4 ans	Définitive
Amine	40	licence	Marié	Enseignant de français	3ans	Définitive

Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.

Nous remarquerons dans le tableau ci-dessus que la sélection des cas s'est faite en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion recommandés à la réalisation de notre étude. Ainsi tous les cas pris sont des hommes dont les âges variant de 35 ans 45 ans.

3. Les outils de la recherche

Dans notre recherche, on s'est focalisé sur l'entretien clinique et le test projectif le rorschach afin de récolter le maximum d'informations sur le groupe de la recherche.

Le test Rorschach nous n'allons pas le présenté car on la déjà fait dans le chapitre précédant (revoir le chapitre de fonctionnement mental).

3.1 L'entretien clinique de recherche

L'entretien peut être défini comme l'action d'échanger des paroles avec un ou plusieurs personnes.

Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. (Chahraoui & Benony, 1999, p. 11)

Il existe trois types d'entretien clinique : l'entretien directif, l'entretien non directif ainsi que l'entretien semi-directif.

Dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien semi directif, en ayant recours au guide d'entretien.

3.1.1 L'entretien semi directif :

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

Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui & Benony, 1999, p. 16)

3.1.2 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré.

Selon Blanchet en 1992 : « Le guide d'entretien est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Chahraoui & Benony, 1999, p. 68)

Notre guide d'entretien voir l'annexe N°01 comprend quatre axes, qui comprenant trente quatre (34) questions en tout. Cinq (05) questions portent sur: les informations générale sur le sujet afin de recueillir des informations sur le sujet.

Axe 1 intitulé : l'annonce de la stomie

Est composé de neuf (09) questions, ses questions concernant le patient avant et après la maladie ainsi lors de l'annonce de la stomie et leur réaction et sensation. Pour but de connaître la durée du diagnostic et comment le sujet à fait face à cette maladie, quels sont les changements marqués depuis la stomie, comment ce sujet gère quotidiennement sa stomie.

Axe 2 : perception de soi

Il contient sept (07) questions qui comportent les informations concernant l'image de soi de patient et ses représentations individuelle, et collectif, afin de savoir la réaction de patient à la première vue de leur poche, leurs sentiments, et leurs vision vis-à-vis soi même et les autres.

Axe 3 : perception des autres

Comprenant sept (07) questions. Les questions explorent la relation entre le patient et ses proches et le soutien apporté par ses derniers et leurs réactions face à la nouvelle.

Axe4 : stratégie défensives, qu'il comporte cinq (05) questions. Ses questions concerne des renseignements sur les mécanismes de défense utilisé par le patient. Pour but de savoir si le patient raconte ses douleurs ou non et s'il refuse

les contacts et quelles sont ses souhaits ou les changements qu'ils veulent apporter.

Nous nous sommes inspirés de l'échelle TrauMaq les questions de notre guide d'entretien car elles sont en rapport avec la reviviscence.

La question sept (07), huit (08) et neuf (09) de l'axe 01.

La quatrième question de l'axe trois

La première et la troisième question de l'axe quatre.

Et pour la cinquième question de l'axe deux est inspirée pendant notre pratique dans le cadre de la prise en charge des personnes stomisées.

4. Le déroulement de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée dans deux lieux différents l'hôpital khelil amrane plus exactement cellule des cancéreux ou il se trouve deux médecins généralistes, un oncologue, une psychologue.

Ainsi qu'au niveau de l'association des stomisés de Bejaia, située à Ihaddaden c'est un centre d'entéro-stomathérapie, qui a commencé ses activités en (2002). Elle est composée des membres actifs, et membres d'honneur.

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

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

Les objectifs de l'association se résument en :

-Organiser des rassemblements des personnes stomisés afin de favoriser les échanges d'idées ;

-Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des stomisés ;

- Assurer la prise en charge et le soutien psychologiques ;

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

-Porter assistance aux stomisés qui le désirent ;

-Promouvoir et assurer des soins stomathérapeutique de qualité ;

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

La pré-enquête est considérée comme une étape fondamentale dans toutes les recherches en science humaines et sociales. C'est l'étape qui réunit entre la théorie et la pratique, ainsi que de vérifier la disponibilité de la population d'étude, élargir nos connaissance afin de construire notre problématique de recherche et de formuler des hypothèses, et nous permet aussi de faire des mises à jour par rapport a notre guide d'entretien.

Nous avons commencé notre stage pratique par une pré-enquête comme première étape qui est considérée comme étant une étape primordiale dans chaque recherche. Nous avons effectué notre pré-enquête dans le centre hospitalo-universitaire khelil amrane de Bejaia au service viscéral, dans le but de vérifier la disponibilité des cas, et de recueillir des informations sur le thème de recherche et à élaborer nos hypothèses.

La pré-enquête nous à permis d'émettre certaines modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses et aussi elle nous a facilité la formulation de notre guide d'entretien.

Notre stage pratique s'est déroulé comme suit; nous avons présenté au service, tout le personnel du service, la chef service, les infirmiers et le médecin responsable et la psychologue.

Dans la deuxième étape qui renvoie à l'enquête et après avoir sélectionné les critères d'inclusion et d'exclusion de notre groupe de recherche, on a pu passer à cette étape. Mais lorsque nous sommes arrivés à ce stade après une période d'attente de prés de deux mois nous n'avons reçu aucun cas de notre groupe de recherche qui nous a obligé à changer notre lieu de recherche.

Nous avons pensé à l'association et nous lui avons ensuite soumis pour nous assurer que les cas souhaités disponibles. Nous avons rencontré la psychologue

et le président de l'association des stomisés, nous avons donné leurs consentements.

Après avoir discuté avec la psychologue, elle nous a mis en contact avec deux hommes avec qui nous avons pu entamer notre prè-enquête. Nous nous sommes présentées et nous leur avons exposé notre thème de recherche et son objectif, ces derniers ont acceptés d'être nos sujets de recherche. On leur a posé les questions de guide d'entretien qu'on a traduit en longue Kabyle voir l'annexe 02 concernant leur maladie et aussi par peur de ne plus revoir ses sujets nous avons fait la passation de test Rorschach en même temps. Car c'est nos deux outils de recherche.

Quant à l'enquête nous avons travaillé avec d'autres patients que les premiers, qui ont donné leurs consentements pour participer à cette recherche. Nous avons commencé la première séance par l'entretien et une autre séance pour la passation du test projectif le Rorschach afin de cerner la nature de fonctionnement mental chez ces derniers.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été réalisés en langue française et la langue maternelle des patients. Vu que certain patient ne comprenaient pas bien la langue française.

La psychologue d'association nous a donné son bureau pour la passation de l'entretien et le test.

Lorsque nous avons rejoint l'association après avoir interrogé deux cas, deux patients ont été reçus à l'hôpital au service d'accueil et d'orientation pour cancéreux selon les critères que nous cherchions et nous avons fait la même chose avec eux.

Synthèse de chapitre

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté les différentes étapes qu'on a effectuées dans cette recherche telle que la méthode et les outils méthodologiques sur lesquels nous nous sommes appuyées et qui devraient nous permettre d'aboutir à une bonne analyse et meilleure interprétation.

Le chapitre suivant sera consacré à la présentation, analyse et discussion des résultats.

Chapitre IV :
Présentation, analyse et
discussion des résultats

Préambule

Après avoir présenté le chapitre de la méthodologie de la recherche, nous allons passer à la présentation et analyse des cas que nous avons vue.

Nous allons commencer par la présentation et analyse de cas puis la présentation et analyse des données de l'entretien. Par la suite nous allons présenter et analyser des données de rorschach on commençant par le protocole du rorschach puis le Psychogramme et enfin l'analyse qualitative et quantitative de protocole et on conclue par la synthèse générale du cas.

Présentation et analyse des cas

1. le cas du Brahim :

Monsieur Brahim 43 ans marié depuis 13 ans, père de deux filles, son niveau d'instruction est 9^{ème} année, il travaille comme un mécanicien dans une société privé. Actuellement en congé de maladie bien tôt invalide. Il souffre d'une stomie définitive depuis 3 ans en 2016 après 10 ans de mariage, on l'a rencontré à l'association des stomisés pour sa visite chez la stomathérapeute.

1.1 Présentation du Brahim :

L'annonce de la stomie :

Monsieur Brahim, était stomisé il y'a trois (3) ans, il a découvert sa maladie par le biais de sa femme, il déclare « *tamtohiw i yiforssin adrohagh gher tbib* » « *ma femme qui ma forcé à aller chez le médecin* ». Les premiers signes étaient des diarrhées sans arrêt et des douleurs au niveau du ventre, ce qu'il a poussé de penser que c'est une intoxication alimentaire qu'il a banalisé et ignorer durant 4 mois, il dit « *sa3ogh des diarrhées ouyhabsen ara dlakrih n t3abot nwichas za3ma d l'intoxication ayen iyijan wighed akken rb3a chehour* » mais son état

de santé ne cessait pas de s'aggraver ce qui a mené sa femme à insister sur la consultation auprès d'un médecin.

Quant à sa consultation, après les examens et les bilans, le médecin lui annonce d'une façon directe qu'il souffre d'une tumeur au niveau de colon, Brahim il déclare « *tbibni gher manhou s3adagh mi iykra les bilans ni izdwich ikkel inayid direct akka ts3it la tumeur g le colon ynak* » « *le medecin chez qui j'ai consulté, a lus les bilans puis il m'a dit directement que j'avais un cancer du colon* ».

Suit à l'annonce Brahim à vécu sa stomie dans l'angoisse et l'effroi « *mi iydina tas3it la tumeur khal3agh, kalkaghe* ». Il à réagit en pleurant « *direct trogh ayen din, ouromineghra achou iyitran khamaghed direct gher lmouthiw* », « *je ne croyant pas ce qu'il ma venait d'arriver j'ai pensé directement l'arriver de mon décès* ».

Pour lui sa vie avant la stomie est saine, sans aucun antécédent médical ni problème familiale, il travaille, il voyage, il faisait son activité préférée qui est la musculation, il était heureux et stable jusqu'à l'âge de 40 ans ou il a subit une intervention chirurgicale à Sétif pour une colostomie qui était la première dans sa vie « *avant ads3ogh la stomie ayi lhayatiw tele tesaha ous3ighara lahlakath, ous3ighara les problèmes gokham ligh dakhdam, t voyagigh khadmagh la musculation ligh farhagh a mi wtagh 40sna mi khadmagh aparationnen la colostomie neta ikkel id lopération amenzou ikhadmegh* », « *avant la stomie, je menais une bonne vie, je ne souffrais pas de la maladie je n'avais pas de problème à la maison, je voyageais je fais du sport, la musculation jusqu'à l'âge de 40 ans ou j'ai subi ma première chirurgie* » . Mais avant l'intervention il subit 25 séances de chimiothérapies et 25 séances de radiothérapies.

Brahim était hospitalisé pour une durée d'un mois dans le but de faire une intervention sans passer à la poche son médecin lui a confirmé 95% il ne passe pas à la poche et 5% c'est de bénéficier d'une stomie temporaire mais malheureusement la surprise était une stomie définitive qui était un grand choque pour lui. Il déclare, « *rouhagh gher sbitar f chehar iwakken ad khamagh l'opération mais inayid tbibiw 95% outkhadmetara la poche balak 5% at3alatat temporaire kra kan akayi mais malheureusement ni tayi ni tayet rouhagh direct gher wayen u3osseghara ayen i yi chokin mlih* ».

