



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA- BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales.
Département des sciences sociales.
Option : Psychologie Clinique

Mémoire de Fin cycle
En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie
Option : psychologie clinique

Thème

**Etude Systémique des Familles Ayant un Membre
Cancéreux.**
Etude structurale et contextuelle de deux (02) familles

Réalisé par :

- ACHOUR SONIA
- IHAMDANENE NABILA

Encadrés par :

- Dr GACI KHELIFA

Année universitaire:
2018/2019

Remerciement

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

Nous voudrions tout d'abord adresser toute notre gratitude à l'encadreur de ce mémoire, Mr GACI Khelifa, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Et aussi on remercie toute l'Equipe du service d'oncologie de l'hôpital d'amizour

Enfin, On tient à témoigner toute la gratitude à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Merci pour votre
Attention et soutien

NABILA

SONIA

Dédicaces

Au terme de ces année d'études, je dédié ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

À la mémoire de mon père qui a été la source spirituelle de mon éducation, et tous ce qui j'ai appris de cette vie, grâces a son effort et son sacrifice pour réussir durant ma vie.

Que le dieu le garde son veste paradis.

*À la personne qui a était toujours a mes cotes dans les pire moments de ma vie, qui a remplaces le rôle d'un père pour moi qui à toujours été un soutien moral et un Modèle de labeur et de persévérance ; **Mr GACI (KH)**, pour son aide et son soutien.*

A ma chère mère que le Dieu vous garde le plus longtemps possible et j'espère que vous trouverez dans ce travail toute ma reconnaissance et tout mon amour

A ma très chère sœur Yasmina qui ma soutenus et m'encouragée au cours de ces années d'études et dans la réalisation de ce travail,

A ma binôme SONIA et sa famille.

Nabila

Dédicaces

Je dédie ce travail qui n'aura jamais pu voir le jour sans les soutiens indéfectibles et sans limite de mes chers parents qui ne cessent de me donner avec amour le nécessaire pour que je puisse arriver à ce que je suis aujourd'hui. Que dieux vous protège et que la réussite soit toujours à ma portée pour que je puisse vous combler de bonheur.

A mon cher petit frère que dieu le garde pour moi nchalah qui ma encourage toute ou longue de mes année d'étude.

A mon encadreur Mr Gaci pour m'avoir guidé pour la réalisation de ce projet.

J'exprimons toute ma gratitude a ma cher binôme Nabila.

Aux mémoires de mes grand parents que dieu l'accueille en son veste paradis.

Je dédie aussi ce travail à :

Mes grands-parents.

Mes oncles, mes tantes et leur famille.

Tous mes cousins et cousines.

SONIA

Sommaire

Remerciement.....	i
Dédicaces.....	i-ii.
Liste des tableaux.	
Liste des schémas.	
Préambule	1

Le cadre générale de la problématique

1. La problématique... ..	4
2. Les hypothèses.....	7
3. L'objectif de la recherche.....	7
4. Le choix de thème.....	7
5. Opérationnalisation des concepts.....	8

Partie théorique

Chapitre I : La famille, ses caractéristiques et ses systèmes familial.

Préambule.....	10
1. Les Définitions de la famille.....	10
1-1 La famille d'un point de vue Sociologique.....	10
1-2 La famille d'un point de vue Anthropologique.....	10
1-3 La famille d'un point de vue Systémique.....	11
1-4 La famille d'un point de vue Psychologique.....	11
1-5 La famille selon Robert Neuburger.....	11
1-6 La famille selon Boutefnouchet.....	11
1-7 Notre définition de la famille.....	11
2. Les types des familles.....	11
2-1 Les familles nucléaires.....	11
2-2 Les familles multi-générationnelles.....	11
2-3 Les familles communautaires	12
3. Evaluation et caractéristiques de La famille Algérienne.....	12
4. La famille d'un point de vue systémique (selon Birta Lanffy).....	13
4-1 L'approche structurale de Salvador Minuchin.....	14
4-1-1 Les notions de bases de l'approche structural.....	15
4-1-1-1 La structure.....	15
4-1-1-2 Les règles.....	15
4-1-1-3 Les frontières (les relations).....	15

4-1-1-4	Les types des frontières.....	16
4-1-1-5	Les types des relations.....	16
4-1-1-6	L'étude de symptômes.....	16.
4-1-1-7	Objectif de la restructuration.	16
4-2	Les types des familles selon Salvador Minuchin.....	18
4-2-1	Les sous systèmes.....	18
4-2-2	Les sous systèmes conjugal.....	18
4-2-3	Les sous système parental.....	18
4-2-4	Les sous systèmes fraternel	19
4-3	L'approche contextuelle de Bozormenyi Nagy.....	19
4-3-1	Les canons de la théorie.....	19
4-3-2	La dimension de la réalité relationnelle dans la famille.	19
4-3-2-1	La dimension des faits.....	20
4-3-2-2	La dimension de la réalité psychique	20
4-3-2-3	La dimension transactionnelle.	20
4-3-2-4	La dimension de l'éthique relationnelle.....	20
4-3-3	La loyauté, une notion désuète.....	21
4-3-3-1	Les racines de loyauté.....	21
4-3-3-2	Loyauté et parentification	22
4-3-3-3	Histoire de loyauté dans l'approche contextuelle.....	22
4-3-3-4	Loyauté et suite des générations.....	22
4-3-3-5	Gérer une loyauté (une affaire familiale).....	23
4-3-3-6	Gérer une loyauté : un projet éducatif et culturel	23
4-3-3-7	Mode de résolution de loyauté.....	24
4-3-3-8	Conflit et clivage de loyauté.....	24
4-3-4	Les types de loyauté.....	25
4-3-4-1	La loyauté mandatée	25
4-3-4-2	La loyauté glissante ou déchirée	25
4-3-4-3	La loyauté indirecte ou invisible.....	25
4-3-4-4	La loyauté camouflée provoque fréquemment une absence.	25
4-3-5	La parentification et son histoire	26
4-3-5-1	Quelques repérages autour de la parentification a travers le temp.....	26
4-3-5-2	La parentification appréciée du coté de la charge parental.....	27
4-3-5-3	Le contexte de la parentification.....	27
4-3-5-4	L'ouverture de la parentification.....	28
4-3-6	La légitimité.....	28
4-3-6-1	Les types de légitimité	29
4-3-6-1-1	Légitimité constructive.....	29
4-3-6-1-2	Légitimité destructrice.....	30
4-3-6-1-3	La vengeance.....	30
4-3-6-1-4	La tragédie de l'injustice.....	30
4-3-6-1-5	L'exonération.....	31
4-3-6-1-6	Les principes de l'exonération.....	32
4-3-6-1-7	Les étapes de l'exonération.....	32

5	Le fonctionnement de système familial.....	32
6	Le dysfonctionnement de système familial.....	33
7	Les principes raisons de dysfonctionnement familial.....	34
8.	Le cycle de vie de la famille.....	34
8.1	Les étapes de cycle de vie de la famille.....	34
Conclusion de chapitre		35

Chapitre II : le cancer, symptômes et traitements

Préambule		37
1.	Quelque définition de cancer.....	37
2.	Un peu d'histoire.....	37
3.	La terminologie et l'étymologie du cancer.....	38
4.	Les principaux cancers	39
4-1	Le cancer de la peau.....	40
4-2	Le cancer du poumon.....	40
4-3	Le cancer du sein.....	40
4-4	Le cancer de la prostate.....	40
4-5	Le cancer du colon.....	41
4-6	Le cancer du col de l'utérus.....	41
5.	Les deux grandes classes du cancer.....	41
5.1	Le néoplasie dit bénigne.....	41
5.2	Le néoplasie dit maligne.....	41
6	les différences entre cellules cancéreuses et les cellules normales.....	42
7	Les causes de cancer.....	43
8	Les symptômes et le diagnostique du cancer	45
9	La définition de dépistage.....	45
10	Les choix des traitements.....	46
11	Le déroulement d'une chimiothérapie.....	47
12	Les effets secondaires de la chimiothérapie.....	47
13	Les facteurs des cancérogénèses.....	49
14	Les problèmes psychologiques chez les cancéreux.....	51
15	Les aspects relationnels.....	51
16	La famille et oncologie.	52
Conclusion de chapitre		54

Partie pratique

Chapitre III : Le cadre méthodologique

Préambule		56
1.	Le pré enquête.....	56
2.	La méthode de recherche.....	56
3.	La population d'étude et les caractéristiques de ce choix.....	56
4.	Durée et lieu de recherche.....	57

5. Les outils de recherche.....	58
5.1 L'entretien familial circulaire.....	58
5.2 Le génogramme.....	58
5.3 La carte familiale	65
6. Le déroulement de la recherche.....	65

Conclusion de chapitre	67
-------------------------------------	-----------

Chapitre IV: présentations, analyse et discussions des résultats des entretiens familiaux :

1- Présentation et analyse de discours de l'entretien familiale et l'entretien de génogramme

1-1 La famille de Farida	69
1-2 La famille de Sami.....	78

2- Discussions générales des hypothèses.....87

Conclusion.....91

Liste bibliographique

Les annexes.....I-II-III

Préambule :

Notre recherche qui porte sur le lien qui peut exister entre le cancer, la famille, la théorie systémiques et le fonctionnement ou dysfonctionnement familial est réalisé auprès d'un groupe d'étude de deux (02) Deux familles

Pour les moyens d'investigation, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique familiale et le génogramme. Pour enrichir et éclaircir les idées qu'on a abordées précédemment, on a suivi le plan de travail on adoptant L'approche contextuelle et structurale de la théorie systémique servie de cadre référentiel à notre étude qui porté sur deux familles (02), tous en phase de cancer.

Pour atteindre notre objectif, nous avons réparti notre recherche comme suit:

Un cadre général de la problématique qui comporte les points suivants :

La problématique, hypothèse, les raisons, intérêt et objectif de la recherche, le choix de thème opérationnalisation des concepts

Une partie théorique divisée en deux chapitres :

Chapitre un (01) intitulé la famille et l'approche systémique familiale, qui est divisé en trois :

1. les définitions de la famille d'un point de vue sociologique, anthropologique, systémique, psychologique et notre propre définition, les types de la famille.
2. La théorie générale des Systèmes de Birta Lanffy qui a parlé sur la naissance de cette théorie et la cybernétique.
3. Les caractéristiques de La famille Algérienne.
4. L'approche structurale de Salvador Minuchin : on trouve : préambule, La structure de la famille et ces principes concepts, Les différents types de système familial (les sous système, le sous système conjugal, le sous système parentale, et le sous système fraternelle), les limites de sous système, la structure familiale, les frontières est ces types, les types de la famille selon Minuchin ,_Objectif de la restructuration, étude de symptôme .
5. L'approche contextuelle de d'Ivan Boszormenyi-Nagy : les canons de la théorie, Les dimensions de la réalité relationnelle dans la famille (La dimension des faits, la dimension de la réalité psychique, la dimension de la transactionnelle, la dimension de l'éthique relationnelle), la loyauté ces racine, loyauté et parentification, l'histoire du concept de loyauté dans l'approche contextuelle, conflit et clivage de loyauté, les types de loyauté, la parentification, son contexte, _La légitimité, ces types (constructive et destructrice) ,la vengeance , l'injustice , L'exonération ,ces principes et ces étapes, les différents stades de cycle de la vie.

Chapitre deux (02) intitulé cancer, qui est un seul titre : Le cancer qui comporte les points suivants : définition de cancer, les types de cancer, définition de dépistage et c'est types, les stades de cancer, les facteurs cancérogène, les facteurs de risque, les problèmes psychologique des cancéreux, la prise en charge psychologique, les traitements, oncologie et la famille.

Préambule :

Une partie pratique, qui est divisée en deux chapitres :

Chapitre un (1) procédure méthodologique de la recherche, qui comporte les points suivants :

Pré-enquête, méthode de recherche, technique de recherche, les outils de la recherche, la présentation de lieu de recherche, et le déroulement de la recherche.

Chapitre deux(2) présentation et analyse de résultats, qui comportent les points suivants :

Présentation et analyse de l'entretien familiale, présentation et analyse des résultats de génogramme et discussion des hypothèses.

Enfin, on va terminer notre travail de recherche par une conclusion générale.

Le cadre générale de la problématique

1. La problématique

La santé, est l'état de bon fonctionnement de l'organisme l'OMS juge utile de préciser que « la santé est pleine jouissance du bien-être social, mental et physique, et pas seulement l'absence de maladies et d'affections. » (Sillamy. N, 2004).

La maladie est une altération de la santé d'un être vivant toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évaluation, un pronostic et un traitement. (Larousse médicale, 2003,).