Depuis la stomie Brahim déclare « *g mi s3igh akka la stomie tam3ichtiw tenaklab, wahid tmtothiw ila akka un déséquilibre klagh ouzmireghara adkhomegh bezaf n lahwayaj am lkhadma ouzmireghara adaktogh iwkhamiw, oukhadmeghara sport, outswivighara bien tarbiya n yissi* ». « *Depuis ma stomie ma vie à connu un bouleversement, ma vie conjugale est devenue déséquilibrée, je ne peux pas réaliser mes tâches comme faire le boulot, des courses, mon sport et je ne pouvais pas suivre l'éducation de ses filles* ».

Notre sujet de recherche rêve beaucoup le moment de l'annonce de sa maladie ainsi que l'hospitalisation ce qu'il lui cause à chaque fois des réveils nocturnes. « *ih welah ar mazal targogh le moment nni ikimiyi akken targogh meme sbitarath, ayen iydisdakwalayen la3cha* », « *je jure que je rêve encore de ce moment, il a demeuré graver dans ma mémoire, je rêve aussi des hôpitaux, ce qui fait interrompre mon sommeil pendant la nuit* ».

Et pour lui la présence de sa poche c'est un souvenir qui reproduit sa maladie et qu'il lui s'impose durant la journée et la soirée.

Perception de soi

Suite à la première vue de la poche notre sujet réagi en pleurant, Brahim déclare, « *mi itzrigh la première fois trogh ighatiyi l3amriw kalkagh, iwa3riyi*

lehal adkablagh le coriw ajdid ». « J'ai pleuré, stressé et inquiété je ne suis pas peu accepté mon nouveau corps, c'était difficile pour moi ».

Après ce changement corporelle Brahim annonce, « *tehosogh iymaniw d l'handicapé azgen gal coriw oulachith iroh ».* « *Je pense que je suis devenu une personne handicapé car la moitié de mon corps est perdue ».*

Il se voit qu'il est une personne incomplète y'a une grande différence entre lui et les autres puisque il n'arrive même pas à s'occuper de sa famille « *zaregh imaniw oukmileghara tela la différence tamkrant yar neki d wiyat cheghal ouma d le familiaw ouzmireghara ad s'ocupigh zyas ».*

Il rajoute, « *iban ouzmireghara ad khadmagh lahwayaj akhir n wyitnin ».* « *Je ne suis pas capable de faire des choses aussi bien que la majorité des gens ».*

Brahim aime beaucoup regarder ses photos avant la stomie « *ih...tehibigh adfarjagh les photos ynou nokbal adetfagh lahlak ayi sur tout tidak ikhadmegh g la salle n la musculation s3igh zyssant bezaf mais ous3ighara le courage ad khazregh g lamri g mi ikhadmegh akka la poche ».* « *J'aime regarder mes photos avant la stomie sur tout celle que j'ai faisais à la salle de musculation, mais malgré cela je n'ai pas eu assez de courage pour se regarder au miroir depuis l'installation de ma poche ».*

Brahim déclare, « *welah ah...lkhazra l3ibad tetdéranger tassefchal donc nekki tssyigh an ignorigh ».* « *Je trouve le regard des gens dérangent et frustrant alors j'essaie de les ignorer ».*

Perception des autres

La première personne qui était au courant de la stomie de notre sujet de recherche c'est sa femme car elle était accompagné avec lui le jour de la consultation chez son médecin, elle a réagit elle aussi par des pleures et des criés

« tamtohiw ig3almen tamzwarth tela didhi mi rouhegh gher tbib netath daghen tatrou meskint tet3yit iwachou a rebbi d nekni... staghfire elleh ya3ni d le moment ni n le choc kan outa3limara dachou itkared ». « Ma femme est la première personne qui était au courant de ma stomie car elle était accompagner avec moi le jour de ma consultation chez mon médecin, elle a réagit elle aussi par des pleures et des criés, elle ne sait pas qu'est ce que elle dit »

Après le retour a domicile Brahim a décidé de mettre au courant ses proche de sa stomie et ses derniers étaient choqués par ce qu'il lui venait d'arriver sur tout il'était le seul dans sa famille à avoir développé cette pathologie « mi idklagh akham s3almegh l familiaw s wayen iyitran ayen iydina tebib kif kif n dhachan, choquin s wayen iytran didhi sur tout ouns3i oumadhed ighalkan lahlakayi d neki kan ». « Quand je suis rentré chez moi, j'ai informé ma famille de ce que le médecin m'avait dit, ils ont été surpris choqué de ce qui m'était arrivé par ce que j'étais le seul membre de la famille à avoir la maladie ».

Brahim est content de soutien apporté de ses proches dans ses moments difficiles, et il affirme qu'il n'a aucun problème dans ses relations avec les autres c'est tout le monde qu'il l'aime et le respecte, il entretient de bonnes relation avec son entourage. « welah ar ferhagh s lm3awna i ydafkan akka lahbabiw gal les moments ni iyo3ren 3awnenyi s koleche klan ikkel d les psychologues, ous3ighara le problème g les relations ynou d meden tous va bien tehibiniyi tekadareniyi ikkel sur tout nekni ghornegh tadath presque d l familia ikkel ». « je jure que je suis heureux de soutien de mes proches dans les moments difficiles il m'ont tout donné, ils ont tous devenu des psychologues, je ne souffre pas de relation avec les autres tout le monde m'aime, me respect, sur tout je suis au village sont tous de la famille ».

Quant à la vie professionnelle du patient Brahim à quitté le travail depuis sa mise en place de la poche « *ghlighad kan halkagh habssagh lkhadma* » « *quand je suis tombé malade, j'ai arrêté de travailler* ».

Stratégies défensives

Monsieur Brahim dit « *tehibigh adkimegh imaniw ouhakoughara ayen iylan zdakhliw ihed amek ounsa3tabghara didhi outsoufrinara akther wayen itsoufrin yakan donc tajagh kolech i neki kan* » « *j'ai tendance à m'isoler et à refuser les contacts et de ne pas raconter mes douleurs à quelqu'un dans le but de ne pas souffrir les gens avec moi* ». Par rapport aux lieux hospitaliers et les programmes TV sur la santé il les évite au maximum « *am sbitarath polyclinique,nagh les émission ayi n la santé tina n A3 wahid chorouk t évitighthen au maximum* » « *les lieux hospitaliers ou les programmes TV tel que les émissions de santé sur A3 et Chourouk je les évites au maximum* » .

Pour finir monsieur brahim souhaite à l' avenir de voir ses deux filles réussissent dans leurs vies et leurs études car il est beaucoup stressé par rapport à ses derniers « *tmnigh ad najhant yessin g donith nssent g lakraya nssent ous3dayentara lmahna aclin kalkagh felassent mlih* ».

Et le changement qui veut apporter dans sa vie il annonce, « *loukan ila dachou ad changigh ad3ichegh n mbla la poche mais 3almegh ouzmergh ad changigh oumadazouh tbibiwinayid dayen akka ara tekimet ami d la fin* ».

« *S'il y'a un changement que je peux apporter c'est bien vivre sans poche malgré que le médecin lui à confirmer que sa stomie est définitive* ».

1.2 Présentation et analyse des données de Rorschach

1.2.1. Protocole de Rorschach

Le protocole du Rorschach du cas Brahim

Réponses	Enquêtes	Cotations
<p>Planche I Δ</p> <p>1.5'' « zaregh une chauve souris ».</p>	<p>ahnaya ifrawenis, wayi akka d jethas, mayla dwayi dakrouyis. [G].</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>2. « zaregh daghen amaken akroy n l mostre ». 48''</p>	<p>La planche ayi ikkel zar trach la forme ynas[G].</p>	<p>Gbl F+ C (Hd)</p>
<p>Planche II Δ</p> <p>3.9'' « zaragh sin n dobath ».</p>	<p>Les deux parties lateral noir [D1].</p>	<p>DF+A Ban</p>
<p>4. «zmragh ad zaregh daghen sin n l3ibad».</p>	<p>Koulach asma atkhazret atwalit sin n mdan. Azgagh ayi iwksar [G].</p>	<p>G K H Ban</p>
<p>5. « Wayi doule d le coeur». 1'10''</p>	<p>Voila azgagh ayi iwksar[D3].</p>	<p>D F+ Anat</p>
<p>Planche III Δ</p> <p>6. 5'' «dayi sin n l3ibad</p>	<p>Athan dayi ah sin</p>	<p>G K+ H/Anat Ban</p>

<p>bdan yarassen oul».</p> <p>7. « antay dayi daghen snath n les stomath».59”</p>	<p>ikroyen face a face doulg tlmast».[G].</p> <p>Izgaghen ayi idifghan g les cotés. [D2].</p>	<p>D C F- Anat</p>
<p>Planche IV Δ</p> <p>27” « tayi welah arto3ar, ous3ighara dachou adinigh» 1'4”</p>	<p>Nigham oulach ouzrigh kra</p>	<p>Refus / planche paternelle à symbolique masculine</p>
<p>Planche V Δ</p> <p>8.7” « twaligh akroy w mchich».</p> <p>9. izmer daghen atili... une chauve Souris am tina nizgeli temchabahent».56”</p>	<p>D la forme ynes ithdisbyanen antay timzoghinis d chlaghmis [D6]</p> <p>La forme amek itwadissiné ikkel le dessin ni[G].</p>	<p>D F+ Ad</p> <p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche VI Δ</p> <p>10. 8” « zaregh amchich dagen...tmchabahent ikkel tssawer ayi».55”</p>	<p>Chalk n Iwsawenayi zar damchich [D3]</p>	<p>D F+ Ad</p>
<p>Planche VII Δ</p> <p>11. 5” «iwhayid rebbi... akroy n tmtoth »41”.</p>	<p>Tikroyin ayi iwsawen [D2]</p>	<p>D F+ Hd Ban</p>
<p>Planche VIII Δ</p>		

<p>12. 6'' «Dayi itbaned dal hayawan mais ou3limeghara dachouth exacte».</p> <p>13. «wali dayi didamen» 53''.</p>	<p>Widakayi fel coté ahentay thetarthin sen. [D1]</p> <p>Azgaghayi g tlmast [D1]</p>	<p>D F+A Ban</p> <p>D C Sang</p>
<p>Planche IX Δ</p> <p>14.16'' «ah...d les poches ih zaregh snath n les poche ».</p> <p>15. «mayla dayi Wayi akka youlin fsawen d la colonne vértibral ».1'27'</p>	<p>Anda igla w hchichi ayi gher ahssab n la forme iynes.[D1]</p> <p>Atwlanayi g tlmast irouh f toul .[D5]</p>	<p>D F- Anat</p> <p>D F+ Anat</p>
<p>Planche X Δ</p> <p>16. 5'' «tayi akka d la tour effel ».</p> <p>17. « zaregh dayi daghen l'estomac ».48''</p>	<p>Chakl n le gris ayi g tlamast [Dd14]</p> <p>3lahsab akken imoug oukhokhi ayi[D9]</p>	<p>D F+ Arch</p> <p>D F+ Anat</p>

Le choix positive IX et X: 3jbantiyi les couleurs sa change chwiya

Le choix négative IV et V : ouy3jibentara ou3limeghara iwachou.

1.2.2 Psychogramme

Psychogramme de cas Brahim.

R : 17	G : 5	F : 15	A : 4	F% : 83%
Refus : 1	G% : 27%	F+ : 13	Ad : 2	F% élargi:
Tps. totale : 581'' = 9'41''	D : 12	F- : 2	H : 2	94%
Tps/réponse : 32''	D% : 66%	K: 2	Hd : 3	F+% : 85%
Tps. Lat. moyen : 58''		CF: 1	Anat : 6	A% : 22%
T.appr: G, D.		C: 1	Arch: 1	H%: 11%
T.R.I: 2K/2.5C.			Sang: 1	Ban: 07
F.Compl: 0.				Choix +:
RC% : 33%				IX et X
				Choix -: IV et V

1.2.3 L'analyse de protocole

A. analyse quantitatives

A.1. productivité et temps :

Le nombre total de réponses (R) données est de 17, comparé à la norme instaurée par D. anzieu et C.Chabert qui est entre 20 à 30 réponses, on remarque que la productivité est au-dessous de la norme. Le sujet a consacré à la passation soit une moyenne de 58'' pour un temps total de 9'41''. Qui se situe dans les limites normatives indiqué. On remarque que le protocole comporte une planche refusé la planche IV.

A.2. Les modes d'appréhension :

On remarque la dominance des réponses détails (D) par rapport aux réponses globales (G) concernant la localisation des réponses. Avec 27% G un taux dans les normes [20-30] et 66% D un pourcentage qui est parfaitement dans les normes aussi [60-70].

A.3. Les déterminants

Le F% est de 83%, sachant que la norme du F% est estimée entre [50-70]. Ce taux est loin de la moyenne indiquée, le F+% est à 85 %, qui sont dans les normes [80-85].

Le taux trop élevé du F% met l'accent sur la rigidité des mécanismes de défense qui les sous-tendent et qui consistent pour l'essentiel à utiliser la réalité extérieure, perceptive pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantastiques. F% élevé renvoie souvent à l'isolation entre deux représentations ou entre représentation et affect. (Chabert, 1983, p124).

A.4. Les réponses kinesthésiques

On trouve que deux réponses kinesthésiques ont été abordées K=2 qui de renvoi à des personnages humains en mouvements. Le manque des réponses kinesthésiques peut refléter une faiblesse de l'image de soi.

A.5. Les contenus

On constate la présence des réponses anatomiques 5 au total qui peut refléter une préoccupation somatique transitoire ou hypocondriaque qui renvoie à une déviation des investissements d'objet, libidinaux et ce processus traduit la perte des limites corporelles, on remarque aussi une faible apparition des réponses animales d'un pourcentage de 22% qui est bas de la moyenne (35%-50%), les réponses humaines qui de 11% , qui est légèrement au-dessus de la moyenne indiquée (12-18%).

A.6. Dynamique conflictuelle

Le type de résonnance intime (TRI) apparait avec une comparaison de 2K/2.5C, est dit extratensif mixte, Brahim manifeste une affectivité plus labile tournée vers l'extérieur. La formule complémentaire F.C= 0/ 0E, les composantes de chaque coté sont nulles.

B. Analyse qualitative

La formulation verbale montre une compréhension totale de la consigne la perception est prise en considération par le verbe « zaregh », « je vois ».

On remarque aussi une banalisation spécifique du matériel aux planches (V, IV) « am tina nizegli tamchabahent », « mais en dirais celle que j'ai vue tout à l'heure elle se rassemble », « tmchabahent ikkel tsawer ayi » « toutes ses planches se rassemble ».

L'appel à l'examineur apparait a la planche IV, sous forme de commentaire personnel « tayi welah ar to3ar », « celle-là je te jure elle est difficile ». Et la planche VIII « ou3limeghara dachouth exacte », « je ne sais pas ce qui c'est exacte ».

Synthèse générale de cas :

A travers l'entretien nous pouvant constater que monsieur Brahim souffre de son état actuel parce qu'il se voit comme une personne incomplète et handicapée ce qui prouve sa souffrance psychologique.

Par rapport à l'analyse quantitative de test rorschach démontre la dominance des réponses formelles et aussi l'apparition des réponses anatomiques qui renvoie une faiblesse de l'image de soi.

2. Le cas de Kamel:

Monsieur Kamel 42 ans marié depuis 13 ans, père de deux garçons, son niveau d'instruction est 8ème année il travaille comme un manoeuvre. Actuellement il est invalide. Il souffre d'une stomie définitive depuis 9 ans en 2010 après 4 ans de mariage, nous l'avons rencontré à l'association quand il est venu pour prendre les poches.

2.1 Présentation du Kamel

L'annonce de la stomie

Monsieur Kamel, était stomisé il y'a neuf (9) ans, il a découvert sa maladie par le biais de l'ami de son père Kamel déclare « *soumdakel n baba i découvrigh lahlakiw, iwiyi gher ldzair exact Moustapha bacha anda itekhadem tamtothis, g mi youfa l'état ynou ternou kan s3ogh les diarrhées iriran ayen iyista3fen mlih d nodam ni ouganeghara daghen* ». « Grâce à l'ami de mon père j'ai découvert ma maladie, je suis allé avec lui à Alger ou sa femme travaillait après qu'il ait constaté que mon état de santé ne cessait pas de s'aggraver suite à des douleurs au niveau de ventre et des diarrhées répétitives et des vomissements qui lui ont causé une insomnie et anorexie », il était toujours transporté en urgence à l'hôpital ou ils lui en font une injection juste pour calmer.

Quant a sa consultation, après les examens et les bilans, le médecin lui expliquait qu'il avait une fistule ce qui à attaquer son colon, il était dans la nécessité de la mise en place de la poche pour une année Kamel déclare « *mi iklagh gher tbib wighas ikkel ayen iyditleb inayid s3igh une fistule oumba3 tattaquiyyi le colon ynou* ». « Quand j'ai consulté mon médecin j'ai pris ce qu'il m'a demandé puis il m'a expliqué que j'avais une fistule ce qui a attaqué mon colon ».

Kamel ne savait pas qu'il va porter la poche définitivement mais après six (06) interventions le médecin lui confirmait que sa stomie est définitive « *ligh ou3limeghara la stomiynou définitive ami 3lagh seta n les opérations iy dina tbibiw dayen toura atkimet akka définitive* ». « Je ne savais pas que ma stomie est définitive mais après six interventions, mon médecin m'a dit que c'est définitive ».

Suit à l'annonce Kamel à vécu sa stomie dans le stress et la peur, pour lui tout est arrêté il a pensé directement à sa femme si elle ne va pas le quitter « *khal3agh stressigh en diri kolache ihbas khamemgh direct ghef tmtoth mayla outatrouhara aytej* ». Il à réagit par le choc et la panique, il voyait tout est noir Kamel déclare « *choquigh, paniquigh zrighed kolech dabrkan* ». « *Je suis choqué, paniqué, je voyais tout est noir* ».

Pour sa vie avant la stomie Kamel dit « *ligh t3ichegh bien farhagh sur tout wahid tmtothiw nekni nzwaj par amour ligh snagh 4ans avant le mariage ligh labas biya takhdam, ous3ighara lahlak ami ilahkagh 32ans khadmegh l'opération ynou amezwar gel hayatiw* ». « *Avant la stomie ma vie est équilibrée, joyeuse sur tout avec ma femme car notre mariage était par amour, sans aucun antécédent de santé, je travaille, jusqu'à l'âge de 32 ans ou j'ai subit ma première intervention chirurgicale à Moustapha bacha pour une colostomie qui était la première dans ma vie* ».

Kamel était hospitalisé pour une durée de 45 jours dans le but de faire une intervention pour bénéficier d'une stomie temporaire (pour une durée d'un an) mais l'intervention n'était pas réussie ce qui a obligé une autre intervention jusqu'à la sixième fois qui nécessite une stomie définitive.

Depuis la stomie Kamel déclare « *g mi ikhemegh la stomie la qualité de vie ynou tchanger odkatoughara, ouzmireghara adough ghal bus* ». « *Depuis ma stomie ma qualité de vie a totalement changé, je ne peux pas aller au marché, je ne prends pas des bus* ».

Notre sujet de recherche dit « *khaté oukhadmeghara les couchemar mi dachou tekareghad la3cha f la poche tagadegh ay tdicoller* ». « *Non je ne fait jamais des cauchemars. Mais à chaque fois je me réveille la nuit par peur que ma poche se décolle* ».

Et pour lui à chaque changement de sa poche c'est un souvenir qui reproduite sa maladie et qu'il lui s'impose durant la journée, la soirée.

Perception de soi

Suite à la première vue de la poche notre sujet de recherche à perdu sa conscience qui lui à causé quatre jours dans la réanimation « *la première fois moussaght akken talkagh dokhagh direct ou3limeghara anda irssigh wighad rab3 yam g la réanimation* », « *pour la première fois, je me suis touché avec ma main et j'étais allongé, puis j'ai perdu ma conscience directement qui ma causé quatre jours dans la réanimation* ».

Kamel pense qu'il est une personne pas comme tout les autres comme tout mais puisque c'est quelque chose de dieu, et ce n'est pas la maladie qui tue mais le destin « *neki zaregh imaniw machi am l3ibad ikkel l3ibad ikkel par ce que l lhaja n rebbi sbhanou et en plus machi d lahlk igtoughan d l mijal* ».

Il rajoute, « *aklin am l'ahdicapé mais, el hamdollah aklin dayi mazalyi dragh tssayigh akka ad adaptigh d les situations i gtron didhi* ». « *Je suis une personnehandicapante mais, je suis encore vivant, je suis la et j'essaie de m'adapter avec toutes situation et je remercier le bon dieu pour tout* ».

Il dit, « *iban ouzmireghara ad khamegh akka lahwayedj akhir n wyitnin mais tssyigh comme même, khadmegh les efforts* ». « *Je ne suis pas capable de faire des choses aussi bien que la majorité des gens mais j'essaie comme même* ».

Kamel il n'aime pas regarder ses photos avant sa stomie pour lui le passer restera un passer « *outehibighara antazregh neki toura zaregh un passer ad ikim un passer donc ountzareghara* ».

Depuis l'installation de sa poche il se regarde au miroir à chaque changement Kamel déclare « *g mi ikhdmegh la poche a chque changement khezregh imaniw*

gelamri ». « Depuis l'installation de ma poche je me regarde au miroir à chaque changement ».

Kamel déclare « *lkhzra mden tou3ar tesafchal, tsa3yaw ayen iyikhdmen des souffrances s sdakhliw teklikagh, tdigoutigh...* ». « Je trouve que le regard des gens est frustrant ce qui me cause des souffrances psychique »

Perception des autres

Selon notre sujet de recherche la première personne qui était au courant de sa stomie c'est l'ami de son père « *damdakel n baba g3almen damzwar ila didhi le jour ni neta daghen youham ikhla3 machi dayen ig3os* ». « La première personne qui était au courant de ma maladie c'est l'ami de mon père car il était accompagner avec moi le jour de ma consultation chez son médecin, lui il a réagi par l'étonnement ».

Les personnes qui étaient informées de sa maladie étaient sa femme, son père, sa mère et ses frères et sœurs. C'est après l'intervention que le reste de la famille était au courant de celle-ci.

Tous ses personnes étaient choquées et stressées, bloquées par ce qu'il lui venait d'arriver sur tout il était le seul dans sa famille à avoir développé ce genre de maladie.

Kamel est satisfait de soutien apporté de ses proches dans ses moments difficiles et sur tout de la part de sa femme, et il affirme qu'il n'a aucun problème dans ses relations avec les autres c'est tout le monde qui était compréhensif avec lui, il entretient de bonnes relation avec son entourage « *welah ar ferhagh s l soutien iwfigh sghor familyaw, imdokaliw et sur tout tamtothiw, ous3igh aucun problème g les relationsynou al hamdollah fahmeniyi ilkel 3awneniyi ilkel* ». « Je suis satisfais de soutien apporté de mes proches dans ses moments difficiles et sur tout de la part de ma femme, je n'ai aucun

problème dans mes relations avec les autres c'est tout le monde qui était compréhensif avec moi, j'ai de bonnes relation avec mon entourage ».