Donc parmi les maladies qui touchent l'être humain on trouve le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique.

Le mot « cancer » est un terme générique qui désigne l'ensemble des tumeurs malignes, une tumeur est une excroissance pathologique due à une prolifération de cellules. On désigne les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, les premières qui se développent sur place, en se bornant à refouler les cellules saines, alors que les secondes envahissent les tissus voisins qu'elles détruisent.

Elles peuvent aussi se disséminer à distance par le biais de la circulation lymphatique ou sanguine et forme des foyers cancéreux secondaires, dans l'autre organe comme les métastases. Il existe de nombreux facteurs prédisposant au cancer ils sont appelés cancérogènes ou cancérigènes, ces facteurs peuvent être génétiques,

On trouve aussi qu'il existe trois types de cancers qui sont individualisés au microscope sur les prélèvements histologiques les carcinomes, les sarcomes, les tumeurs germinales. (Loriot, 2002.).

Le cancer est la deuxième cause de mortalité en Algérie avec un pourcentage de 21%, derrière les maladies cardio-vasculaires. Le nombre de cancéreux en 2018

- en Algérie 50.000 nouveaux cas de cancer sont recensés chaque année, dont 1.500 enfants (soit une moyenne de 5 nouveaux cas par heure enregistrés chez les adultes, et 4 nouveaux cas par jour chez les enfants).

- Plus de 12.000 malades meurent chaque année faute de prise en charge adéquate

- Plus de 70% des traitements effectués aux patients ne sont entamés qu'au stade avancé de la maladie (Office National des Statistiques <https://www.aljazairalyoum.com>).

Lorsqu'on parle de cancer, ce dernier il ne touche pas uniquement l'individu ou le patient mais il touche tout le système qui est la famille, chaque domaine a sa propre définition de la famille soit de point de vue psychologique, sociologique, anthropologique, ou systémique

Le cadre générale de la problématique

Dans la théorie systémique on trouve que la famille est un système qui évolue, avec une différenciation structurelle qui ce doit aux changements au sein de l'organisation relationnelle survenus au sein des différents sous-systèmes.

On parle de bon fonctionnement familial consistant, à protéger les membres de la famille, à les nourrir, à satisfaire leurs besoins affectifs, à leurs faire profiter de solidarité économique du système familiale, à leurs faciliter le repos et la possibilité d'une régression naturelle, etc. les fonctions centrifuges consistent à préparer les enfants et les adolescents à leurs émancipation future, en facilitant le développement de leurs compétences propres, en favorisant leur socialisation progressive, en fortifiant leur tolérance aux séparations, tout en permettant aux Problématique De renforcer leurs propre autonomie affective, économique et sociale, tant sur le plan conjugal que sur le plan individuel. (Salem. G, 2005).

Et Le dysfonctionnement familial lié à la façon dont les divers types de frontières est distribué, respectées ou ignorées, rigidifiées ou violées, au sein du système familial, ou entre le système familial et l'environnement social (G. Salem. G, 2005,)

Au sein de la famille, l'individu fait parti d'un système social auquel il doit s'adapter, et ses actions sont régies par les caractéristiques du système, ce qui signifie que les changements au sein de la structure familiale suscitent des changements sur le plan comportemental et en ce qui concerne le processus psychique de ses éléments.

La famille est donc perçue comme un système, un tout, une globalité qui ne peut être comprise que selon une perspective holistique. Celle-ci représente beaucoup plus qu'une simple adition de ses éléments.

Chaque famille présente deux caractéristiques essentielles: l'unicité, considérant que chaque famille est unique et singulière, et la complexité, étant donné que chaque famille présente un réseau complexe de relations et d'émotions (J. Gameiro, 1999).

Ainsi, plutôt que de renforcer l'influence univoque d'un être (le père) sur un autre (l'enfant), il faut souligner l'importance de cet élément au sein du système le plus décisif pour le développement humain. Ce système est la famille et tous les membres de la famille s'influencent réciproquement les uns aux autres et sont également influencés par d'autres facteurs environnants (notamment, la culture à laquelle appartient la famille, le contexte socio-économique de la famille nucléaire, le niveau professionnel des parents, les caractéristiques de la personnalité des membres de la famille et les contributions de la famille élargie) et dont l'importance ne doit pas être négligée.

De cette façon, le choix d'une perspective systémique, quant à l'étude du rôle du père en ce qui concerne le développement humain, est indispensable, ainsi que l'éloignement de toutes les perspectives qui cherchent à déterminer une hiérarchie quant à l'importance des figures parentales, comme si l'un des deux parents était plus important qu'un autre.

Le père et la mère sont tous deux des éléments essentiels dans le processus de développement personnel de leurs enfants, même si chacun contribue en accomplissant des rôles et des fonctions différentes.

Le cadre générale de la problématique

L'approche structurale et l'approche contextuelle, sont des références de la recherche de notre thème qui est sur les caractéristiques de la famille qui ont un membre cancéreux selon les deux approches et chacun d'eux parle comment voire le bon fonctionnement familiale.

Pour S. Minuchin appréhende la famille comme un système qui possède son fonctionnement propre, avec ses tensions et ses alliances, ses sous-groupes, sa volonté de s'en sortir et de faire face aux stress. La famille a acquis une force qui correspond à sa logique interne. Les relations intrafamiliales sont à comprendre comme une tentative pertinente de solution au problème rencontré.

Selon lui une famille ne peut remplir correctement ses fonctions que si sa structure n'est pas perturbée. Il entend par « structure famille saine » l'établissement de frontières clairement délimitées entre les générations et les individus.

Et pour Boszormenyi Nagy Les notions de loyauté et de conflits de loyauté sont, dès le départ, inséparables en raison de la définition même du concept de loyauté, que Boszormenyi-Nagy, dans un court texte d'introduction à cet article, définit comme un « facteur relationnel triadique. du point de vue contextuel, la loyauté est basée sur une option relationnelle, une préférence basée sur les mérites acquis par son objet [la personne qui est l'objet de la loyauté ; cette préférence présume la possibilité de pouvoir choisir entre deux partenaires. de ce fait, la notion de conflit de loyauté est implicite au concept de loyauté.

La loyauté à nos parents est basée sur les plus substantiels des mérites acquis et toute loyauté ultérieure entre en conflit avec notre loyauté familial primaire. L'enseignant, l'ami, le conjoint ou le thérapeute sont tous candidats en ce qui concerne les conflits de loyauté. »

La loyauté s'inscrit dans une conception triangulaire qui s'oppose à l'option bilatérale de la parentification.

La relation duelle risque de provoquer des déséquilibres entre le donné et le reçu. Lorsque les plateaux de la balance se figent en déséquilibre, l'auteur parle de parentification. Elle existe massivement au milieu des familles car elle est précédée par la loyauté. « Boszormenyi-Nagy réserve le terme de parentification à une exaspération de la loyauté existentielle en cas de collusion parentale visant à exiger de l'enfant un engagement simultané et non contradictoire dans le couple des parents ou dans le soutien d'un parent contre l'autre ».

La loyauté apparaît au moment du conflit de la recherche du juste, de la direction prioritaire de dette : plus un sujet S est juste envers A, plus il est coupable envers B, plus il veut rembourser ses dettes à A, plus il est en difficulté par rapport à B avec lequel il est aussi endetté.

Le conflit de loyauté est un conflit d'endettement, de priorité et d'urgence de remboursement qui ne peuvent être simultanés.

Le mérite : « une notion trop en avance dans l'univers de la psychothérapie. et permet les concepts utilisés par Nagy on trouve aussi les notions de légitimité et de mérite reflètent la dignité humaine : c'est dans l'échange interpersonnel que se justifie la valeur de la personne. Donner, recevoir, échanger valide la personne, elle se construit dans la relation.

Le concept de mérite évoque l'inscription d'un acte dans le grand livre, celui de légitimité reflète la somme des mérites d'un individu.

Le cadre générale de la problématique

« La légitimité est un droit ». Chacun possède une sorte d'identité éthique, a des droits différents des autres, un compte personnel issu de sa famille et toujours enregistré dans le grand livre. Il est donc impossible d'établir une règle universelle, on ne peut faire l'économie de l'histoire passée de chacun. La thérapie contextuelle est donc un dialogue entre personnes ayant des besoins, des droits et des identités éthiques différents.

Etre redevable et être en conflit sur les priorités de partialité en faveur des siens est une condition banale de la relation qui ne présente rien de pathologique.

Notre recherche qui porte sur le lien entre le cancer et la famille et la malade. Avant d'aboutir à un résultat nous avons choisir Comme terrain d'étude d'un groupe d'étude de deux (02) cas malades cancéreux.

Pour répondre aux objectifs de notre recherche. Est réalisé auprès Pour les moyens d'investigation, nous avons choisi d'utiliser l'entretien familiale, la carte familiale, et le génogramme.

A la lumière des informations précédentes dans notre recherche nous pousons la question suivante : comment se caractérisent elles les familles ayant un membre cancéreux et ce d'un point de vue structural et contextuel ? .

Pour répondre a la question précédente, **on a mené les hypothèses suivantes :**

2 Les hypothèses :

Les familles ayant un cancéreux se caractérisent d'un point de vue structural par :

- des frontières flous et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses.

Et d'un point de vue contextuel :

- L'apparition de la légitimité destructive et conflits de loyauté qui se traduit par la malédiction du cancer.

3 L'objectif de la recherche

L'objectif de notre travail est d'essayer grâce à un suivi familial systémique de deux Situations de familles (dont l'un de ses membres est atteint de cancer) d'explorer la Souffrance psychique liée à la maladie mais aussi explorer la souffrance familiale préexistante, des souffrances transmises depuis des générations, souffrances liées aux traumatismes anciens, ou tout simplement à un dysfonctionnement familial ainsi quel exploration des compétences de ces familles qui vont permettre au système d'évoluer.

4 Le choix de thème

Ce choix découle de fait qu'il demeure un problème de santé publique qui touche l'humain à toute les âges et qui a un impact important sur la souffrance psychique de ces personnes voir

Le cadre générale de la problématique

par ces séances langues et répétitives mai aussi par la difficulté de garder un bon fonctionnement psychique et familiale .

La rareté des études sur ce thème sont les motifs du choix de ce dernier. Ce qui va nous donner des motivations à la recherche en tant que des futures psychologues clinicien. En outre la disponibilité de la population d'études pour appliqué nos méthodes sur le terrain, ainsi que la disponibilité de la documentation.

5 Opérationnalisation des concepts

Avant de commencer notre thème ; on doit définir les concepts utiliser dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, mais sans entrée en détail, ou donnant une ou deux définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche et les hypothèses qu'on a donné. En plus, essayé d'opérationnaliser nos concepts pour les rendre plus concrets et palpable selon notre terrain de recherche.

La famille : ensemble des personnes ayant un lien de parenté ou ensemble des individus de même descendance, ou groupe d'individus de même parenté vivant sous le même toit, ou groupe d'individus ayant des caractères communs, clan, coterie, école, courant ou bien unité de classification d'un ensemble d'êtres, d'objets ou de mots ayant des caractères commun.

Le cancer : est une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules, liée à un échappement aux mécanismes de régulation qui assure le développement harmonieux de notre organisme. Les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent (organes), le cancer peut devenir un réel danger pour la survie de l'être vivant.

Le système familial : un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec l'environnement, intégré pour rendre à son environnement les services correspondants à sa finalité. Un système présente donc des propriétés nouvelles résultant des interactions entre ses constituants : si l'on intègre des éléments pour faire un système, c'est bien pour bénéficier des effets de synergie résultant de leurs interactions.

Préambule :

La famille joue un rôle central dans la vie de chacun et forme en grande partie de l'environnement des individus. C'est au sein de la famille que les personnes évoluent élaborent leurs perceptions de soi leurs valeurs leurs croyances et accomplissent les tâches inhérentes aux diverses étapes de la vie.

La famille est aussi la première source de l'information et de socialisation en ce qui concerne la santé et la maladie. La famille enseigne également à ses membres des stratégies qui les aident à trouver l'équilibre entre proximité et distance, entre partage (camaraderie) et individualité.

L'un des principaux rôles de la famille est de fournir à ses membres les ressources physiques et émotionnelles et le soutien nécessaire à la préservation de leur santé dans les périodes de crise, notamment en cas de maladie il a été démontré que grâce à l'éducation, la famille est plus résiliente, s'adapte aux facteurs et compose avec eux.

1. Les définitions de la famille :

Chaque domaine a sa propre définition pour la famille :

1-1 Définition de la famille de point de vue Sociologique

Selon G.B Murdock : « *la famille est un groupe social caractérisé par la cohabitation, la coopération et la procréation. Elle inclut des adultes des deux sexes, dont deux au moins entretiennent des relations sexuelles socialement approuvées ainsi qu'un ou plusieurs-enfants –adoptés issu de cette union* ». (Guabriel ,2004,p33.)