Quant à la vie professionnelle du patient Kamel à quitté le travail depuis sa mise en place de la poche.

Stratégies défensives

Monsieur Kamel à tendance à s'isoler et à refuser les contacts et de ne pas raconter ses douleurs à quelqu'un pour ne pas déranger les gens avec lui, il préfère d'y aller devant la plage et passer un moment tout seul afin de calmer son moral « *lan les moments tehibigh adkimegh imaniw g rif n lbhar ami iykalmi l moraliw outehibighara adahkough ayen iyiwghen nagh ayen itehossough i had meme itmatouthiw eten plus tاتفikiyi il akra mais oushadreghara amek amek outdérangigh oumad had didhi tadjagh kolech zedakhliw »* . Par rapport aux lieux hospitaliers et les programmes TV sur la santé il les aime pas il préfère ce qui représente la joie « *imokanayi dayen 3yigh zayssen fahmeniyi meme les programme tv ountehibighara tehibigh ayen igss3an la relation dal farh ne3ya dayen gal karh »*. « *Ces lieux en ont marre, même des émissions télévisées en relation avec la maladie je ne les aime pas, j'aime ce qui en relation avec le bonheur, on est fatigué de la tristesse »*.

Pour finir monsieur Kamel souhaite à l'avenir d'avoir une maison afin qu'il se réuni avec sa femme et ses enfants car sa femme habit chez ses parents a cause des études de ses derniers et lui il se retrouve seul dans un recasement « *tmenigh kan aydafkken akham amek adnjma3agh d daryaw d tmatothiw neki toura zdghagh g recasement social tamtothiw d lwachouliw g kham itolaniw 3lajal lkrayanssen dayi oulach ljame3 anda anmarquigh donc obliger atet3ich g kham n babas en attendant adiferaj rebbi zareghethen défois g les weekend nagh g les vacances »* .

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Et le changement qui veut apporter dans sa vie c'est bien vivre normal sans poche « *iban dachou ad changigh ad3ichegh normal n mbla la poche* », « *évidemment je veux changer de vivre normal sans la poche* ».

2.2 Présentation et analyse des données de Rorschach

2.2.1 Protocole de Rorschach

Le protocole du Rorschach du cas Kamel

Réponses	Enquêtes	Cotations
<p>Planche I Δ</p> <p>1.4'' « zaregh un papillon ».</p> <p>2. « nagh izmer lhal atili d la chauve souris s3ant à peu prêt le meme corps ». 59''</p>	<p>3lahssab la forme ynas. [G].</p> <p>Welah ar kif kif d la forme ynes daghen tmchabahen mlih [G].</p>	<p>G F+ A Ban</p> <p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche II Δ</p> <p>3.10'' « sin n l3ibad tfan afous g fous ».</p> <p>4. «zaregh daghen sin n les pomos n wmdan».54''</p>	<p>La planche ayi ikkal la forme yness daghen itbin [G].</p> <p>Azegagh ayi iwsawen [D2].</p>	<p>G K+ H Ban</p> <p>D C F- Anat</p>
<p>Planche III Δ</p> <p>5. 8'' «dayi zaregh sin n l3ibad amaken ahnan</p>	<p>La planchayi ikkel athay akroy, itaren, le corps</p>	<p>G K+ H Ban</p>

tnaghen».	ynes[G].	D F+ Anat
6. « dayi zaregh daghen les pomos ».53”	Azgagh ayi g tlemast. [D3].	
Planche IV Δ		
7. 7” « d chajra tamkrant»20”	La formeyness ikkal ikkel la planche ayi[G].	G F+ Bot
Planche V Δ		
8.7” « d la chauve souris».	Ikkal le dessin ayi zarkan gher la forme ynas	G F+ A Ban
9. « zareghed dagen wsawen ayi dakroy n le mostre».49”	tatbin[G]. Iwssawen ayi[D4].	D F+ Ad
Planche VI Δ		
15” « tayi t compliquer mlih...ou3limeghara».53”	To3riyi ousdofihhara la réponse ynes	Refus
Planche VII Δ		
10. 8” «zaregh dayi akroy n l3abd s ch3ar».	La forme ynes athay cha3ris dokroyis [D2]	D F+ Hd Ban
11. «izmer adyili daghen dawthol» 56”.	Toujours la forme de premier tiers [D2]	D F+ A
Planche VIII Δ		
12. 6” «sin ymchach talin f chejra».	Le rose ayi akka f les cotés [D1]	D Kan+ A Ban

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

13. «izmer adyili daghen dikraren» 58”.	Toujours la partie rose [D1]	D F+ A Ban
Planche IX Δ .12” «oufhimegh ara dachou iylan zyas ou3limeghara ikkal dachouth»46”	Ous3ighara la réponse	Refus
Planche X Δ 14. 9” «tayi akka d l makam chahid ».	Amek imoug le gris ayi g tlamast [Dd14].	D F+ Arch
15. « sadjra».	La couleur d la forme nohchichi ayi iwksar[D4]	D C F Bot
16. « zaregh daghen lbhar ».	L bleu ayi g les cotés [D1]	D C Elem
17. « mayla d wayi d les pomos n l3abd ». 1’18”	La couleur d la forme n les rose ayi g les coté	D C F+ Anat

Le choix positive VII et X: Tbinant d l farh

Le choix négative VI et IX : sakhla3ant.

2.2.2 Psychogramme

Psychogramme de cas kamel

R : 17	G : 6	F : 13	A : 6	F%: 68%
--------	-------	--------	-------	---------

Refus : 2	G% : 31%	F+ : 12	Ad : 1	F% élargi:
Tps. totale : 526'' = 8'46''	D : 11	F- : 1	H : 2	84%
Tps. / réponse : 27''	D% : 57%	K : 2	Hd : 1	F+% : 92%
Tps moyen : 52''		Kan : 1	Anat : 3	A% : 31%
T.appr : G, D.		FC: 3	Arch: 1	H%: 10%
T.R.I: 2K/ 2C.		C : 1	Bot: 2	Ban: 08
F. Compl: 0.			Elem: 1	Choix +:
RC% : 36%				VII et X
				Choix -: VI et IX

2.2.3 L'analyse de protocole

A. analyse quantitatives

A.1. productivité et temps :

Le nombre total de réponses (R) données est de 17, comparé à la norme instaurée par D. anzieu et C.Chabert qui est entre 20 à 30 réponses, on remarque que la productivité est inférieure de la norme. Le sujet a consacré à la passation soit une moyenne de 52'' pour un temps total de 8'46''. Qui se situe dans les limites normatives indiquées. On remarque que le protocole comporte deux planches refusées la planche VI et IX.

A.2. Les modes d'appréhension :

On remarque la dominance des réponses détails (D) par rapport aux réponses globales (G) concernant la localisation des réponses. Avec 31% G un taux

légèrement supérieur par rapport aux normes [20-30] et 57% D un pourcentage qui est inférieur par rapport à la norme indiquer [60-70].

A.3. Les déterminants

Le F% est de 68%, sachant que la norme du F% est estimée entre [50-70]. Ce taux est parfaitement dans la norme, le F+% est à 95%, qui sont supérieur des normes [80-85].

Le taux de F% dans la norme suppose une obéissance de base à la consigne qui consiste à se mouler aux cadres perspectifs prégnants, dans une prise en compte de la réalité venant tempérer la libre expression projective qui se manifeste en particulier dans l'émergence des processus primaires. (chabert, 2012, p120).

Un nombre suffisant de réponses F témoigne de l'utilisation, par le sujet d'un mode de fonctionnement courant, habituel, normal, nécessaire, qui consiste à cerner la réalité au plus près de son contour formel dans un mouvement d'adaptation réaliste, opérant dans la mesure du possible. (chabert, 2012, p120).

A.4. Les réponses kinesthésiques

On trouve que deux réponses kinesthésique ont été abordées K=2 qui de renvoi à des personnages humaines en mouvements. Le nombre de K est dans le moyen [2-4].

A.5. Les contenus

On remarque la présence des réponses anatomique 3. On remarque aussi un pourcentage de 31% des réponses A qui est inférieur de la moyenne (35%-50%), les réponses humaines qui de 10%, qui est légèrement au-dessus de la moyenne indiqué (12-18%).

A.6. Dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparait avec une comparaison de $2K/2C$. Le (TRI) est ambiequal car Σ des K=la Σ C. c'est un type qu'on retrouve chez les personnes doués, large d'esprit qui savent exploiter les richesses du

monde extérieur et élaborer leurs propres ressources d'une façon différencier et qui exerce avec souplesse un contrôle sur l'extériorisation des décharges affectives.

Ce caractère peut devenir pathologique lorsque la richesse et la diversité des réactions empêchent le choix et rendent l'équilibre difficile et la satisfaction inexistante étant donné le tiraillement subi entre les forces déférentes. C'est le cas des caractères obsessionnels. (Rauche, 1970, p159).

B. Analyse qualitative

La formulation verbale montre une compréhension totale de la consigne la perception est prise en considération par le verbe « zaregh », « je vois ».

L'appel à l'examineur apparaît à la planche VI, sous forme de commentaire personnel « tayi tcomplicuer ou3limeghara to3ar », « celle-là est compliquer je ne sais pas elle est difficile ». Et la planche IX « oufhimegh ara dachou iylan zyas, ou3limeghara ikkal dachouth », « je n'ai pas compris ce qu'il y avait dedans, je ne sais pas ce que c'est ».

Synthèse générale de cas :

Dans le vécu de la maladie de monsieur Kamel, on remarque qu'il est passé par une période de choc, puis une période d'adaptation.

Quant à lui il est une personne pas comme tous les autres, ce qui signifie sa perception de soi est négative. Et semble avoir développé un mauvais fonctionnement mental

En nous référant aussi à la donnée récoltée via test du Rorschach qui démontre une cotation dominée par réponses D leur signification adaptative et socialisée et elles montrent la mise en place de mécanismes qui caractérisent une pensée plus analytique. Le D sert d'ancrage à toutes les défenses qui vont utiliser la réalité extérieure pour faire face aux émotions ou aux fantasmes.

Selon le tableau de Dana Castro des mécanismes de défenses, le refus des planches à symbolisme sexuel renvoie au mécanisme de refoulement.

Dans le protocole de notre sujet de recherche, il a refusé la planche VI qui a des significations sexuelles.

3. Le cas de Yousef :

Yousef est un homme âgé de 39ans père d'un seul enfant, son niveau d'instruction est de 3année lycée il travaille comme pâtissier stomisé depuis 4ans.

3.1 Présentation de Yousef:

Durant l'entretien Yousef a été spontané, calme avec un bon contact et une participation affective a l'entretien de son discours est logique structuré, lors de l'entretien, le sujet nous a raconté qu'il ait atteint d'une maladie chronique qui est le crohn, il a découvert sa maladie a partir des analyses faites suite à des diarrhées chroniques. Le sujet déclare « *j'ai découvert ma maladie de crohn a partir des diarrhées répétitives qui m'ont affaiblit* ».

Deux ans après Yousef a subi une poussée du crohn qui est une crise de rein a duré 1mois avec un traitement, sa santé a dégradé de plus en plus suite à des complications (du sang dans les selles qui a banalisé et ignoré durant presque 2mois, il incite consulté un médecin ,qui décide de lui faire un scanner afin de confirmer le diagnostic. les résultats de se dernier montrent que Yousef a des polypes au niveau de rectum ce qui était l'origine de sa douleur, nécessitant une intervention chirurgicale en extrême urgence.