1-2 Définition de la famille de point de vue Anthropologique

Selon l'anthropologue français Claude Lévi-Strauss « *la famille est à la fois une institution sociale, juridique et économique, qui existe dans toutes les sociétés humaines, ses membres unis par des liens légaux, économiques et religieux. Respectent tout un ensemble d'interdiction et de privilège sexuels et se trouvent liés par des sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection et le respect.*

Certains aspects de cette définition demeurent désuets puisque la tendance est d'étendre le terme famille au lieu où les personnes apprennent à prendre soin les uns des autres au-delà des liens de parenté. » .

1-3 Définition de la famille de point de vue systémiques

Selon Minuchin –S : « *Selon le modèle suggéré, une famille fonctionnant de manière efficiente est un système social ouvert, en transformation, qui maintient des liens avec le monde extrafamilial ; elle possède une organisation structurée composée de sous-systèmes et elle est dotée de la capacité de se développer. »*

1-4 Selon le point de vu Psychologique :

Famille, institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon les cultures (monogamique, polygamique, polyandrique, etc.).

Dans la société occidentale, la forme traditionnelle de la famille est le couple de parents et les enfants. Toutefois, depuis la fin des années 1960, les familles monoparentales sont de plus en plus nombreuses. (Dictionnaire de psychologie, 2004, p, 110).

1-5 Selon Robert Neuburger (1995) :

La famille est une unité fonctionnel donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matric relationnel pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce au changement que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission trans générationnelle : la filiation. . (Alberhne . et Alberhne, 2004, P, 104)

1-6 Selon Mostefa Boutefnouchet :

La famille se constitue de deux familles « famille simple » et « famille composée ». La famille simple correspond à la famille réduite, conjugale, rassemblant le père, la mère, et les enfants non mariés.

La famille composée est la famille étendue rassemblant autour du père et de la mère, les ascendants, les descendants, y compris les couples et leurs enfants, les collatéraux, de la même manière éventuellement d'autres parents consanguins ou non. (Boutefnouchet., 1982, P.148)

1-7 Notre définition de la famille ;

« La famille est un ensemble des individus qui vivent sous le même toit et qui a entre eux des liens de sang ».

2 Les types des familles :

2-1 Les familles nucléaire : ou étroites sont constituée par l'assemblage : père +mère +enfant non mariés. Réunit les parents et les enfants non mariés, La famille nucléaire monogame ou mari et femme vivent toute leur vie une union stable est sacrée et elle est présente dans de nombreuse sociétés a toute l'époque, nous dit j-f Dortier « toutefois ce type de famille ne définit pas la famille nucléaire elle n'est qu'une possible déclinaison, il est multiples exemple ou l'un des parent biologique n'est pas l'éducateur de son enfant et parfois les deux ; eux même étant alors généralement les éducateurs d'enfants d'autre parents biologique.(Dortier., 2002, P 49).

2-2 Les familles multi générationnelles : selon que leur mode fonctionnement centralise le pouvoir autour du père ou de la mère, on parlera de famille patriarcale, ou de famille matriarcale. Appelées aussi familles souches ou la famille maison, sont unies a la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage pluri générationnelle : parents + enfants +petit enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir au tour d'un père ou

d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale. (Alberhme. et alberhm., 2004, P 104).

2-3 Les familles communautaires : Sont un revanche élargie à l'horizontale, les enfants mariés ou non agglutinés en cellule conjugale pouvant cohabiter, l'expression de famille recomposée est malheureusement pour Gun Ausloos 1998: il ne s'agit pas de recomposition il s'agit d'une famille nouvelle , recrée qui constitue à son tour un nouveau système , je préfère donc parlé de familles né formées ou recrées pour insister sur le fait que l'on a à faire avec système et non des morceaux d'anciens système , on peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelle .(Alberhme.K et alberhm ., 2004 ,P 105).

3 Evolution et caractéristiques de la famille algérienne:

La famille algérienne a connue deux grands périodes aux cours de son évolution. On retrouve la famille traditionnelle multi générationnelle, qui dominé avant l'indépendance, il n'était question que de grande famille vivant ce qu'on appelait « ayla » Comme il a déjà été cité par Boutfnouchet : « là ou il ya la grand famille, il ya grande maison, la réciproque n'étant pas toujours vraie, la grande famille transplantée d'une région rurale vers un centre ou village semi-urbain, ou vers la ville même, connait bien des avatars en matière de logement. » (Boutfnouchet . 1982, p.192).

Et durent la deuxième période qui ce situe après l'indépendance, nous allons constater un changement et une évolution notables aux sain des familles Algériennes. De famille élargie regroupant le père patriarcale, elle devenue une famille nucléaire regroupant les parent et les enfants. La famille algérienne est une grande famille, ou famille étendue, où plusieurs familles conjugales vivent ensemble sous le même toit, la « grande maison », chez les sédentaires, et la « grande tente », chez les nomades, et où on compte 20 à 60 personnes et même plus vivant en commun. La famille algérienne est une famille du type patriarcal, dans la quelle le père où l'aïeul est le chef spirituel du groupe familial et dans la quelle il organise la gestion du patrimoine commun, il a un statut particulier qui lui permet de maintenir, souvent par une discipline stricte, la cohésion du groupe domestique. La famille algérienne est une famille agnatique, la descendance y est masculine, la généalogie de son père ; l'héritage se transmet en ligne paternelle, du père au fils aîné en principe, afin de sauvegarder l'indivision du patrimoine. La famille algérienne est une famille indivise, à savoir que le père à sa « charge » ses fils (les filles quittent le domicile au mariage), les enfants issus de ses fils, et les enfants issus des de ses fils : les descendants mâles ne quittent pas la grande maison, et forment autant de cellules qu'il y a de couples conjugaux avec leur progéniture. (Boutefnouchet.M, 1982, p38).

4- La famille de point de vue systémique (BIRTHA LANPHIE) :

Ludwig von Bertalanffy, biologiste, a présenté, dès 1937, le concept de système ouvert qui évoluera petit à petit vers la Théorie générale des systèmes (General System Theory).

Le but de cette théorie générale était de dégager des principes explicatifs de l'univers considéré comme système à l'aide desquels on pourrait modéliser la réalité. Bertalanffy proclamait alors : "...il y a des systèmes partout".»

Ceci revient à dire que l'on peut observer et reconnaître partout des objets possédant les caractéristiques de systèmes. Des totalités dont les éléments, en interaction dynamique, constituent des ensembles qui ne peuvent être réduits à la somme de leurs parties. Citant Bertalanffy (1968, p. 220), Jean-Louis Le Moigne écrit :

« De tout ce qui précède, se dégage une vision stupéfiante, la perspective d'une conception unitaire du monde jusque-là insoupçonnée. Que l'on ait affaire aux objets inanimés, aux organismes, aux processus mentaux ou aux groupes sociaux, partout des principes généraux semblables émergent. »

En collaboration avec l'économiste Kenneth E. Boulding, le physiologiste Ralph Gerard et le biomathématicien Anatol Rapoport, Bertalanffy fonde, en 1954, la Société pour l'Étude des Systèmes Généraux dont les objectifs consistent à :

« Rechercher l'isomorphisme des concepts, des lois et des modèles dans les différents domaines, et à favoriser leurs transferts d'un domaine à l'autre ; »

« Encourager l'élaboration de modèles théoriques adéquats dans les domaines qui en sont dépourvus ; »

« Éliminer les duplications des travaux théoriques dans différents domaines ; »

« À promouvoir l'unité de la science en améliorant la communication entre les spécialistes. Et parmi les approches de la théorie systémique on trouve :

L'approche structurale de Salvador Minuchin et l'approche contextuelle de d'Ivan Boszormenyi-Nagy et Ces deux approches qu'on utilise dans notre recherche.

4-1 L'approche structurale de Salvador Minuchin.

Préambule ;

Salvador Minuchin, psychiatre d'origine argentine, s'est installé à New York où il a travaillé avec des délinquants et des familles portoricaines vivant dans des milieux défavorisés. Au contact avec Nathan Ackerman (1908-1971), psychanalyste et pionnier en thérapie familiale, il a réalisé l'intérêt de prendre en considération la famille. En collaboration étroite avec Braulio Montalvo, il a théorisé l'approche structurale dans un cadre de thérapie familiale. Il a également utilisé ce modèle pour des familles dont un membre souffre de problématiques psychosomatiques, notamment d'anorexie. En 1965, toujours avec B. Montalvo, il quitte New York pour prendre la direction de la Child Guidance Clinic à Philadelphie. En 1967, il y invite Jay Haley pour une collaboration qui dura une dizaine d'années. C'est ainsi que nous retrouverons certains points communs entre l'approche structurale et l'approche stratégique. L'approche structurale a été largement décrite dans des ouvrages, dont Familles en thérapie (1979, rééd. 1998).

S. Minuchin appréhende la famille comme un système qui possède son fonctionnement propre, avec ses tensions et ses alliances, ses sous-groupes, sa volonté de s'en sortir et de faire face aux stress. La famille a acquis une force qui correspond à sa logique interne. Telles qu'elles se dessinent face au thérapeute, les relations intrafamiliales sont à comprendre comme une tentative pertinente de solution au problème rencontré. Mais en même temps, des cercles vicieux s'installent et s'emballent parfois, les relations négatives alimentant le problème. (Minuchin, 1976)

Le créateur de cette approche est le psychiatre Salvador Minuchin, qui l'élabora, dans les années 1960, en collaboration avec Braulio Montalvo. S. Minuchin collabore également 10 ans avec Jay Haley. De leurs échanges naquirent deux modèles frères mais nettement différenciés : le modèle structural et le modèle stratégique.

L'approche structurale de S. Minuchin était novatrice à trois niveaux :

1. Elle privilégiait une conception familiale et non plus individuelle des problèmes,
2. Elle était spécialement adaptée aux milieux défavorisés,
3. Elle faisait appel à l'action et à des techniques concrètes, plus proches du mode de fonctionnement de la population suivie, plutôt qu'à la parole et aux théories abstraites.

S. Minuchin appréhende la famille comme un système qui possède son fonctionnement propre, avec ses tensions et ses alliances, ses sous-groupes, sa volonté de s'en sortir et de faire face aux stress.

La famille a acquis une force qui correspond à sa logique interne. Les relations intrafamiliales sont à comprendre comme une tentative pertinente de solution au problème rencontré. Selon S. Minuchin, une famille ne peut remplir correctement ses fonctions que si sa structure n'est

pas perturbée. Il entend par « structure famille saine » l'établissement de frontières clairement délimitées entre les générations et les individus. (Minuchin, 1976).

4-1-1 Les notions de bases de cette approche :

4-1-1-1 La structure

Elle est l'ossature d'une organisation, d'un groupe. Habituellement, elle correspond dans une famille à l'ordre des générations. Chaque génération constitue un sous-système propre délimité par une frontière claire. Les dysfonctionnements sont liés à une transgression des frontières séparant les sous-systèmes.

Une famille ne se réduit pas à la somme dynamique biopsychiques de ses membres. L'organisation dépasse les individus et il est important de s'y intéresser. (Par exemple dans une institution, en prenant appui sur certains documents tels un organigramme, un règlement d'ordre intérieur,...). S. Minuchin invite le thérapeute à dessiner la carte structurale de la famille afin de visualiser les relations observées dans « l'ici et maintenant ». Cette carte n'est que la représentation que le thérapeute se fait d'une situation à un moment donné. Un autre thérapeute pourrait la dessiner autrement. Elle sert de repère. Elle permet, outre d'identifier les sous-systèmes, de différencier le sous-système exécutif du sous-système censé obéir. Les personnes qui décident sont positionnées en haut, les personnes qui suivent les directives, en bas.

On considère alors que Les membres d'une famille sont reliés ensemble et leurs relations ont des séquences souvent implicites mais prévisibles.

Les interactions familiales s'inscrivent ainsi dans un canevas préétabli, la structure de la famille.

4-1-1-2 Les règles

Les configurations des transactions exercent une régulation sur le comportement des membres de la famille, lequel est maintenu par deux systèmes de contraintes : l'un général (lois globales, interdépendances, hiérarchie), l'autre spécifique (propre à cette famille particulière avec ses modes d'attentes).

4-1-1-2 Les frontières (les relations)

Ce sont les règles qui définissent qui participe aux transactions familiales et comment se passe cette participation. Chaque sous-système assume des fonctions particulières et adresse des demandes spécifiques. Des frontières sont donc nécessaires pour maintenir l'autonomie à l'intérieur du système, protéger de l'ingérence des sous-systèmes et préserver la différenciation des membres.

C'est pourquoi la clarté des frontières est un paramètre important pour évaluer un fonctionnement familial.

4-1-1-3 Les types de relations

La carte structurale identifie aussi les alliances, les implications excessives et les conflits. Il est intéressant que le thérapeute qui a rencontré une famille se situe lui-même sur la carte structurale afin de visualiser avec qui il se sent en alliance ou en conflit. De cette place, il pourra alors mobiliser le système et mieux définir en quoi sa position dans le système l'empêche, par exemple, de rejoindre la famille.

4-1-1-4 Le type de frontières

Les frontières sont dessinées entre le système et l'extérieur, entre les sous-systèmes ou entre les personnes, constitue également un élément du diagnostic. Les frontières intrafamiliales peuvent être : non perméables, rigides : chacun se retrouve isolé dans le système et est amené à se débrouiller tout seul. Le sentiment d'appartenance est faible et la gratification personnelle ne peut venir que de l'extérieur. · Perméables, diffuses : quand il arrive quelque chose à quelqu'un, tout le monde est concerné.

Le sentiment d'appartenance est intense et constitue la source majeure de gratification avec comme corollaire un fléchissement de l'autonomie.

Semi-perméables, souples, claires : chacun se sent libre de parler ou d'exprimer un désaccord avec les autres.

Si la frontière qui entoure la famille est rigide, le thérapeute devra prendre du temps pour s'affilier à la famille. Si elle est diffuse, il risque d'être pris dans le chaos et l'événementielle familial. Le thérapeute qui occupe une position floue, par exemple, une position charnière entre deux ou plusieurs sous-systèmes, suscitera l'irritation des uns et des autres qui essaieront de vérifier à quel système il appartient vraiment. Le thérapeute structural clarifie les frontières diffuses et ouvre celles qui sont trop rigides. (Minuchin, 1976).

4-1-1-5 Etude de symptôme :

Pour Minuchin, le symptôme révèle comment chacun des membres de la famille se positionne par rapport au patient désigné. Ce dernier organise la mise en scène de la structure familiale que le thérapeute s'efforce ensuite de déstabiliser afin de favoriser la disparition du symptôme.

4-1-1-6 Objectif de la restructuration

L'objectif est de changer la structure dysfonctionnelle existante afin qu'elle soit plus fonctionnelle. La technique utilisée est destinée à l'investigation de la structure et de l'organisation de la famille afin que le changement puisse se produire.

Il y a en particulier trois stratégies qui sont suivies pour cet objectif: enquêter sur le symptôme; enquêter sur la structure familiale; et d'enquêter sur la réalité familiale. (Stanton M, 1982)

Les familles qui font appel à la thérapie ont généralement un membre de la famille qui est identifié comme le problème. Le but d'un thérapeute est de contester la définition de la

famille du symptôme. Il tente de changer la vision de la famille sur le problème et ensuite de faire pression sur eux pour trouver d'autres façons d'agir qui résoudra le problème, comme redéfini. Par exemple, quand une famille mentionne, comme raison de leur visite, le problème d'un membre de la famille, Minuchin va immédiatement contester cela en disant: «ne soyez pas trop sûr».

Les techniques utilisées pour enquêter sur le symptôme sont les suivantes: activation des interactions; Focus et l'intensité.

1. activation des interactions

Bien que l'activation des interactions dans une famille fasse partie du diagnostic, elle a également des implications pour la restructuration. Il contribue à élargir l'attention du patient identifié à la famille qui a un problème. L'interaction qui est activée indique toujours que le problème doit être vu plus largement que comme un problème simplement d'un membre de la famille.

Ces interactions donnent aussi déjà à la famille la possibilité d'expérimenter concrètement des solutions au problème. Cela est fait surtout après que le thérapeute a activé une interaction et le modèles dysfonctionnels sont apparus. Le thérapeute met les membres sous pression pour agir d'autres façons que de manière dysfonctionnelle.

En plus d'activer les interactions, le thérapeute doit également faire un choix quant à l'aspect qu'il va mettre l'accent, c.-à-d., sur ce qu'il va se concentrer.

2. Le thérapeute peut facilement devenir submergé

Par beaucoup d'informations que la famille lui fournit et qui se pose pendant les interactions. Il doit faire une sélection à partir de cette information de ce qui est important.

En d'autres termes, il choisit un point de focalisation pour lui-même et développe un thème sur lequel il va travailler en profondeur. Le point de mire spécifique qu'il choisit et la façon dont il le manipule placent les membres de la famille sous pression pour questionner leur définition actuelle du symptôme.

Il y a un danger qu'un thérapeute peut être coupable de vision de tunnel, c.-à-d., qu'il remarque seulement ce qui s'adapte dans son foyer. Cependant, il reste utile pour lui de se concentrer en profondeur sur un segment car un tel segment est représentatif de la manière générale d'interagir d'une famille; en d'autres termes, les différentes transactions sont isomorphes.

En se concentrant en profondeur un thérapeute acquiert des informations utiles sur les règles qui caractérisent les comportements d'une famille et en changeant une transaction, la structure de la famille devient réorganisée.

Quand un thérapeute a choisi un point de focalisation, il est nécessaire que cet accent soit maintenu jusqu'à ce qu'il ait atteint son objectif à ce sujet, c'est à dire, il doit atteindre l'intensité nécessaire qui se traduit par une restructuration.

3- intensité

Lorsqu'un thérapeute intervient lors d'une interaction dans le but de changer la structure familiale, il est nécessaire que son message soit «entendu» par la famille. Une famille est sélectivement attentive et, par conséquent, le message d'un thérapeute doit atteindre une intensité suffisante pour la famille de l'entendre, de l'assimiler comme une nouvelle perspicacité et de donner une nouvelle définition au symptôme.

Le simple fait qu'un thérapeute ait dit quelque chose ne signifie pas que les membres de la famille l'ont entendue. Avec ses interventions, un thérapeute peut atteindre l'intensité nécessaire de diverses manières (Rosman, 1979)

4-1-2 Les différents types de système familiale selon Salvador Munchin :

4-1-2-1 Les sous-systèmes

Individu, couple, fratrie sont des sous-systèmes qui sont définis par génération, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à remplir. Ces sous-systèmes sont de nature temporaire et se construisent sur un projet commun et des alliances passagères. Les sous-systèmes ne se réduisent pas à des définitions biologiques, un père par exemple peut très bien dans la famille faire partie du niveau de la fratrie.

Pour Minuchin, il existe une hiérarchie dans la famille déterminée en fonction des différents niveaux de responsabilités et d'obligations. Les parents ont beaucoup de pouvoir, ils ont aussi beaucoup de responsabilités.

4-1-2-2 Sous Système Conjugale :

Ce sous système est formé deux adultes entrent dans une relation avec l'objectif explicite de former une famille.

Ce sous système à des taches et des fonctions qui sont fondamentales pour un fonctionnement d'une famille.

La complémentarité et l'hébergement mutuel au sein d'un sous système de couple marié sont des conditions nécessaire pour le traitement efficace des taches de ce sous système dans une famille.

4-1-2-3 Sous système parental :

La présence d'enfants dans une famille implique de nouvelle tache pour le sous système des couples mariés, c'est -a -dire pour être des parents. Le sous système des couples mariés doit se différencier dans le but d'éduquer les enfants sans le soutien mutuel qui caractérise le sous système des couples mariés se perdre.

La relation entre les deux sous système doit être telle que les enfants aient accès aux parents alors qu'ils sont exclut du couple marié sub système.

Le développement d'un enfant nécessite une autonomie et des conseils .Minuchin dit « *la parentalité exige la capacité de nourrir, de guider et de contrôler* ».

4-1-2-4 Sous système fraternel :

Selon Minuchin : « *c'est le laboratoire social ou les enfants peuvent expérimenter avec des relations de groupe de pairs. C'est ici que les enfants apprennent à négocier, à travailler ensemble, à rivaliser à se faire des amis et des ennemis, à concéder sans se rendre, et à recevoir la reconnaissance de leurs propres compétences.* » (Minuchin, 1976)

4-2 L'approche contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy

4-2-1 les canons de la théorie

Ivan Boszormenyi-Nagy a construit sa théorie sur base de l'œuvre de Martin Buber (dont l'idée centrale est « toute vie est rencontre ») suite à la concrétisation, dans le cadre des thérapies familiales, d'une écoute attentive du discours. Plus exactement, il s'agit davantage de provoquer, entre les partenaires de la famille, du discours et de l'écoute. Dans la thérapie contextuelle, il convient d'amener les partenaires à un effort de description (de la relation, du point de vue de celui qui accomplit mais aussi de celui qui reçoit,...). Il s'agit donc de faire parler les acteurs de la relation en tant qu'expert de leur propre point de vue subjectif.

D'emblée, nous remarquons que cette manière de travailler se base sur la conviction que la parole qui est amenée est digne de confiance et de fiabilité.

Quant au thérapeute, il soutient la personne dans sa tentative de formuler une description correcte et toujours plus concrète de sa réalité relationnelle. Par la suite, le thérapeute soutient davantage un effort commun de description (il s'agit alors du « parler ensemble ») afin de parvenir à un récit authentifié des faits relationnels (ce qui n'est pas nécessairement la réalité). Selon Nagy, chacun, lorsqu'il dévoile un discours personnel, a, comme intention officielle ou non, d'appeler à une « considération éthique », c'est-à-dire notamment à l'évaluation des droits suite aux événements qu'il vient de rapporter. Nous voyons dès lors que le centre de la question est la notion de justice qu'il y a au sein de chaque relation. L'éthique relationnelle peut être définie comme « la prise en compte de la réalité primordiale de l'équité dans une relation », comme « la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte ».

La préoccupation pour l'équilibre relationnel permet de faire perdurer les relations intimes. Toutefois, cette préoccupation pour l'équité reste difficile, surtout dans le fait de donner (par opposition au fait de recevoir).

4-2-2 Les dimensions de la réalité relationnelle dans la famille

4-2-2-1 La dimension des faits

Ce sont les « éléments non relationnels qui ont un rôle déterminant dans la relation liant deux individus ». Ces réalités peuvent être réversibles ou irréversibles et sont comme telles inaccessibles à la thérapie familiales. Certaines de ces réalités sont modifiables et relèvent de prises en charge sociales ou médicales.

Nagy parle de « dimension du destin ». Ce sont ces faits liés à nos conditions économiques, notre état de santé, notre classe sociale, notre position dans la fratrie etc. L'aspect « historique » influe également (l'époque à laquelle on naît, le milieu culturel, politique, ...).

Ces « lots de l'existence » ont des conséquences positives ou négatives sur toutes les dimensions de la réalité relationnelle. Chaque individu va évaluer son « lot » par rapport aux autres membres de la famille. Le mandat de vie est différent aussi selon le sexe. Il y a « asymétrie dans le risque » entre homme et femme (risque lié à l'accouchement). La thérapie ne traite pas de cette distribution des cartes. Elle a pour objectif d'ouvrir le dialogue sur ce que chacun fait des avantages ou inconvénients de son lot. Les faits s'inscrivent alors dans une histoire d'échange.

4-2-2-2 La dimension de la réalité psychique

Cette dimension considère la personne comme « une unité psychologique, un individu, une entité singulière avec des mobiles personnels conscients et inconscients, avec un fonctionnement cognitif et des entrées sensorielles particulières ».

Nagy part de la théorie du fantasme de Freud mais en pose les questions de l'abus, de l'utilisation déséquilibrée du proche. La psychologie du sujet détermine la manière dont celui-ci entre en relation. Le sujet utilise l'autre pour ses besoins psychiques variés (ex : réparation).

Il faut donc différencier :

- « D'une part, les éléments qui émanent et naissent du psychisme des protagonistes en présence et qui s'inscrivent dans leur relation : projection, alliance avec les objets internes, essai d'incarner la relation d'objet, tentative de rentrer dans les identifications projectives inconscientes du partenaire ;
- d'autre part, les éléments qui apparaissent dans la relation et s'inscrivent dans le compte et l'identité du sujet : obligation de rendre, mérite pour recevoir, légitimité constructive et destructive ».

Aucun processus, aucune expérience n'est possible indépendamment du psychisme. Ainsi, la réalité de la justice se distingue de la réalité psychique : un acte sera loyal ou déloyal en fonction de ses conséquences commentées dans le dialogue. La culpabilité psychique appartient à l'individu à travers son symptôme. La culpabilité existentielle va au-delà et appartient à l'ordre et à la justice humaine.