L'annonce de la stomie :

Au début le sujet il ne savait pas qu'il va porter cette poche définitivement et comme les infirmiers stomathérapeutes au service des soins apprennent au malades la méthode dont ils vont vider leur poches et prendre soins d'elle, donc et d'une manière spontanée lui annoncent qu'il doit porter cette poche à vie, il

nous a dit « *avant ma sortie de l'hôpital l'infirmier m'a expliqué comment utiliser la poche, et prendre soins d'elle car c'était quelque chose de nouveau pour moi ,et aussi m'informent que je resterais toute ma vie avec elle, la chose qui m'a choquée de plus* ».le sujet nous déclare aussi le vécu de l'annonce comme suite « *j'ai vécu cette annonce avec un choc ,angoisse et la crainte* » le sujet raconte qu'avant cette maladie sa vie était calme tranquille il travaille avec beaucoup d'énergie puisqu'il aime son métier, il réalise ces gâteaux avec beaucoup d'Art , Il projette tout ses sentiments positifs, sa vision de belle vie sur son travaille se qu'il considère la clé de sa réussite .« *avant cette atteinte j'ai été très heureux ,actif je dessine mes gâteaux avant de les réaliser ,j'aime se que je fait car il me rend heureux* » .lorsque on a posé la question, comment est devenue la qualité de votre vie depuis la stomie ,Yousef avait des larmes aux yeux après un moment de silence il nous a répondu « *ma vie à beaucoup changé une poche définitive ou je dépend toujours de cette appareille ,je vie vraiment dans une crainte à vie ,c'est pas facile mais bon maintenant hamdo allah mieux que avant* »le sujet semble accepter sa maladie, en clinique le retour à la religieux pour supporter sa pathologie le sujet à modifier tout ces projets qui il avait schématisés avec beaucoup de motivations, pour s'occuper juste de sa santé qui lui permet pas d'ailleurs de fournir beaucoup d'effort le sujet déclare « *depuis que je suis stomisé j'ai tout arrêté ,pour m'occuper de ma santé* ».

Perception de soi :

Le sujet à-propos de sa réaction à la première vue vis-à-vis de la poche nous déclare « *elle était vraiment choquante déjà je l'ai aperçue à mon reveille de l'anesthésie je l'ai sentie très gênante et encore surtout quand elle a*

commencé à fonctionner cette mauvaise image m'a gravé », concernant la question comment vous voyez-vous depuis la mise en place de la stomie, le sujet nous a répondu avec toute sincérité « je n'étais pas comme ça du tout » pour notre patient lors de la douche au bien, lorsque il se met devant un miroir, ressent du mal à l'aise stressé il se voit que quelque chose lui manque « *lorsque je me met devant un miroir je me serai stressé, alors j'évite de regarder* ». La chose qui fait plaisir à notre sujet est de regarder ses photos quand il était en bon état de santé car sa lui rappellent des beaux moments appréciés avec ses amis, ses proches et vivre avec aucun souci. « *Oui j'aime bien les regarder elles me rendent le sourire* » le regard des autres il n'était jamais un problème pour Yousef car il se focalise juste sur sa santé, et c'est une maladie qui peut arriver à tout le monde « *le regard des autres jamais était un problème pour moi car cette maladie peut arriver à import qui* ».

Perception des autres

la première personne à qui Yousef confie son diagnostic, était son père car d'après lui c'est la seule personne qui va supporter cette nouvelle, vu la fragilité des autres membres de la famille « *j'ai uniquement pensé à mon père, car ma mère et ma femme sont fragiles* » partant de la réaction de son père notre sujet déclare « *évidemment malgré le choc et la tristesse que j'ai constatés dans son visage, il a été toujours à mes côtés en essayant de me raisonner à chaque fois* » quelque jours après, Yousef était obligé d'informer sa conjointe, qui a beaucoup pleuré et souffert de cette nouvelle « *depuis qu'elle savait elle ne cessait pas de pleurer* » Yousef nous a parlé sur le bon contact avec son entourage et compris sa famille, toutes ces personnes ont prouvé un soutien et aide morale pour lui, ils l'ont accompagné durant toutes ses phases de la maladie, ce qui témoigne une empathie éprouvée de leur part, car c'était pour lui très lourd, la présence de sa famille le soulage et diminue son stress, quant à

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

sa vie professionnelle sa relation avec ses frères est solide, son local de travail est cumulé avec ces derniers, une raison auxquel les il les a tous confiés, ou il n'as pas constaté aucun changement après sa maladie.

Stratégies défensifs

Notre sujet n'a jamais évité des personnes, ou bien les endroits publics malgré sa stomie, d'après lui, il sort mais avec précaution face aux longs tragi, il prend avec lui la réserve de poches. « *Je sors normalement mais quand il s'agit de long tragi oui, je prends toujours une réserve de poches* » Yousef partage sa douleur avec toute sa famille « *je ne peu pas supporter cette douleur seul mais je fais part ma famille* » notre sujet évite les lieux hospitaliers.

Yousef souhait continuer le reste de sa vie dans le calme et la paix et sortant sans douleur.

3.2 présentation et analyse des données de rorschach :

3.2.1 protocole de rorschach

Protocole de rorschach du cas Yousef

Réponses	Enquête	Cotation
planche I		
1- un oiseau ^ 14'	-C'est un oiseau avec des ailles sur les cotes regarde ça se voie	G F +A Ban
2-un masque avec qui jouent les enfants 29''	- tout la planche	Gbl F+ Obj

<p>Planche II</p> <p>^ 6''3-deux hommes amputés de jambes ou ils ont une maladie</p> <p>4- le rouge ressemble à un cœur 40''</p>	<p>-Le rouge en bas je pense une maladie [D3]</p> <p>-le rouge en bas ressemble à un cœur- [D3]</p>	<p>D F+ Hd</p> <p>D CF anat</p>
<p>Planche III</p> <p>^ 10'' 5-deus personne qui tiennent quelque chose</p> <p>6-le milieu ni est un papillon</p> <p>56''</p>	<p>- tout la planche</p> <p>-le milieu [D3]</p>	<p>G k H Ban</p> <p>D F+A Ban</p>
<p>Planche IV</p> <p>^ 19'' 7-je peu dire un arbre</p> <p>8-il fait peur comme un monstre 27''</p>	<p>-Exactement un arbre</p> <p>-Un monstre avec des ailles</p>	<p>G F+ Bot</p> <p>G CLOB F+(H)</p>
<p>Planche V</p> <p>V 8'' 9-une chauve souris</p> <p>15''</p>	<p>-Une forme d'une chauve souris toute la planche</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche VI</p> <p>V 6'' 10-deus chats qui</p>	<p>-G tout la planche</p>	<p>G kan A</p>

collent le de do avec des pattes levées 11- le milieu est une colonne vertébrale 17''	-Oui je voie le milieu comme une colonne vertébrale [D5]	D F+ ANAT
Planche VII 12-^ 7'' 12- un statue	-Toute la planche	G F+ Arch
13-deux poupées se regardent 33''	Les 2 détailles latéraux se sont deux poupées qui se regardent	D kob Obj
Planche VIII ^ 4'' 14-deux tigres qui escaladent une montagne	-Les deux cotes en rose se sont deux tigres	D Kan A Ban
15-là est une radio thorax 57''	- Le dessin centrale ressemble a une radio là en haut [D5] -évidement crane d'animal [D4]	D F+Anat
16-en haut je pense une crane d'animal		D F- Anat
V 5'' Planche IX 17-front d'un éléphant	-En haut je l'voie comme front d'éléphant	D F- Ad
18-Ahh elle peut être une carte Géographique 33''	-(G) un bouquet plain de roses	G F+ Geo
Planche X V 10'' 19-là aussi c'est claire deux araignées	Les deux cotes en bleu la forme au milieu a la intérieure	D F+A Ban

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

20-regarde c'est des poumons 45''		D F+ anat
--------------------------------------	--	-----------

Psychogramme de cas Yousef :

R=20	G=8	F+=13	A=7	F%=75%
Refus=0	D=11	F-=2	H=1	F%él=95%
T.T+=7'21''	Gbl=1	K=2	(H)=1	F+% =86%
TLT=8' 9''	G%=40%	Kan=2	Hd	F+% él=95%
T/R=22''	D%=55%	CF=1	Ad=1	
TRI : 2k =1C	Gbl=5%	Clob=1	Anat=5	H%=5%
RC= 35%			Arch=1	A%=40%
Choix+=(I) (V)			Obj=2	Ban%=30%
Choix-=(II) (VII)			Bot=1	
			Geo=1	
			Ban=6	

3.2.3Analyse de protocole de cas Yousef

A .Analyse quantitative :

A.1productivité et temps :

Dans le protocole de Yousef le nombre des réponses est vingt réponses R=20 de cela le sujet a donne une productivité assez bien par apport a la norme donné par D anzieu et c Chabert (20-30) réponses dans le temps 7mn et 21 secondes, le temps de réaction est 21''qui est inferieur a la moyenne et témoigne la défiance dans le contrôle des idées concernant le temps de latence est 8',9''.

A.2 Les modes d'appréhension :

Les réponses globales données par le patient est $G=40\%$ c'est un pourcentage considérable par rapport aux normes (20%-30%) cela explique que le sujet appréhendée la réalité dans sa globalité, ce qui explique l'intégration de unification corporelle mais qui viennent d'un registre animal $A=40\%$ par

Apport au $H=5\%$, ainsi que le sujet à éviter d'intégrer dans presque toutes ses réponses image humaine ce qui renvoie à une image corporelle négative, et incapacité de s'identifier à un être humain.

Tandis que les réponses $D=55\%$ un pourcentage qui témoigne selon Exner, 1997 les personnes qui subissent un stress important voient décroître leur nombre de D, qui indique aussi l'existence d'habitude perceptive inadéquate ou d'une approche centré sur l'évitement. la réponse donné par le sujet reliée au vide blanc est $Gbl=5\%$.

A.3 Les déterminants :

Concernant le déterminant $F\% =75\%$ qui est supérieure à la moyenne ce qui renvoie à un étouffement de la vie affective on remarque dans ce protocole de Youcef la présence de $F^- =2$ ces réponses sont dominées par les réponses formelles correcte $F+\% =86\%$ un pourcentage supérieur à la norme souligne un caractère pathologique par contre $F-\% =10\%$.

A.4 Les réponses kinesthésiques :

Le patient donne des réponses kinesthésie humaines $K=2$ et kinesthésie animales de bonne qualité formelle ce qui signifie une agressivité relativement bien assumée.

A.5 Les contenus :

concernant les réponses qui portent les contenus, nous remarquons la présence d'un faible nombre de réponses $H=5\%$ dans la norme (12-18%) suggèrent l'existence d'un bas niveau d'empathie et une approche formelle et peu affective de l'autre.

Le $H\%$ est bas rend compte de l'incapacité de sujet à s'identifier à une image humaine qui fonde son identité, Ainsi que la présence (H) à la planche IV renvoie à l'impossibilité de se référer à une image humaine, alors que $A=40\%$ ceci face à des réponses Anat. dans les planches II, VI, III, X aussi nous remarquons une présence d'une réponse (H_d) à la planche II.

A.6 La dynamique conflictuelle :

Le TRI est introversif postule chez le sujet une affectivité plus tôt stabilisée et orientée vers l'intériorité.