4-2-2-3 La dimension transactionnelle

Le système est vu comme « une entité supra individuelle avec des mécanismes gérant les pouvoirs, les transactions, les communications, les patterns répétitifs et les rôles ». Le mythe familial est maître.

Nagy pousse plus loin la réflexion et va s'intéresser à l'influence de l'individu sur le système à travers le dialogue. Il différencie ainsi « la communication comme manipulation et pouvoir (pouvoir de faire quelque chose à quelqu'un)- observable dans l'ici et maintenant- de la communication dans le donner et recevoir – pas observable car conséquences d'actes du passé sur le futur ».

4-2-2-4 La dimension de l'éthique relationnelle

C'est la dimension de la considération due et de la confiance méritée. Etre en relation d'interdépendance provoque des conséquences pour les deux individus. Justice et injustice

sont au cœur de cette 4ème dimension. La culpabilité existentielle se mesure en termes de mérites et dommages causés à autrui. Elle est toujours relationnelle. Le sentiment de culpabilité reste limité à la personne alors que la culpabilité existentielle et le compte relationnel surgissent dans le dialogue entre deux individus. Il faut donc toujours distinguer la dimension propre de l'éthique relationnelle de ses effets dans la dimension transactionnelle

4-2-3 La loyauté, une notion désuète

L'auteur fait état de différentes définitions issues de sciences distinctes. Le sens commun définit le terme loyauté par « une aliénation dans un groupe sectaire dirigé par un maître qui exige une obéissance aveugle et une approbation sans faille qui n'autorise ni critique, ni débat ».

Les philosophes cherchent à fonder l'idée d'un devoir sans dette, « un devoir qu'il ne doit rien devoir pour ce qu'il doit faire ». La loyauté apparaît donc comme une morale singulière et locale qui noue un individu à un autre ou à un groupe. Pour les philosophes modernes, la loyauté incite à traiter inégalement proche et lointains. Elle nous oblige à être partial, sélectif à avoir des exigences particulières en faveur de ceux que l'on a rencontré dans une histoire conjointe.

De rares sociologues se sont penchés sur la question. Ils définissent un état de dette positif et repèrent la loyauté au sein du couple.

Dans l'univers « psy », la loyauté « est un obstacle, elle détourne et conteste l'idéal d'autonomie d'un sujet désaliéné du désir parental. La notion de loyauté présente le risque d'être perçu comme un promoteur du retour d'une loyauté qui prive le sujet d'une individuation dans une liberté de désir. » Le sujet contemporain estime qu'il ne faut pas culpabiliser, il pense ne pouvoir compter que sur lui-même attendre et ne devoir rien à personne. Il refuse une culpabilité suspecte d'attachement infantile névrotique. L'air du temps nous rend coupable de nos loyautés et nous incite à faire un travail psychothérapeutique afin de nous libérer de toute dette. Nous parlons donc ici d'une loyauté inconditionnelle, d'une loyauté enracinée dans une constance psychique qui n'a rien avoir avec la spécificité de donner en fonction de ce qu'on a reçu.

La loyauté s'étaie sur le passé, elle n'est pas un choix décidé dans l'instant. Elle n'est donc jamais soudaine et encore moins contractuelle.

4-2-3-1 Les racines de la loyauté : les liens du sang

La loyauté apparaît principalement liée au fait « existentiel » que tout être humain est introduit au monde par des parents. La loyauté est donc « une dette congénitale » des jeunes générations envers les plus anciennes. « Chacun est donc porteur d'une dette d'existence envers ses parents qui résulte du fait même de la naissance et de la bienveillance prodiguée ».

Cette dette ineffaçable et infinie rend l'enfant vulnérable. En effet, il risque de penser que l'acquittement de sa dette est prioritaire par rapport aux autres questions humaines. On ne peut espérer de l'enfant qu'il rende tout ce qu'il a reçu des générations précédentes.

Les parents ont également leur charge dans cette dette de vie. Le don de vie implique une dette de vie comme une promesse sans parole à laquelle sont liés les parents. Ainsi, le parent partage la dette de son enfant : la créance est une promesse de perpétuation du lien.

4-2-3-2 Loyauté et parentification

La loyauté s'inscrit dans une conception triangulaire qui s'oppose à l'option bilatérale de la parentification.

La relation duelle risque de provoquer des déséquilibres entre le donné et le reçu. Lorsque les plateaux de la balance se figent en déséquilibre, l'auteur parle de parentification. Elle existe massivement au milieu des familles car elle est précédée par la loyauté. « Boszormenyi-Nagy réserve le terme de parentification à une exaspération de la loyauté existentielle en cas de collusion parentale visant à exiger de l'enfant un engagement simultané et non contradictoire dans le couple des parents ou dans le soutien d'un parent contre l'autre ».

La loyauté apparaît au moment du conflit de la recherche du juste, de la direction prioritaire de dette : plus un sujet S est juste envers A, plus il est coupable envers B, plus il veut rembourser ses dettes à A, plus il est en difficulté par rapport à B avec lequel il est aussi endetté. Le conflit de loyauté est un conflit d'endettement, de priorité et d'urgence de remboursement qui ne peuvent être simultanés.

Etre redevable et être en conflit sur les priorités de partialité en faveur des siens est une condition banale de la relation qui ne présente rien de pathologique.

4-2-3-3 Histoire du concept de loyauté dans l'approche contextuelle

L'origine du concept provient de la notion de collusion pour éviter le deuil. Chaque membre peut-être apte individuellement aux changements et à la maturation, mais il gèle sa croissance pour ne pas nier ou blesser l'autre.

C'est « l'engagement mutuel collusif » pour éviter la douleur de la perte du deuil. L'idée d'un contrat implicite de protection mutuelle est un précurseur de la notion de loyauté.

L'auteur parle de conspiration inconsciente visant à empêcher la maturation de chacun. La résistance collusive est un engagement envers l'uniformité du système ce qui procure une sécurité pour le groupe. Il en arrive à la notion d'homéostasie garantie par une réciprocité équilibrée entre les partenaires du contrat tacite.

La loyauté se dégage alors en tant que pont entre l'individuel et le systémique. Tous les éléments du système sont impliqués dans l'existence mutuelle. La notion de loyauté est donc le « ciment éthique du système ». La loyauté interindividuelle et la loyauté du groupe vont de pair, il y a un lien entre les attentes du groupe et celles des membres. La loyauté est ainsi garante de l'homéostasie des obligations et de la dynamique familiale. « L'individu paie au groupe des obligations et il en garantit par là l'équilibre ». (Ducommun-Nagy, 2010)

4-2-3-4 Loyauté et suite des générations

L'auteur conçoit un grand livre de compte à colonnes multi générationnelles où s'inscrivent le « bilan des actes et les comptes de justice » et où s'articulent les loyautés entre contemporains

acteurs d'un même système et l'héritage des positions des comptes de loyauté venant des générations antérieures.

Dans le grand livre, on inscrit l'histoire des échanges, leur trame : les attentes de loyauté, l'héritage des créances et des dettes, l'accumulation des déséquilibres et des exploitations, les efforts des protagonistes pour tenter de rétablir l'équilibre.

Il faut savoir que plus la source des obligations est éloignée dans le temps, plus elle est ignorée de la personne et plus le système devient aveugle et pathologique. (Ducommun-Nagy, 2010)

4-2-3-5 Gérer les loyautés : une affaire de famille

La question qui anime le processus thérapeutique est : « qu'est ce qu'un patient gagne à faire face à ses obligations de loyauté ? »

Les loyautés ont un aspect quasi objectif inscrit dans le grand livre. Pourtant, on ne peut les remanier par un quelconque exercice mental. Elles persistent que les protagonistes soit morts ou vivants.

La loyauté est une réalité vécue mais indépendante du vécu de chaque sujet. Le bilan multi générationnel des obligations est une réalité existentielle qui ne s'établit et ne se justifie que dans le dialogue.

Pour les parents, il est impératif d'aider l'enfant à gérer ses loyautés afin qu'il tente d'y répondre. Les parents doivent le soutenir en acceptant des acomptes pour qu'il se relaxe de ses obligations. Si l'enfant n'est pas secondé pour faire face à sa culpabilité, si la source des obligations passées n'est pas parlée, l'enfant devenu adulte sera inlassablement en recherche d'un équilibre entre le passé et ses partenaires actuels adultes et enfants.

Les parents contemporains n'accordent souvent aucune vigilance à la loyauté. La responsabilité parentale ne se déclare pas comptable, elle se glorifie de ne pas endetter l'enfant. Il y a une injustice envers l'enfant à ne pas attendre de lui un dû.

Gérer les loyautés, c'est être dans un juste milieu entre un non-dit autour de l'état du compte parental et un trop dire qui aliène l'enfant dans un excès de dette impayable. (Ducommun-Nagy, 2010).

4-2-3-6 Gérer les loyautés : un projet éducatif et culturel

Dans les sociétés plus anciennes, la transmission du savoir des anciens permettait le maintien de la vie. La survie des plus anciens était assurée par la solidarité des plus jeunes.

Dans les sociétés occidentales, on récuse l'idée que les humains doivent aux esprits des morts et aux ancêtres. La vénération des ancêtres n'est plus de mise. L'absence de la loyauté dans le discours contemporain fait qu'elle se transforme en une affaire de style personnel.

La diminution des échanges entre les générations rend cruciale l'ouverture de cette question dans le monde de la psychothérapie et de l'éducation. La question du donner et du recevoir,

dans les sociétés occidentales, est déconnectée de la reproduction des rapports sociaux et économiques fondamentaux. Elle se réfugie au sein de la famille éclatée, laissée à la libre appréciation des protagonistes. Il revient donc aux institutions de la jeunesse d'apprendre et de soutenir les enfants dans leur traversée de la dette comme rappel constant de leur origine.

Une éducation qui ne tient pas compte des loyautés, ne peut-être qu'en déficit d'autorité étant donné que cette dernière se fonde sur le respect de la vie transmise et tenue par les origines.

La culture actuelle a tendance à provoquer des « exclu de la dette » dont les préceptes sont : « ne dois rien à personne », « ne compte que sur toi », « ne culpabilise pas ». (Ducommun-Nagy, 2010).

4-2-3-7 Mode de résolution des loyautés

Une contribution non payée par une génération est exigée d'une autre génération. Un déséquilibre entre le lien parents et grands-parents, ou un déséquilibre dans le couple devient un héritage pour la troisième génération. Il s'agit de l'impasse générationnelle.

Le fait que l'on travaille avec la famille nucléaire, provoque une accusation implicite des parents. Pourtant, il existe « une chaîne multi générationnelle des injustices » qui fait que « tout comportement relationnel dommageable a une structure multi générationnelle ». On parle d'« ardoise pivotante ».

Le terme ardoise se réfère à une loyauté restée bloquée entre divers sujets et qui mériterait d'être appréciée de façon équitable. Au lieu de ça, elle est retournée contre un tiers innocent qui est traité comme s'il était le débiteur originel. La déloyauté entre deux protagonistes provoque une déloyauté envers un troisième. Les enfants négligés, devenus parents font de leurs propres enfants la cible éternelle de la quittance non acquittée par les générations précédentes.

La loyauté peut prendre l'aspect d'une délégation. La délégation s'oppose à la parentification. La délégation éloigne du périmètre familial, c'est une mission à l'extérieur pour le futur, alors que la parentification est comme une délégation liée : elle fixe, dans le présent et la proximité, les parents vulnérables et l'enfant. Un parent donne à son enfant pour qu'il transmette quelque chose à son propre enfant. La délégation établit un tri : « doit-on, en tant que parents, transmettre une idéologie aliénante reçue des générations antérieures. » La délégation impose une tension entre le dû au passé et la responsabilité envers la génération future.

4-2-3-8 Conflit et clivage de loyauté

La loyauté est toujours un dilemme, elle s'oppose à une philosophie qui pousse à traiter de la même manière tous nos semblables. On ne peut réduire les conflits de loyauté à des conflits de désir ou de rivalités. Le conflit de loyauté n'est pas de l'ordre d'une simple jalousie. L'origine du conflit de loyauté ne réside ni dans une opposition, ni dans une compétition mais « une difficulté qui surgit dans une situation où il faut choisir une cible de loyauté parmi plusieurs cibles qui sont toutes aussi méritantes ou en état de vulnérabilité. Le conflit est la banalité de la vie ». Envers qui suis-je le plus obligé ?

Pour résoudre un conflit de rivalité, on peut éliminer un protagoniste. Dans le cas du conflit de loyauté, il y a apparition d'une culpabilité existentielle. Il y a une réalité du dilemme, un choix exclusif. 'Autre' (-Nagy, 1991)

A l'inverse du conflit où il y a une issue même si elle provoque de la culpabilité, le clivage n'en offre aucune. L'enfant ne peut ni donner ni recevoir d'un parent sans être déloyal vis-à-vis de l'autre. L'enfant tente de résoudre deux tâches opposées : découvrir une solution pour aider les deux parents.

L'impact est d'autant plus important si la loyauté implique les grands-parents. Le clivage est alors exacerbé.

Dans le cas de parents séparés, il devient impraticable pour l'enfant de répondre aux missions ou aux attentes. L'enfant tente un juste équilibre de ses loyautés par rapport au déficit de la réciprocité entre ses parents. Par exemple, il punit le parent qui lui paraît responsable ou capable de survivre plus facilement à la séparation du couple. (-Nagy, 1991)

Le clivage est crainte, méfiance, défiance d'un parent envers l'autre parent : le lien avec l'autre parent ne produit-il pas des dommages sur l'enfant ? Il y a méfiance aussi du côté de l'enfant : quand il échange avec l'un de ses parents, est-ce destructeur pour l'autre ? L'enfant peut tenter de résoudre le clivage en ne donnant rien. L'issue tragique est la dépression, la tentative de suicide ou le suicide. Mettre fin à ses jours illustre l'impossibilité de donner et de recevoir. Il rend impossible tout remboursement entre les générations. Il reste une dernière tentative dramatique de rapprocher et de permettre aux parents de se soutenir dans le deuil commun.

4-2-4 Les types de loyauté :

Nagy distingue quatre (04) types de loyauté qui existe dans la famille ;

4-2-4-1 La loyauté mandatée :

Dans certaines familles, un membre est parfois chargé de maintenir les liens familiaux. Se pose alors la question du crédit de la reconnaissance accordé au délégué.

4-2-4-2 La loyauté glissante et déchirée :

Plus le premier partenaire est disponible envers le second, plus ce dernier s'engage envers d'autres souvent extérieurs à la famille.

4-2-4-3 La loyauté indirecte ou invisible :

La loyauté n'est pas positive envers quelqu'un, elle s'exprime dans un engagement stagnant envers un tiers. Elle équivaut à une loyauté à la famille d'origine.

4-2-4-4 La loyauté camouflée provoque fréquemment une absence

D'engagement actif par rapport aux figures de loyauté. Par exemple, un adolescent qui échoue dans ses engagements amicaux dans le but de conserver un soutien loyal envers un membre de sa famille. L'absence d'engagement dans les relations horizontales est loyauté envers les

relations verticales. Cette loyauté s'exprime de façon négative. On aboutit à une autonomie abstraite, le sujet s'abstrait de nouveaux liens. Tout symptôme est susceptible d'être travaillé en termes de loyauté invisible. Cette loyauté se révèle aussi par une indifférence extérieure, la destruction d'une relation pour être loyal à une autre. (-Nagy, 1991)

4-2-5 La parentification et son histoire

Le terme parentification est utilisé plusieurs fois à travers le temps avant Nagy et permet c'est personnelités on trouve :

4-2-5-1 Quelques repérages autour de la parentification à travers le temps

Winnicott : avait repéré chez le jeune enfant une compétence à être attentif aux membres de sa famille. Il se sent concerné, impliquer et éprouve une responsabilité.

Erikson : affirme que le bébé s'identifie d'emblée à une mère qui donne lorsqu'il obtient satisfaction de ses besoins et redonne à son tour.

Bowlby : insiste sur les mobiles de certains individus en réaction à une perte ou à une crainte de perte. Ils se mobilisent intensément en vue de soutenir d'autres personnes au lieu de réclamer pour eux-mêmes de l'attention ou d'exprimer de la tristesse.

Kammerer : souligne l'intérêt à amener les enfants à une relation oblatrice, c'est-à-dire à l'expérience du don.

Beaucoup de cliniciens reconnaissent l'activité oblatrice des nourrissons mais ils s'arrêtent à ce constat. Il nous reste des interrogations en suspens : les parents et notamment la mère valide-t-elle ou au contraire disqualifie-t-elle les manifestations de gratitude concrètes de son enfant ? Jusqu'à quel point peut-on dire que l'enfant est dans une relation de « collusion pour éviter le deuil », poursuivant la relation, non pour lui mais pour sa mère ?

L'auteur oscille entre deux pôles qui ne recouvrent pas une évolution temporelle.

Le premier pôle où se focalise le clinicien concerne les parents. BOSZORMENYI-NAGGY dénonce alors une parentification destructrice en utilisant des formules disqualifiantes pour les parents : « la charge est du côté des parents qui tirent sur l'enfant comme sur un compte en banque inépuisable » La parentification est définie comme « une fonction relationnelle pathogène dont les parents sont le levier à cause de leurs besoins de cramponnements symbiotiques »

L'enfant n'est pourtant pas seulement passif. Avec cette lecture, on risque de provoquer une accusation massive du parent trop infantile et une sacralisation de l'enfant victime. Plus tard, le second pôle permet d'aborder les choses autrement en se positionnant du point de vue de l'enfant capable. Le thérapeute insiste alors sur l'engagement de l'enfant face aux besoins et à la situation du parent en difficulté.

La parentification ne concerne pas seulement les relations parents-enfants, elle peut être décrite dans les relations de couple ou amicales. La parentification sera toujours « une attente de prescription de rôle : rôle sacrifié, de soignant, de bouc-émissaire ».

L'enfant qui se sacrifie à la parentification est en fait un gagnant car il obtient un « avantage émotionnel ». (Michard, 2005)

4-2-5-2 La parentification appréciée du côté de la charge parentale

La parentification peut prendre plusieurs formes et d'abord celle « d'une utilisation abusive par un remboursement excessif ». On donne à l'enfant au-delà de son besoin pour rembourser une dette qui lui est extérieure, on donne sans tenir compte du besoin réaliste de l'enfant. Cela crée aussitôt une injustice d'avoir trop reçu. « Meilleure est la famille, plus il est difficile de ne pas être parent fié... »

Les parents en conflit ou séparés peuvent faire équipe pour coincer l'enfant. Il devient « arbitre médiateur en réconciliation parentale ». Il peut-être accusé des difficultés d'un parent par l'autre.

Si les générations antérieures exploitent la disponibilité de l'enfant, il expérimente alors un monde manipulateur et il perd confiance dans le monde humain. L'insécurité relationnelle le met en recherche permanente d'une confiance immédiate qu'il accorde sans critique et retire à la moindre déception.

Il est important de différencier deux types de parentification. Le premier type est centré sur l'accomplissement d'un vœu de lignée, étayé par le compte relationnel entre les protagonistes des générations. Dans le second type, l'enfant donne, il soutient immédiatement la détresse actuelle d'un parent fragile. Quelquefois, le parent surcharge l'enfant de ces deux modes. (Michard, 2005)

4-2-5-3 Le contexte de la parentification

Après s'être focalisé sur « l'exploitation de l'enfant », l'auteur marque de plus en plus son intérêt pour « l'engagement de l'enfant » face au besoin de l'adulte. Ce n'est donc pas l'origine psychique de la parentification qui va animer le processus thérapeutique mais bien un travail de soutien entre les protagonistes de la famille, dont le bilan historique reste à faire dans un dialogue.

Plusieurs exemples de parentification : Le décès prématuré d'un des parents provoque chez l'enfant devenu parent lui-même un besoin de parentifier. L'enfant est pris entre deux options contradictoires : être un parent pour ce parent orphelin ou se garder en vie pour ne pas répéter une nouvelle perte et être le parent trop tôt disparu de son propre enfant.

La fragmentation et la contractualisation des liens humains a une conséquence : l'enfant devient le lien le plus stable des adultes.

L'enfant parentifié est impliqué dans l'histoire amoureuse des adultes de la famille. Il est soumis aux attentes variées qui fluctuent selon l'évolution de la vie du parent. L'auteur donne l'exemple d'un enfant qui peut décliner les bénéfices, les inquiétudes, son soutien, son mécontentement en fonction des épisodes de la vie amoureuse de sa mère.

L'éclatement du lien trans générationnels, l'éloignement des grands-parents favorisent la parentification. L'enfant parentifié contemporain peut avoir à composer avec l'urgence d'un

soutien à un parent dont les ascendants, la culture, le pays ont été détruits et d'un maintien d'un patrimoine culturel dont on hésite à lui transmettre le contenu.

L'enfant peut culpabiliser d'autant plus si l'adulte blâme l'enfant. Il peut-être incriminé par les parents, dès sa naissance, de tentative de suicide d'un parent, de l'échec d'un mariage la parentification s'aggrave si l'enfant est aussi blâmé pour le soutien qu'il offre à ses parents. (Michard, 2005)

4-2-5-4 L'ouverture de la parentification

L'ouverture de la parentification est un moment majeur pour le thérapeute. La première chose est de ne pas se fixer sur la tentation de saisir ce qui se passe à l'intérieur du psychisme de l'enfant.

Le thérapeute structural se donne pour but de mettre des limites dans la hiérarchie des générations. D'une certaine manière, l'enfant est rendu coupable, on l'accuse d'une toute puissance.

L'approche contextuelle est plus attentive aux faits de contexte, aux situations piège de la vie qui provoque la parentification.

L'option est d'aider l'enfant à aider ses parents, sans le blâmer pour son soutien parental et sans l'abandonner dans cet engagement. La première étape vers la déparentification est d'aider « la famille à reconnaître le capital de confiance qui a été puisé dans l'enfant parentifié ». Aider l'enfant à se débarrasser de la culpabilité passe par le fait de reconnaître le mérite.

Le thérapeute prend en compte le parent qui a rarement donné à l'enfant. Il permet à l'enfant de parler de son souci envers le parent absent. « Comment votre parent se manifeste-t-il par rapport à votre disponibilité et votre responsabilité ? »

Par la suite, le thérapeute sera attentif à aider chaque parent à reconnaître l'engagement de son propre enfant. En créditant la contribution des enfants : « Qu'est ce que votre enfant tente de faire pour vous ? », « Comment pouvez-vous compter sur le soutien de votre enfant ? », on provoque paradoxalement une reparentalisation.

Le thérapeute ne doit pas disqualifier le parent pour l'aide qu'il reçoit de son enfant ni prendre la place de l'enfant en répondant aux besoins de parentification des adultes. (Michard, 2005)

4-2-6 La légitimité

Les notions de légitimité et de mérite reflètent la dignité humaine : c'est dans l'échange interpersonnel que se justifie la valeur de la personne. Donner, recevoir, échanger valide la personne, elle se construit dans la relation. Le mérite : « une notion trop en avance dans l'univers de la psychothérapie.

Le concept de mérite évoque l'inscription d'un acte dans le grand livre, celui de légitimité reflète la somme des mérites d'un individu. « La légitimité est un droit ». Chacun possède une sorte d'identité éthique, a des droits différents des autres, un compte personnel issu de sa famille et toujours enregistré dans le

grand livre. Il est donc impossible d'établir une règle universelle, on ne peut faire l'économie de l'histoire passée de chacun. La thérapie contextuelle est donc un dialogue entre personnes ayant des besoins, des droits et des identités éthiques différents. Le livre de compte restant infiniment ouvert, rien ne se perd.

La légitimité comme mutation du sujet par accumulation de mérite.

Le mérite se cumule et ne s'oublie jamais. Il s'acquiert indirectement. L'acte singularise la personne qui le produit et amène la reconnaissance d'autrui. Le mérite n'existe que par rapport à une relation donnée mais en influençant d'autres. L'acte n'est pas effectué en espoir de ce gain. Le mérite est inéluctable. Il n'est pas un retour du bénéficiaire du don. Le mérite s'acquiert en participant à un cycle, que la personne a été lésée, a été injustement traitée, en ayant offert de son temps pour prendre soin, d'une situation de détresse, de fragilité.

La légitimité augmente la valeur éthique de la personne.

Le mérite est appel à justification.

Les légitimités, qu'elles soient constructives ou destructives, ont des justifications, elles sont des droits obtenus. Ces droits en tant que faits préexistent au discours pour prouver ces droits. Le discours quant à lui affirme la prétention à la validité de l'acte à laquelle seuls des sujets en dialogue peuvent prétendre. Ce dialogue de justification est un moment clé en thérapie. Il permet de donner des opportunités pour décrire les sources historiques de la légitimité. (Michard, 2005)

Le mérite est appel à crédit.

Le mérite structure le sujet pour les autres : il s'agit d'une réévaluation éthique d'un sujet selon ses actes soumise à la considération d'autrui. Le mérite doit être reconnu. Cela est primordial car le mérite crédité par autrui cimenter les relations.