B. Analyse qualitative :

Après avoir analysé l'outil de l'entretien clinique, le cas de Yousef nous apparaît dans un état psychique perturbé, il n'arrive à accepter son nouveau corps,

Mais l'apport favorable de l'environnement de monsieur Yousef, qui se traduit dans la qualité positive de ses relations avec sa famille, proche et entourage, la bonne entente et le soutien qui a trouvé de leur part lui ont servi d'un appui et d'une source de soulagement et qui ont contribué à la diminution de son stress. Mais certaines représentations mentales peuvent être aussi dégradées et altérées, à savoir les concepts de représentations de l'être et son image de corps image de corps ce concept s'énonce véritablement moins positif et image de corps négative. Yousef pendant l'entretien diffuse des mauvais

résultats ainsi que des failles, faiblesses qui paraissent relaté sa personnalité. Au niveau physique organique, la stomie modifie certains propriétés et comportements, comme l'arrêt de tout ses projets qui il avait schématisés avant son atteinte, ce qui prouve une tension psychologique grave se caractérise par le mécanisme de l'évitement, qui impacte la vie psychique de certaine aspects mentaux que image de corps.

Synthèse générale de cas

Yousef est un homme qui a subi la nouvelle de la stomie avec un choc émotionnelle, stress et crainte et la répercussion de cette maladie apparaissent clairement durant son entretien, le changement corporelle envahit son psychique ce qui ensuite démontrer dans les résultats de son teste projectif a traves un fonctionnement rigide et une dominance des craintes et angoisse.

L'identité de base de sujet n'est pas intégrer à travers le peu de réponses H=5% face au contenu fragmenté de A=40% indice de l'augmentation d'angoisse et la présence de contenu anatomique, la sujet présente incapacité de représentation humaine se qui témoigne une image de corps négative.

4. le cas d'Amine :

Amine est un homme âgé de 40ans, père de 2enfants enseignant de français. Stomisé depuis 3 ans.

4.1Présentation d'amine:

Durant l'entretien amine s'est montré calme, posé, le premier contact avec lui était très facile, son discours structure logique car il évoque les événements qui lui arrivaient ça fait 3ans de ça.

Amine nous a raconté qui il avait un problème de constipation, et des saignements plus de 6mois, incident qui l'oblige à consulter un médecin le plus

tot possible, se dernier lui à demandé une série d'examen pour conformer son diagnostic. après quelque jours, les résultats d'étude histologiques confirment que le sujet avait un néo plasié au stade avancé, (carcinose péritonéale), Amine nous a raconté que son médecin l'informait, qui il est atteint d'une maladie chronique qui est le cancer de colon partie sigmoïde, nécessitant une intervention chirurgicale dans les brefs délais.

L'annonce de la stomie :

Concernant l'annonce amine déclare « *l'annonce de mon médecin était un choc pour moi, une maladie lourde et une intervention chirurgicale au même temps c'était un terrible moment pour moi, et jusque à présent cette annonce me revient dans mes rêves* » sa réaction lors de la découverte de sa maladie était un choc et la peur car pour lui c'est une maladie sans remède et mortelle. La vie de notre sujet avant la stomie était saine, sans aucun antécédent médical, heureux il se sens toujours en forme, très actif au point qui rajoute des heures supplémentaires pour ses élèves afin de les préparer pour les examens finaux, « *j' étais en forme au point ou je rajoutes A mes élèves des heures afin de leurs donner une bonne base* » après sa maladie il se sent toujours fatigué et obsédé par la crainte que sa poche ne tiendra jamais et que sa peau vas être irritée et infectée. des complications ont changé la qualité de vie de Amine qui est devenu nerveux et angoissé, le sujet dit « *j'ai un grand changement qui est mal heureusement négatif, car ma maladie m'a poussé à ne pas m'attarder dehors , la chose qui m'évite d'apprécier les bonnes moments que j' avait avant avec mes élèves et mes amis* » pour Amine être stomisé veut dire dégradation, régression, un recule au niveau physique dans le domaine professionnel car il ne peut pas fournir d'effort comme avant rajoute le patient « *après cette atteinte je me sens toujours fatigué, affaibli je ne peux ni trop marcher ni trop conduire, ainsi que vérifier la poche me perturbe je suis devenu obsessionnel car mes*

efforts sont réduits , mon réveil toute la nuit pour vider, cette dernière nécessite beaucoup hygiène et d'efforts .»

Perception de soi :

Selon Amine sa réaction à la premier vu de la poche était un déni, il était préparé par son médecin traitant ,mais vivre avec un corps étrange toute une vie une raison a laquelle il s'inquiète, le sujet dit « *vivre tout le reste de ma vie avec une poche m'inquiète vraiment je ne sais aprèsce que il peut m'arriver* » les changement subi par son corps l'empêchent de s'admirer ,le sujet déclare « *avant, j'aime m' admirer mais après ma maladie je ne supporte plus me voir dans le miroir par ce que mon visage est toujours pâle, et je commence à maigrir* » pour le sujet, ces photos avant sa maladie, désire toujours les regarder le soir avec sa femme ,car cella lui rappelle les plus beaux moments de sa vie, amine nous a confié ses paroles avec un sourire « *sortant celle de mariage .* » amine face au regarde des autres il coupe court à ses relations avec les amis ,même ses relations au domaine professionnel ont changées d'abord sur le plans physique car il peut plus fournir d'effort comme avant, et sur le plans psychique la crainte des odeurs et le son des gaz quelle produite la poche sont devenus un obstacle qui influe son contacte d'extérieure. «*Le bruit des gaz que la poche fait sortir quand elle fonctionne me gêne et même j'ai peur que les odeurs sont ressentir par les autres* »

Perception des autres :

La conjointe d'amine était la première personne au courant de son diagnostic, car grâce à elle que amine a pu supporter et continué sa vie malgré que sa première réaction était un choc émotionnel qui à fais rentré dans un deuil, car elle savait de quoi il s'agit. Sa fonction autant que infirmière lui permet d'entretenir la santé de son mari. « *Si je suis encore vivant jusqu' à*

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

maintenant, c'est grâce au dieu et ma femme, les soins que m'offre, son entretien idéal qui comble mes souffrances me rassurent et m'encourage et me donnent envie de vivre très longtemps avec elle »
les stratégies défensives :

Notre patient ne fréquente pas les lieux hospitaliers, aussi il n'aime regarder les programmes de santé, amine partage sa douleur avec sa partenaire et souhaite la réussite et prospérité pour ces enfants, ce qui montre l'amour et investissement de Amine pour sa famille.

Présentation et analyse des résultats

Présentation et analyse de protocole du cas Amine

Réponse	enquête	cotation
^ planche I 9 " 1 –comme doublement de deux hommes symétrique 2-peut être aussi un papillon 60"	[G]voilà deux têtes, les mains [G] il a des ailles et un Corp.de papillon	G F-H G F+A ban
V planche II 10" 3-feu qui sort d'un volcan 4-deux soldats qui se ^ battent 50"	-[D2] la partie rouge supérieur il va être uniquement du feu -[D1] deux parties latérales	D kob c frag D k H

<p>^ planche III 8" 5-deux femmes black qui préparent à manger 6- poisson, des animaux qui composent la planète v 40"</p>	<p>[G]sa se voie deux femmes préparent quelque chose [D2] la parie supérieur sur les cotes c'est des poisons</p>	<p>GKC'H ban D F+A</p>
<p>Planche IV ^ 7" 7-dissections d'un animal 8-un monstre V 20"</p>	<p>[G] oui animal découpe en deux [G]en position d'attaque</p>	<p>GF- Anat G k (H) ban</p>
<p>planche V 5" 9-c'est une vrai chauve souris 10-cheval qui vol 20"</p>	<p>[G]elle a des ailles regarde une chauve souris [G]Moi je le vois comme ca c'est mon avis</p>	<p>GF+A ban G k A</p>
<p>V planches VI 6" 11-deux animaux qui se collent de dos l'un a l'autre 46"</p>	<p>[G]toute la planche</p>	<p>[G] Kan A</p>

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

<p>^5" planche VII</p> <p>12-se sont deux chats qui se battent</p> <p>13-le blanc au milieu cette espace blanc on dira un arbre</p> <p>57"</p>	<p>-2détaille latéraux se sont des chats qui se battent</p> <p>-blanc central sa forme comme un arbre [Dbl7]</p>	<p>D Kan A ban</p> <p>Dbl F+ BOT</p>
<p>^4" planche VIII</p> <p>14-deux animaux sauvage qui escaladent</p> <p>15-le milieu est un paysage</p>	<p>-[G] la les deux animaux rose qui marchent</p> <p>-l'ensemble sans les parties roses latérales c'est un paysage [D1]</p>	<p>G KAN A ban</p> <p>-D C F Pays</p>
<p>^9" planche IX</p> <p>16-des arbres</p> <p>17-image plaine de couleurs</p> <p>50"</p>	<p>-[G]deux arbres</p> <p>-[G]voilà le rouge, bleu se forme d'une image</p>	<p>GF+ BOT</p> <p>G C Art</p>
<p>^10" planche X</p> <p>18-Découlement de fusée</p> <p>19-aussi sa me rappelle la plage</p> <p>60"</p>	<p>- détaille gris supérieur [D11]</p> <p>-Le bleu des deux cotes</p>	<p>D kob odj</p> <p>D C ELEMT</p>

Le choix+ : La planche : III « deux femme qui s'aident »

La planche : X « plaine de couleurs la plus belle permis les photos »

Le choix - : la planche I « elle me plait pas elle est toute noir »
la planche IV « elle fait peur »

Psychogramme de cas d'amine

R=19		$\Sigma F=7$	A=7	F%=36%
TTotal =20m	G=11	F+=6		
T/Rép=1m	D=7	F-=1	H=4	F+% =31%
T.lat/Moy=44s	Dbl=1	K=4	Elém=2	F%elargi=73%
TRI=4K <C5 ,5	G%=58 ,89 %	Kan=3	Bot=2	
TRI :	D%=36%	Kob=2		F+% ela=92%
extratensif	Dbl=5%	C=3	Anat=1	
Rc%=31%		CF=1		A%=36%
Choix+(III) (x)			Pays=1	
Choix-(I) (IV)			Art=1	H%=21%
			Obj=1	
			Ban=6	Ban%=31%

4.2.3 Analyse de protocole de cas Amine

A. Analyse quantitative

A .1 Production et le temps :

Dans le protocole de Amine on a constaté une inhibition qui ont apparue dans le nombre de ses réponses R=19c'est un pourcentage qui est inferieur a la moyenne selon D anzieu et C Chabert (20-30), donc le protocole n'est pas productif, il est dans un temps total de 20m. Le temps de réaction est 1m le temps latence moyen est 44secondes, d' après ces données, on constate que monsieur Amine nous a donné des réponses avec une pauvreté fantasmatique de langage simple, on a remarqué que Amine nomme seulement sans essayer de décrire toute ce qu'il remarque.

A.2 Les modes d'appréhension :

Dans le protocole d'Amine le nombre de réponses globales $G=57\%$ c'est un pourcentage considérable par rapport aux normes données par D anzieu et C Chabert (20%-30%) ce que signifie la nature adaptative avec la réalité extérieure ainsi le nombre élevé des réponses signifie la présence d'une capacité intellectuelle de bonne qualité. Tandis que les réponses détaillées sont $D=36\%$ ces pourcentages inférieurs à la moyenne (60%-68%) signifient un stress important subi par la personne (Castro, 2006, P111), nous trouvons aussi un $D\%$ bas chez les malades organiques (Nina Rausch, 1970, p51).