Le mérite demande également une qualification par une parole, appelle un besoin de reconnaissance qui est une activité essentielle pour les humains. Il donne au sujet une assurance face à autrui, il obtient une validation supplémentaire. La reconnaissance du mérite apporte également du mérite à celui qui le reconnaît. Le mérite seul n'existe pas il doit être reconnu. La légitimité est un gain de mérites et par là un droit. Ce droit est tacite mais existe dans les yeux des tiers. La légitimité ne se transmet pas de génération en génération, c'est personnel.

4-2-6-1 Les types de légitimité :

Il existe deux types de l'légitimité selon Nagy.

4-2-6-2 La légitimité constructive.

La légitimité constructive s'obtient en accordant de l'attention, du temps à un proche. Il s'agit d'un don et non d'une perte. Donner amène toujours à recevoir, il y a un retour garanti aux dons que nous faisons. Et ce par la légitimité et la valeur supplémentaire qui est accordée par les autres. La recherche permanente d'acquiescer de la légitimité est constructive.

Les bénéfices à s'appuyer sur la légitimité constructive.

Le retour indirect lié à un acte amène une spirale d'acquisition de légitimité. Le processus s'auto entretient.

De plus, cette spirale offre le droit de s'occuper de soi. Lorsqu'il y a légitimité, il y a moins de risque d'être autodestructeur avec soi-même.

Selon Michard : « la légitimité constructive offre :

- une augmentation de la possibilité d'investir sa vie,
- une possibilité de profiter de la relation avec les autres,
- une autorisation plus grande à disposer de soi-même,
- une facilité à utiliser son potentiel psychologique et cognitif,
- une plus grande liberté d'avoir de la créativité,
- un gain pour profiter d'une expérience sexuelle satisfaisante. »

La légitimité libère la personne dans ses relations. Mais s'il y a absence de reconnaissance, l'accumulation de droits peut devenir dangereuse.

La vision positive du don permet par exemple de lever la parentification : le parent qui a reçu acquiert du mérite en apportant de la reconnaissance à son enfant. Il reconnaît à l'enfant son dû. Le mérite s'acquiert avant qu'il y ait eu un retour direct, un merci, à l'action.

C'est le moment de l'intention, de la prise de décision qui importe. La légitimité se gagne dans l'entre-deux d'une relation, face au tribunal de l'humanité. (Michard, 2005)

4-2-6-2.1 La légitimité destructrice.

Boszormenyi-Nagy s'interroge sur le mal commis, fabriqué, conjuré au sein de la famille, sur la façon dont il trouve ses racines dans celle-ci. La notion de légitimité destructrice questionne sur le concept de vengeance. (Michard, 2005)

4-2-6-3 La vengeance.

La vengeance paraît plus naturelle, héritée des plus anciennes sociétés humaines. La question se pose de la réciprocité : le mal appelle-t-il le mal ? Il y a justification d'une attaque par la reconnaissance qu'on a été attaqué. La vengeance précède la justice, elle s'apparente à une dette. Cependant elle serait bannie du contexte familial. Boszormenyi-Nagy propose comme travail clinique de chercher l'ampleur de la dette, donc du droit, au sein de la famille et de savoir ce qu'il en advient.

4-2-6-4 La tragédie de l'injustice.

Plus l'attente d'une compensation face à une injustice aura été grande, moins elle sera équitable. La personne se met alors en quête d'une cible qui aurait une dette envers elle. 'La tragédie de la délinquance' comporte cet aspect de légitimité destructrice. Le délinquant a une créance envers le monde qui a été injuste, un droit d'arracher une compensation à quiconque. Ces actes s'accumulent en obligations et dettes mais ne remplacent pas la créance de départ. La famille est le lieu privilégié où le passé se venge sur le présent et le futur, et forme une chaîne multi-générationnelle d'injustice.

Le dialogue thérapeutique peut s'articuler autour de l'origine de cette spirale. La question du 'qui est le plus victime' surgira à un moment ou un autre. Il faut s'en détacher et focaliser sur comment obtenir réparation, de s'appropriier l'histoire d'injustice, de partager sa souffrance. (Pierre Michard ,2007).

Les manifestations cliniques de la légitimité destructrice

Elles se manifestent par :

- Une indifférence à l'autre, avec absence de remords. On transmet la vie comme on l'a reçue.
- Un écran à la compassion.
- Une énergie à détruire.
- Une exagération d'une position de créancier.
- Droit à ne formuler aucune demande, une forme de rancœur.

Le porteur de légitimité destructrice ne prend pas le temps de parler, de s'ouvrir aux autres. L'histoire, la plainte, ne prennent pas la forme d'un récit individuelle mais sont formulées de manière impersonnelle, perdue dans la masse. Cela reviendrait à faire confiance à un monde qui a été destructeur, un risque d'annuler l'injustice passée qui n'a pas été reconnue. Il y a un refus de recevoir. Vouloir rétablir la justice peut aller au-delà de la protection de sa propre vie. Les signes indicatifs de la légitimité destructrice peuvent être les suivants :

- Schémas relationnels destructeurs basés sur le coup par coup.
- Un conflit entre partenaires réclamant l'un et l'autre une compensation du passé.
- Compétition de justifications entre les victimes pour obtenir le mérite ultime.
- Le droit de revanche peut se muter paradoxalement en droit de donner. Il y a formation d'une boucle de relations stagnantes, pouvant amener des états dépressifs puisque la personne se retrouve dans l'incapacité de donner et de recevoir.

4-2-7 L'exonération

La thérapie peut se définir comme un espace narratif dans lequel la justice et l'injustice se disent au travers d'un dialogue où tente de se reconquérir de la gratitude mutuelle, de la confiance par le biais d'un processus pragmatique tentant une réconciliation. L'échange de paroles se veut un événement qui s'inscrira comme moment de l'histoire d'un échange dans une relation interpersonnelle singulière. Le processus de parole s'appuie sur une recollection de récits historiques générationnels et trans générationnels qui permet à chaque protagoniste de la famille d'assurer le face-à-face des échanges dans la cohérence éthique de chacun.

La thérapie a pour projet de reconnaître la victime et l'agresseur qui s'ignorent comme tels. Elle fait de l'histoire avec les histoires, elle rend officielle l'accusation implicite, prête des mots à la culpabilité sourde, permet que l'on s'entende sur le tort. La tâche du thérapeute est d'activer le tribunal intrinsèque. Il essaie de promouvoir le processus par lequel les protagonistes de la famille pourront, entre eux, tenter de répondre à l'épreuve de la justice relationnelle qui concerne leur contexte. La thérapie promeut l'exonération. Le travail de l'exonération n'ignore pas la souffrance de l'injustice provoquée par le proche, mais simultanément retient la souffrance de l'injustice du proche qui endommage son proche. (Pierre Michard ,2007).

4-2-7-1 Les principes de l'exonération

Chez Nagy, le passé informulé ou indisponible du porteur de légitimité destructrice, provoque, sur un tiers, le plus souvent l'enfant, une injustice nouvelle. Dans l'approche contextuelle, le passé de l'un des protagonistes risque d'abord de concerner un autre comme victime. L'injustice passée revient, dénoncée de l'extérieur, par ou à cause de celui qui la subit aujourd'hui. C'est par son enfant maltraitant que le parent peut ré (apprendre) qu'on lui a fait mal. La reconnaissance de la maltraitance de la génération parentale passe par la reconnaissance du tort subi par l'enfant.

Pour l'approche contextuelle, l'exonération, ni oubli ou encore effacement de l'agression. L'exonération, à l'opposé du pardon, maintient la réalité et la mémoire de l'injustice infligée comme garantie de la gestion des conséquences imprévisibles sur le long terme. Exonérer, c'est avant tout rechercher un équilibre équitable malgré...et en dépit..., impossible sans ce travail.

L'exonération est un dialogue sur les conséquences immédiates, prévisibles ou imprévisibles. Elle est, comme processus familial, une vigilance sur les conséquences, une aide à la gestion des conséquences.

L'exonération comme processus dialogique est une manière de s'aider entre partenaires à gérer la légitimité destructrice de l'un et de l'autre partenaire. Comme partenaires, il faut bien évidemment inclure les enfants.

Exonérer c'est entendre les deux points de vue sur la nature du dommage. Exonérer revient à comprendre, à rendre intelligible les origines de l'abus. Il y a reconnaître la nature de la faute, l'identité des faits pour les ancrer dans l'histoire d'une personne histoire compréhensible, elle sera de plus en plus déployée par une procédure chorale dans un horizon transgénérationnel devant les personnes concernées par les conséquences. Le dialogue thérapeutique inscrit à la fois la narration des faits, le blâme, l'accusation, l'accord sur le tort, la rancune, la suspension de la vengeance, les efforts, l'aveu, des tentatives de réconciliations, l'attention aux conséquences. (Pierre Michard ,2007).

4-2-7-2 Les étapes processus de l'exonération

L'exonération peut être une modalité spontanée au sein de la famille. Le thérapeute n'impose pas le processus, il s'appuie sur les débuts et les fragments d'exonération plus ou moins clandestins, déjà présents dans la dynamique spontanée du dialogue familial. Il y a là des ressources qui excèdent toutes incitations ou prescriptions. Le thérapeute s'appuie sur la capacité des enfants à chercher des explications à une éventuelle malveillance du parent, les gestes de considération et de soutien tentés envers ceux qui ont provoqué des torts.

Le thérapeute est à l'affût des appels qui indiquent que le patient a envie d'aller dans la direction opposée à la revanche. Il s'appuiera sur les ouvertures spontanées de l'un ou de l'autre des protagonistes.

5- Le fonctionnement familial

Puisque les conditions de vie diffèrent d'un type de famille à l'autre, la vie familial peut-être conçu comme un système, celui qui comprend des individus en interaction, le père, la mère et

les enfants c'est aussi un ensemble de rôle complémentaire ceux d'époux, épouse de pourvoyeur, d'éducation ...ect, c'est également une variété de composante interdépendance, l'investissement dans la vie familial.

L'attachement entre les personnes, les méthodes didactiques et la nature des relations entre les parents quelque chercheurs du domaine de l'inadaptation sociale proposent un modèle d'analyse du fonctionnement de la famille autant que système ou les interactions entre plusieurs dimensions de la vie familiale sont simultanément prises en compte. (Darnaud.T, 2006, P 47).

5-1 La famille lieu d'éducation : L'éducation des enfants pour devenir adulte doit être assurée sur trois niveaux : ceux du Corps, de l'esprit et de l'âme, éducation physique, intellectuel spirituelle et morale ; initiation à la vie personnelle, familiale et communautaire. (houlle becq .M, 2012, P 03).

5-2 La famille lieu d'affectivité et de protection : En général pour tout individus la famille est synonyme de refuge, elle garantit en effet le bien être d'une personne en la soutenant face aux aléas de la Chapitre 2 La famille et ses caractéristiques 40 vie et elle contribue en faits a son épanouissement .Cité par (Les familles dans le monde, 2011, P 02).

5-3 La famille comme agent primaire de socialisation : La famille reste le lieu privilégié dans lequel l'enfant apprend très tôt les normes et les valeurs qui composent la culture de la société dans laquelle il est immergé, c'est ainsi un lieu où il apprend a communiqué avec les autres. (Étude de l'histoire de la famille, 1999, P 16).

5-4 La famille lieu de solidarité : La famille reste la cadre d'une solidarité intergénérationnel ou elle s'exprime Par des échanges de service, ou la transmission d'un capital sociale à travers lesquels les parents prévient faire jouer au profit de leurs enfants tout un réseau de relation. (Étude de l'histoire de la famille, 1999, P 17).

6 Le dysfonctionnement familial :

La crise familial, plus ou longue d'ailleurs marqué et permet le passage d'un état familial plus au moins heureux mais fonctionnel à un autre, pas forcément plus heureux mais différent, cette période de crise ne s'accompagne pas toujours de souffrance intrafamilial tan protagoniste peuvent alors faire preuve d'activisme en effet la crise survienne quand la rétroaction négatives ne permet plus aux règles familiales habituel de réagir les interaction entre les différent membre de la famille , si dans le cas de la disparition de l'aidant le processus qui ouvre la période de crise est une évidence , dans ce cas la disparition brutale et non programmé de l'aidant offre de nombreuse possibilité d'amplification d'élément (darnaud.T,2006,P 129).

6-1 Les conflits : La famille est un thème très sensible chez l'Humain et les conflits familiaux peuvent prendre des proportions considérables, Parfois même cela provoque des drames Mais sans aller jusque-là, on peut observer combien certaines personnes peuvent se prendre la tête pour la famille et combien elles consacrent d'énergie jusqu'à s'en rendre malade, pour gérer des histoires familiales qui bien souvent ne les concernent même pas directement et ou sont finalement sans gravité, mais encor faut –il comprendre pourquoi Il faut d'abord savoir que la notion de famille n'est pas une exclusivité humaine puisque tous les animaux sociaux sont confrontés à des problématiques similaires aux nôtres eux aussi se prennent la tête pour des histoires de clan, de meute ... ect démontre que le problème est bien plus vieux que l'humanité .