A .3 Les déterminants :

Les déterminants formels donnés par le sujet sont $F\%=36\%$ c'est un pourcentage qui inférieure a la norme (50%-70%) suggère la mise en distance des aspects affectifs avec attachement aux caractères objectifs de la planche (Nina Rausch, 1970, p73) le pourcentage de $F+\%=31\%$ qui est inférieur à la norme(80%-85%) mais s'est rattrapé par $F+\%$ élargi, le $F+\%$ diminué, souligne le peu de capacité de processus rationnels et l'absence d'une prévalence de la vie pulsionnelle.

A .4 Les réponses kinesthésiques :

La présence de réponses kinesthésiques renvoie a une meilleure potentialité a gérer les pulsions agressives. (C Chabert, 1983, p164).

A .5 Les contenus :

Concernant les réponses qui portent les contenus ,on remarque les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage $H=21\%$ supérieure à la norme apparait chez les personne qui s'investissent avec les autrui et qui sont généralement en bonne estime de soi et qui revoie aussi à la capacité s'identifier

à la être humain (C Chabert ,1983, p 221) les réponses animal existent avec un pourcentage $A=36\%$ dans la norme indice de sociabilité, concernant les réponses banales qui existent dans ce protocole avec un pourcentage $Ban=31\%$ supérieur a la norme($20\%-25\%$)cela indique que le sujet témoigne de l'existence de forme de stress et de d'anxiété

A.6 La dynamique conflictuelle :

On s'intéresse au type de résonance intime dont les réponses kinesthésies est $K=4$ et les réponses couleurs est $C=5,5$ le type de résonance intime (TRI) apparait comme extratensif des réponses kinesthésiques apparaissent dans ce protocole donc il semble bien que le sujet exprime un vécu corporelle intense, aussi une capacité de l'élaboration des conflits.

L'extratensif selon(C Chabert, 1998) un sujet labile qui valorise l'expression des affectes. (Castro, 2006, p126)

B. Etude qualitative :

pendant l'entretien, le sujet nous a décrit qui il se sent fatigué et se plait de la crainte de complications, sur le plan psychique il se sent angoissé, il s'énervait trop suite à cette maladie, concernant le plans relationnel, sa maladie altère ses relations avec les amis car cette dernière l'oblige a rentrer tôt à la maison et lui empêche d'apprécier les moments comme avant avec ses amis ,mais avec sa femme sa relation n'est pas changée au contraire cette maladie les a unis plus que avant ,car lors des moment difficiles qui il a trouvé son empathie, éprouvé par le bais de son aide, notre sujet l'a considérée comme une source de son énergie, le soutien moral qui il a trouvé de sa part lui a servi un appui et source de soulagement ce qui contribue à la diminution de son stress et avoir de l'espoir et envie de se battre.

Synthèse générale de cas :

Après avoir analysé les données obtenues à l'aide de l'entretien clinique et le test projectifs le Rorschach Amine a une bonne image de soi, mais dans son entretien amine apparaît qu'il souffre des difficultés physiques et psychiques causées par le changement corporel, mais aussi selon notre sujet l'aide et l'assistance de son conjointe lui comble ses souffrances et le rassure, ce qui lui donne le courage et l'envie de vivre longtemps et défier la maladie elle-même. L'épreuve de rorschach a montré que le sujet appréhendé l'unité de son image du corps de bonne qualité ainsi qu'il a la capacité de s'identifier à un être humain dans sa globalité, ce qui indique une vision positive de son corps.

5. Analyse et discussion des hypothèses :

5.1 Discussion de l'hypothèse générale

Après l'analyse des entretiens, de test projectif de Rorschach, il est bien évident de discuter nos hypothèses de recherche qui tentent de répondre à la question de départ. Quelle est la nature de fonctionnement mental chez les hommes ayant une stomie définitive ? Notre hypothèse qui porte l'intitulé : la nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive est altérée.

A travers les données obtenues de l'entretien et de test projectif Rorschach, effectués avec les quatre cas (Brahim, Kamel, Yousef, Amine), on peut constater qu'effectivement la nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive est altérée.

A partir de notre groupe de recherche sélectionné, nous nous permettons de dire que notre hypothèse générale est confirmée.

5.2 Hypothèses partielles

La première hypothèse partielle consiste en « *la présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité de l'image de corps* ».

A travers les entretiens semi directif et le test de Rorschach effectués avec les quatre cas, on a pu constater que l'emplacement de la poche altère l'image du corps, de notre groupe de recherche, les quatre cas voient négativement leurs corps.

Donc ceci nous permet de dire que notre première hypothèse partielle est confirmée.

Ces résultats sont en accord avec les constats faits il ya longtemps sur les patients stomisés :

Selon Manderson, « Les patients stomisés expriment un profond sentiment de dégoût vis-à-vis de leur corps ».

La présence d'une poche sur l'abdomen comme « un intrus ». Les patients ont le sentiment de ne pas/ plus être « *comme les autres* » et de ce fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime d'eux-mêmes (Persson et al, 2005, p42).

La deuxième hypothèse partielle : consiste en « *la présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité des mécanismes de défenses* ».

D'après le discours des cas et le test utilisé nous avons constaté que la présence d'une stomie définitive altère la qualité des mécanismes de défense.

En effet, notre deuxième hypothèse partielle est confirmée.

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

La résignation : apparaît quand les stratégies d'évitement cèdent sans avoir été résolue. Le patient subit la maladie, est résigné et s'en remet aux soignants et à l'entourage. Il prétend accepter son sort. Il imagine le pire. L'amertume est souvent présente ». (Lacroix et Assal, 1998, p205).

La troisième hypothèse partielle : consiste en « *la présence d'une stomie définitive sur l'abdomen altère la qualité des relations avec les autres* ».

A partir de l'entretien effectué, nous avons constaté que la présence d'une stomie définitive n'altère pas la qualité des relations avec les autres par rapport au quatre cas.

Les quatre cas entretiennent de bonne relation avec leurs entourages. En effet, notre troisième hypothèse partielle est infirmée.

Ainsi « Aucun des patients ne dit pourtant avoir été traité différemment une fois la présence de la stomie révélée, et les patients l'ayant annoncé n'ont pas rencontré de problème particulier pour en parler » (Staelens et Piwonka, 1999, p66).

Notre hypothèse général et deux hypothèses partielles (la première et la deuxième) on confirmé, mais les résultats ne peuvent pas représenter la population mère, car notre population d'étude était restreinte.

Conclusion

Conclusion

Cette recherche sur «le fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive », qu'on a effectué au niveau de CHU khelil amrane de Bejaia, et l'association des stomisés d'iheddaden sur un groupe de recherche de 4 cas âgés entre 35ans et 45ans, nous a permis de connaitre la nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive à travers le guide d'entretien semi directif et le test projectif le Rorschach.

Il appert que la stomie a un impact sur l'état psychologique des patients, le changement de leur quotidien et de leur corps affectent négativement sur leur psychique.

Notre guide d'entretien et le test de Rorschach nous a permis d'évaluer le fonctionnement mental de nos sujets, bien que les résultats ne puissent être généralisés sur toutes personnes stomisés.

Nous avons déduits dans cette recherche que la personne stomisé nécessite la présence physique et morale de l'autre qui l'aide à s'adapter par rapport à leurs nouveau corps.

Notre but dans cette recherche, est de montrer que les hommes ayant une stomie définitive ils ont un fonctionnement mental altérée.

Par rapport à la nature des mécanismes de défenses utilisés par le sujet, la nature de relation avec autrui, et la perception de soi.

Enfin, nous pouvons dire qu'à travers cette modeste recherche, on a pu confirmer notre hypothèse et nous avons constatés que les hommes ayant une stomie définitive souffrent d'un fonctionnement mental altéré.

Pour conclure, on souhaite inviter les étudiants dans d'autres recherches d'étudier un thème qui s'intéresse à :

L'impact d'une stomie définitive chez les hommes sur la conjointe.

La sexualité chez les hommes stomisés.

Références bibliographique

Références bibliographique

1. Association national Spina Bifida Handicaps. (2015). *Les stomies digestives et urinaires*. 94MT187 : France.
2. Baraconnier, A. (2006). *Introduction a la psychopathologie*. Paris : Masson.
3. Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris, France : centre de psychologie appliquée.
4. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3ème édition). Paris : Dunod.
5. Bioy, A, Fouques, D. *Manuel de psychologie de soin*. Paris.
6. Boudjadi, N, Sellam, Z. (2017). *comment se comporter avec une personne stomisée*. Algerie, charisma-chihab 2000.
7. Boulenger, J-Ph, Lépine, J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Lavoisier, Paris.
8. Braun, B. (2013). *Stomie digestives*. 8.
9. Caugant, F. (2005). *Psychologie et stomie*. Morlaix.
10. Chabrol, H, Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défenses et coping* (2ème édition).paris : Dunod.
11. Chahraoui, Kh, Benony, H. (1999). *L'entretien Clinique*. Paris: Dunod.
12. Chahraoui, Kh, Benony, H. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
13. Chabert, C. (2004). *Psychanalyse et méthode projectives*. Paris : Dunod.
14. Chabert, C. (1983). *Le rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique*. Paris : Bordas.
15. Castro, D. (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. Paris : Dunod.
16. Crocq, L (2014). *Traumatismes psychiques prise en charge psychologique des victimes* (2ème édition). Masson.
17. Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Le seuil.
18. Degrate, F, Guyot, M, Valois, M-F. (2005). *La stomathérapie d'hier à aujourd'hui*, 699.

Références Bibliographique

19. Diane, S, Gilbert, D. (2011). *Les stomies : partie une perspective infirmière*.
20. Fernandez, L, Pdeinnieli, JL. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmier*, (84), 41-51.
21. Feulien, C, Crispin, B, Deccache, A. (2010). *Comprendre le vécu des patients stomisés quel besoin d'aide et d'éducation ?*, réf 10-60, Fsf-rencontre, Paris.
22. Freud, S. (1900-1967). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF.
23. Freud. S, (1926). *Inhibition, symptôme, et angoisse*, Ed Paris.
24. Gaudriant, P, Baroth, J. (1990). *La représentation d'objet dans le rorschach*. Paris : plais de l'ONESCO.
25. Hollister, (2016). *Vivre avec une stomie réponses a vos questions*. Réf : FRO184.
26. Lacroix, A, Assal, J-P (1998).*l'éducation thérapeutique des patients nouvelles approches de maladie*. Vigot : Paris.
27. La Planche.I, Pontalis J.B. (1994).*vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : puf.
28. Lancel, P, (2002). *A l'écoute de stomathérapeute*. 02, Paris.
29. Ligue suisse contre le cancer, (2018). *L'urostomie*. 4ème édition. Remaniée.
30. Marie,C, Sandrine,S.(2007).*La prise en charge psychologique des stomisés et leur entourage*. In rencontre 100, FSF, Paris
31. Miller, C. (2012). *Prendre soin de soi... pour mieux accompagner l'autre*. Paris, France : la défense.
- Nasio, F. D. (1992). *L'enfant miroir*. Paris : Payot. 2.
32. Nina Rausch de T(1970). *La pratique du Rorschach*, Université, France.
33. Organisation mondial de la santé. (1994). *Classification international des maladies-10/ICD-10/ classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Who/Masson.
34. Pedinielli, J-L, Gimenez, G. (2002). *Les psychoses de l'adulte*. Natha, VUEF.

Références Bibliographique

35. Pardinielli, J-L, Bertagne, P. (2010). *Les névroses* (2ème édition). Arman colin.
36. Pennewaert, D, Lourent,T. (2011). *Événement traumatique en institution*. Belgique, fabert.
37. Rama, N, (2007). *La sexualité des personnes stomisées. Rôle de l'infirmière stomathérapeute*, vol 7, (2).
38. Sorvia C, Beyler S, Lataillade L. (2005). *Les stomies digestives : indication, comlication, prise en charge pré et poste opératoire*, vol 1.30126, suisse.
39. Staelens, C. (1999). *Vivre avec une stomie analyse des besoins*, hospitalized.
40. RNAO, (2009). *Soins etprise en charge des stomies*.
41. Simone, C-V, (1991).*théorie de la personnalité*. (2ème édition). Paris : PUF.
42. Wainsten, J-P, (2012). *Le larousse médicale*. (5ème édition). Paris : larousse.

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Information général sur le sujet

Âge

Niveau d'instruction

Situation professionnel

Situation matrimoniale

Nombre d'enfant

Axe 1 : l'annonce de la stomie

Depuis quand êtes vous stomisé ?

Comment avez-vous vécu l'annonce de votre stomie ?

Quelle était votre réaction ?

Comment était votre vie avant la stomie ?

Comment est devenue la qualité de votre vie depuis la stomie ?

Quelle sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la poche ?

Revivez-vous l'annonce dans les rêves ou des cauchemars ?

Avez-vous plus de réveil nocturne ?

Est-ce que des souvenirs ou images reproduisent votre maladie s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?

Axe 2 : perceptions de soi

Quelle était votre réaction à la première vue de votre poche ?

Comment vous voyez vous depuis la mise en place de la poche ?

Qu'est ce que vous penser de vous ?

Êtes-vous capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens ?

Aimer-vous regarder vos photos avant la maladie ?

Est-ce que vous vous regarder dans le miroir depuis l'installation de la poche ?

Comment réagissez-vous face aux regards des autres ?

Axe3 : perception des autres

Quelle est la première personne qui était au courant de votre stomie ?pourquoi ?

Comment elle à réagit à cette nouvelle ?

Comment vos proches ont-ils réagi face à cette nouvelle ? Ainsi que votre conjointe ?

Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches?

Que penser vous de soutien qui vous a était apporté de la part de vos proches ?

Est-ce que vous penser que votre maladie est influencée sur vos relations avec les autres ?

Comment sont-elles vos relations dans le milieu professionnel ?

Axe 4 : stratégies défensives

Avez-vous tendances à vous isolé et à refuser les contactes ?

Est ce que vous racontez vos douleurs à quelqu'un ou vous les réprimez ?

Évitez-vous des lieux hospitaliers ou les programme tv sur la santé ?

Que souhaitez-vous dans l'avenir ?

Si vous avez une chose à changer dans votre vie sa sera laquelle ?

Annexe 2

Guide d'entretien

Information général sur le sujet

L3mer

Niveau n lkraya

Lkhadma

tezawjet

achehal n derya

Axe 1 : l'annonce de la stomie

G aywak kechi stomisé ?

Amek it3achet l'annonce n lahlakik?

Amek igtahtra?

Amek itela tam3ichtik avant n la stomie ayi ?

Amek itekal tam3ichtik g mi tehalkt la stomie?

Dachou id les changement ikimarin akka g lhayatik g mi tehalkat la stomie ?

T3awadet t3ichet l'annonce ni g targith nagh g les couchemar ?

Tekarted bezaf la3cha ?

Dachou d les images nagh des souvenirs i gditekalen g la journée nagh la3cha?

Axe 2 : perceptions de soi

Amek igthetra mi tazrit la première fois la poche ynek ?

Amek itezaret imanik g mi takhadmet la poche?

Dachou itekhmimet fal 3amrik ?

Tzamret atekhadmet lahwayedj akhir n la majorité n meden ?

Tehibit atazret les photoynek noukbel atehalket ?

Tekhazret imanik g lamri g mi tekhadmet la poche ?

Amek igthetarou s lkhazra n l3ibad ?

Axe3 : perception des autres

Menhou ig3almen damezwar s lahlakik? iwach?

Amek istra ?

Widak ikikarben amek isentetra g mi islan s lahlakik ? wahid tamtouthik ?

Toufit lam3awna g lahababik?

Amek itezaret lam3iwna igdafkan lahababik?

Est-ce que tezaret lahlakik i influencer les relation ynek d maden?

Amek imogent les relations ynek gal khadma ?

Axe 4 : stratégies défensives

Tehinit atkimet imanik watrufusit les contact ?

Est ce que tehakout lkarhik nagh tedjat zedakhlik ?

Tat ivitit imokan n sbitarath d les emission g la tv idihadren f lahalakath ?

Dachou tatmnit gher zath ?

Mayla ila dachou atchangit g dounithik dachout ?

Annexe 3

Le matériel du test rorschach

Le test rorschach se compose de 10 planches sur les quel figure de tache d'ancre de déférentes formes et colleurs.

Présentation des planches

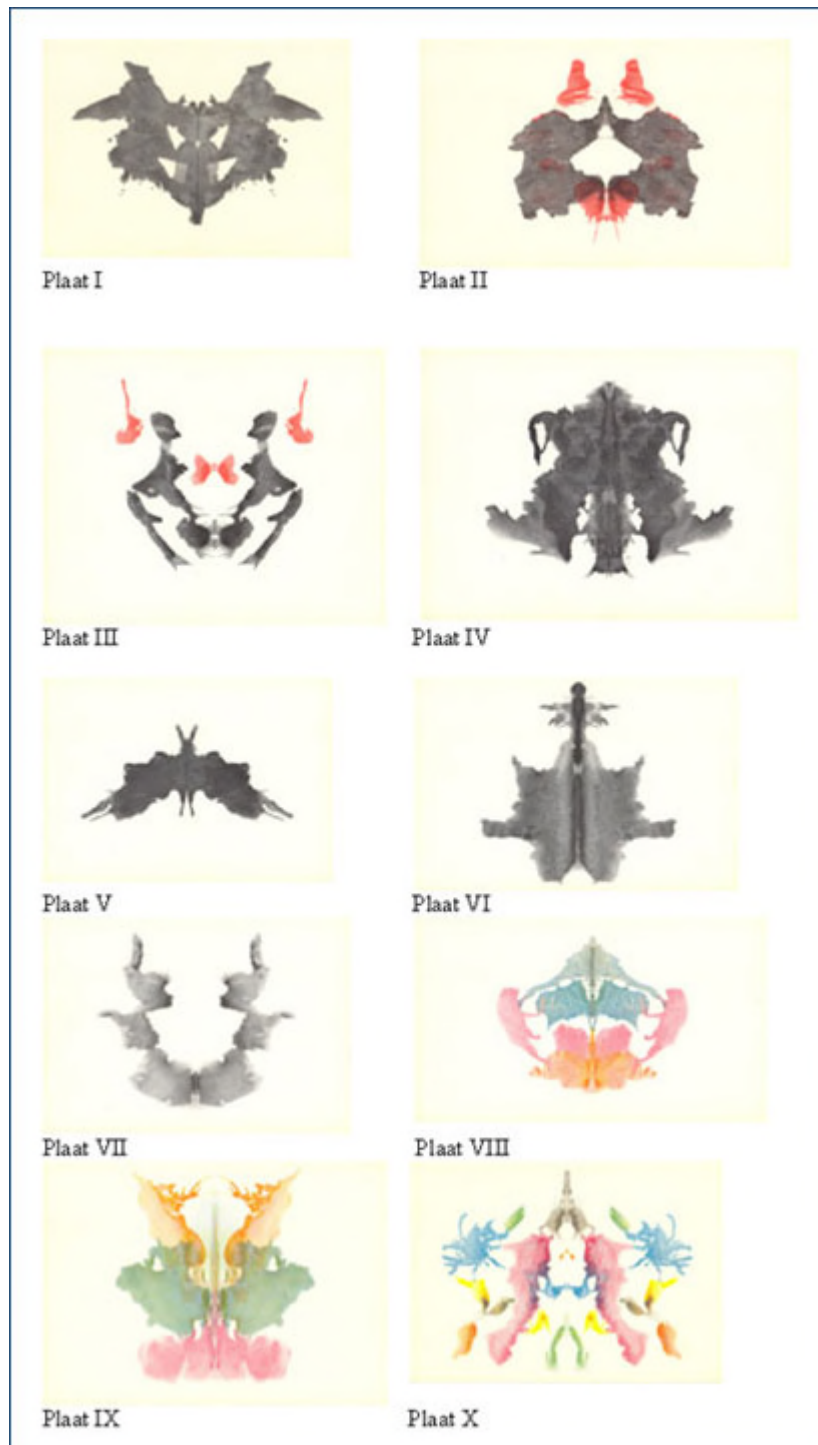
Tableau N°03 : Tableau de présentation des planches.

Planches	Sur le plan objectif	Sur le plan sensoriel	Sur le plan psychologique
I	Fermé, compact.	elle est noire et grise avec des taches blanches.	elle renvoi au premier contact avec l'objet maternel.
II	elle n'est pas compacte, elle est ouverte bilatérale	le rouge, le gris, le noir, le blanc.	elle sollicite une représentation de type relationnelle agressive, C'est une planche ou le rouge renvoi a la sexualité et l'agressivité.
III	elle est ouverte, et bilatéral.	elle a du noir, du rouge ; du gris et du blanc.	elle sollicite une représentation de type relationnelle (conflictuelle, amical ...etc) c'est une planche d'identité et de représentation de

			soi.
IV	elle est compacte et fermé.	elle a du gris et du noir.	c'est une planche qui renvoi à la notion d'autorité paternelle et maternelle.
V	elle est fermée et compacte.	elle a du gris et du noir.	planche identitaire et de représentation des soi.
VI	compact.	elle a du noir et du gris.	renvoi a la sexualité féminine et masculine.
VII	elle est ouverte et bilatéral.	elle a du gris du noir et du blanc.	elle renvoi à la représentation de soi et à la relation d'objet maternel.
VIII	fermé, bilatéral.	chromatique, pastel.	relation avec l'environnement.
IX	fermé, bilatéral, compact.	pastel.	relation avec le premier objet qui est l'objet maternel.
X	ouverte, bilatéral.	pastel.	renvoie à la séparation et l'angoisse de morcellement.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des planches de test Rorschach.

Les dix planches de test Rorschach



Annexe 4

Résumé

Notre recherche sur « le fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive» a été effectuée à l'hôpital Khalil Amrane de Bejaia, ainsi que, l'association des personnes stomisés d'heddaden. Notre groupe de recherche est composé de quatre cas âgés entre 35ans et 45 ans et qui souffrent d'une stomie définitive dans le but de cerner la nature de fonctionnement mental de ses derniers. Cette recherche a été faite en s'appuyant sur la méthode clinique de recherche incluant deux outils de recherche, le premier est l'entretien semi directif, et le deuxième est le test projectif le Rorschach.

A travers les résultats obtenus dans cette recherche confirment que la nature de fonctionnement mental des hommes ayant une stomie définitive est altérée.

Summary

Our research on "the mental functioning of men with a definitive stoma" was carried out at the Khalil Amrane Hospital in Bejaia, as well as, the stomy Society of Iheddaden. Our research group is made up of four cases between the ages of 35 and 45 years old who suffer from a definitive stoma in order to understand the nature of mental functioning of the latter. This research was based on the clinical method of research including two research tools, the first is the semi-directive interview, and the second is the projective test the Rorschach. Through the results obtained in this research confirm that the mental functioning nature of men with a definitive stoma is impaired.