6-2 La violence familiale : La violence familiale se démarque des autres formes de violence rencontrées dans nos sociétés par le caractère intime du rapport existant entre l'agresseur et la victime et par la nature privée de leurs relations, cette forme de violence comprend plusieurs catégories parmi lesquelles figurent la violence des parents à l'égard de leurs enfants et la violence entre conjoint. Outre ces deux types facilement identifiables, le terme inclut aussi la violence dans la fratrie, la violence des adolescents à l'endroit de leurs parents et finalement la violence infligée aux parents âgés par leurs enfants d'âge adulte. Au-delà du fait qu'il s'agit d'une violence qui se produit à l'intérieur du cadre familial, on peut observer des points communs à l'ensemble des catégories on constate ainsi que d'une part la violence engendre un certain nombre d'effets similaires, tels la perte de l'estime de soi, la honte, le sentiment d'impuissance et que, d'autre part elle se caractérise par une différence de pouvoir marquée entre les agresseurs et leurs victimes. (Rondeau. R, 1994, P 01).

7 Les raisons principales d'un dysfonctionnement familial :

Il y'a un dysfonctionnement lorsqu'un membre de la famille ne joue pas son rôle et n'est pas à sa place, comme le père ou la mère en effet les enfants aujourd'hui ont trop de papas et mamans , le papa ou la maman n'est qu'une sortie de la fonction parentale , dans le moyen familial il existe trop de papas et mamans poule et plus assez de père et mère cadrant , les parents ont tendance a se complaire dans la partie gratifiante de l'éducation , on assiste a une grosse démission parentale au niveau du cadrage.(peticollin. C, 2004, P 01).

8 Le cycle de vie de la famille

Le cycle de vie familiale permet de suivre les différentes étapes de l'évolution d'une famille, il recouvre plusieurs cycle de vie individuelle celui du père, celui de la mère et celui de chacun des enfants présents dans la famille, un cycle de vie individuelle dure toute une vie alors que le cycle de vie familiale commence au moment où un homme et une femme décident de se marier ou de faire vie commune et se termine avec la fin la fin du parentage. Le cycle de vie familiale peut-être marqué de rupture par décès ou divorce et le réunions par remariage ou union de fait , dans ce dernier cas la famille recomposée peut vivre des stades communs antérieurement, de plus ce cycle de vie peut-être vécu par une personne seule qui décide d'avoir un ou plusieurs enfants. (Pisant.M, 1990, P 567).

8-1 Les étapes du cycle de vie de la famille

Le modèle de Duvall, la première à avoir décrit le cycle de vie de la famille (1977), comporte huit étapes et celui de Carter et M Goldrick (1989) en comporte six. Comme tous les modèles, les modèles développementaux comportent certaines limites. Par exemple, ils présentent une forme précise de cheminement à travers le cycle de vie de la famille, alors que chaque famille traverse ces étapes à son rythme. Ainsi, les adultes qui choisissent de ne pas se marier, les couples qui décident de ne pas avoir d'enfant et les familles nombreuses, interethniques, monoparentales ou recomposées omettront certaines étapes ou en traverseront plusieurs à la fois en même temps. Pour les fins de cette étude, nous utiliserons des éléments de chacun de ces modèles. Ainsi, du modèle de Carter et McGoldrick (1989) nous retenons la définition de l'âge mûr, qui est le moment où les enfants quittent la cellule familiale. Par contre, comme Duvall, nous établissons une distinction entre les familles avec un nourrisson, les familles avec un enfant d'âge préscolaire et les familles avec un enfant d'âge scolaire. En retenant ces trois étapes, nous pouvons illustrer plus spécifiquement le vécu des familles.

Conclusion de chapitre

La famille est un élément fondamentale et indispensable dans toutes les sociétés vus qu'elle occupe une place très importante, c'est dans la famille que se construit l'identité de l'individu, que s'apprend le respect et les différentes valeurs humaines, de plus elle a une influence énorme sur l'équilibre psychique des individus surtout lorsque les enfants sont en bas âge, la sensation d'être aimé et désiré dans la famille est fondamentale pour tous ses membres, et l'expérience affective vécue au sein de la famille sera déterminante dans les relations extrafamiliales c'est pourquoi qu'elle doit être protégée.

Préambule :

Il existe certaines maladies qu'on qualifie de graves parce qu'elles menacent la vie du patient, plus particulièrement son intégrité psychique, de ce fait notre choix s'est porté sur une de ces maladies qui est le cancer.

Le cancer est un terme général désignant toute maladie pour laquelle certaine cellule du corps humain se divise d'une manière incontrôlée, et quand ce cancer s'installe dans le corps, il dicte sa loi.

La symbolique associée à cette maladie fait de celui-ci un mal qui détruit l'ordre naturel, un mal qui ronge le malade de l'intérieur et un mal envahissant.

Il est normal d'avoir peur du cancer mais les progrès de la médecine ces trente dernières années grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques et aux développements de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie font aujourd'hui une arme et un grand synonyme d'espoir dans la lutte contre ce fléau.

De manière habituelle, la lutte contre une maladie est mieux de prévenir que guérir, tout le monde est d'accord là-dessus mais l'idée j'ai un cancer quand elle est intégrée chez le malade est une véritable révolution psychologique qui resitue le sujet par rapport à son environnement et à son histoire.

-Dans ce chapitre on va aborder la définition du cancer, sa terminologie et son étymologie, ses deux grandes classes, les caractéristiques des cellules malignes et la différence entre les cellules cancéreuses et les cellules normales, ses causes, ses symptômes et diagnostic, différent traitement possible du cancer, le choix du traitement, la définition de la chimiothérapie, son déroulement et puis la conclusion du chapitre.

1 Les définitions du cancer :

« Le cancer est un processus cellulaire, en devenant cancéreuses les cellules perd certains caractères normaux ». (Asselah F., 2005,).

Selon une équipe médicale de Larousse :

Est une maladie qui a pour mécanisme la prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Cette prolifération anarchique du cancer s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement. (Larousse Médical, 2012,).

Selon Marylène: Le terme de cancers regroupe les multiples lésions et maladies malignes, cancers solides variés et, par extension, les leucémies, aiguës ou chroniques, les lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens. Ces maladies sont la résultante d'une prolifération cellulaire excessive, incontrôlée, qui persiste même après disparition des facteurs prédisposant, ou déclenchant, la durée de ce processus spontané varie d'un cancer à l'autre, suivant la nature

histologique du cancer, des défenses immunologique du patient, de son âge et de l'existence ou non d'une pathologie associée.(Marylène. M & al, 2010).

Selon une équipe médical Manuila :

Le cancer est une tumeur maligne c'est-à-dire une tumeur constituée par la prolifération anarchique de cellules anormales, qui envahit les structures voisines et qui a tendance à produire des tumeurs secondaires à distance (métastase).

Selon Scotte: Le cancer maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique incontrôlée et incessante .Cette prolifération anarchique du cancer suppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et n'a lien que pour les pettes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement.

Le terme cancer recouvre un vaste ensemble de maladies, cataloguées selon les cellules et les tissus à partir des quels les cancers se forment la tumeur développe dans un graine (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autre organes (cerveau, poumons, foie, etc.), en passe par des voies lymphatiques en sanguines. Ces tenures secondaires, qui reproduisant la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastase. Le cancer qui peut survenir sur tout tissu ou cellule, est une maladie dont les formes multiples sont classées en fonction de tissu d'origine. (Scotte.F.2002.).

1-1 -Qu'est-ce que le cancer ?

Le mot « cancer » désigne plus de 200 maladies. Chacune d'entre elles porte un nom différent : cancer du poumon, cancer du sein, leucémie, etc. Tous les cancers sont différents les uns des autres, mais ils ont une chose en commun : ils s'attaquent aux cellules.

Le corps humain est composé de millions de cellules. Il y en a de toutes sortes : cellules de la peau, du poumon, du sang, etc. Elles sont tellement petites qu'on ne peut les voir qu'au microscope. Ces cellules ne vivent pas aussi longtemps que nous. Quand elles commencent à être trop vieilles pour bien fonctionner, elles se divisent en deux pour former de nouvelles cellules.

Un cancer commence quand une cellule cesse de faire son travail de façon normale. Après un certain temps, cette cellule se divise pour se reproduire et on a deux cellules anormales. Ces nouvelles cellules vont se reproduire à leur tour et ainsi de suite, jusqu'au moment où des milliers de cellules anormales commenceront à prendre la place des cellules normales. C'est ce qu'on appelle une tumeur.

1. Un peu d'histoire

Le cancer n'est pas une maladie nouvelle. En fait, elle est aussi ancienne que l'humanité. Par exemple, on a trouvé des traces de cancer dans des momies égyptiennes. Toutefois, ce n'est que depuis une cinquantaine d'années que le cancer est devenu une des principales causes de décès.

Pour comprendre pourquoi, il faut faire un peu d'histoire. Avant les années 1900, la médecine n'était pas très avancée et les remèdes n'étaient pas toujours efficaces. Aussi, les gens mouraient de toutes sortes de maladies qu'on peut guérir facilement de nos jours. On n'a qu'à penser à certaines épidémies qui ont tué des millions de gens dans l'histoire : la peste, la petite vérole, le typhus, le choléra et, plus près de nous, la grippe espagnole et la tuberculose. Toutes ces maladies tuaient tellement de gens que le cancer était une maladie rare et peu fréquente. Au début des années 1900

Saviez-vous que... Le mot cancer a la même origine que le mot crabe parce que la maladie faisait penser à un crabe qui dévorait les organes.

Par exemple, il n'y avait qu'une personne sur vingt qui mourait du cancer. C'est à cette époque que la médecine a fait trois grandes découvertes qui ont permis aux gens de vivre beaucoup plus vieux.

Tout d'abord, l'amélioration de l'hygiène a permis de vaincre des maladies comme le typhus et le choléra. Ces maladies étaient dues aux conditions de vie insalubres (manque d'égouts, absence de stérilisation lors des interventions médicales, nourriture mal conservée, etc.)

Ensuite, on a découvert la vaccination, ce qui a permis de rendre les êtres humains résistants à plusieurs maladies comme la petite vérole, la rougeole et la tuberculose. Enfin, l'arrivée des antibiotiques a permis à la médecine de pouvoir tuer les bactéries qui causent des infections.

Avec l'avancement de la médecine, on a donc pu combattre un grand nombre de maladies, dont certaines étaient mortelles. Par contre, d'autres maladies qui étaient jusque-là assez rares ont commencé à devenir plus fréquentes : les maladies du cœur, le cancer, la maladie d'Alzheimer. C'est donc à cause du vieillissement que les cas de cancer ont augmenté.

Saviez-vous que... Au début du siècle, on croyait qu'on pouvait ralentir le développement d'un cancer en mettant une tranche de viande rouge sur une tumeur. On pensait que le cancer allait s'attaquer à la viande.

Il y a un siècle, l'espérance de vie était de 45 ans, alors qu'aujourd'hui, elle est de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes. D'ailleurs, la plupart des cancers apparaissent surtout à un âge mûr et avancé. (Louise-Andrée Lauzière Les pages en ligne - www.lespagesenligne.com Impression).

2. La terminologie et l'étymologie du cancer :

L'oncologie est la spécialité qui étudie le cancer. Elle est souvent confondue par les médecins eux-mêmes et par le public, avec la branche médicale de la cancérologie qui traite le cancer.

Du latin « crabe, chancre, cancer, et kapkivog, karkinos, écrevisse du grec

Selon Hippocrate, le cancer a des veines étendues de tous les côtés, de même que le crabe a des pieds, et Paul d'Égine ajoute que son nom lui vient selon quelques-uns de ce que quand il

s'attache à un organe, il ne le lâche plus, de même que fait le crabe quand il s'est attaché à quelque chose ». ([Http://Fr. Wikipédia. Org/Wiki/Cancer/15](http://fr.wikipedia.org/wiki/Cancer/15) :00).

3. Les principaux cancers

Il y a plus de 200 types de cancers. Toutefois, certains sont beaucoup plus fréquents que d'autres :

5-1 Le cancer de la peau

Le cancer de la peau est le plus répandu de tous les cancers. La plupart du temps, il est causé par l'exposition au soleil. Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Toutefois, c'est la forme la plus rare, le mélanome, qui est la plus dangereuse. Le cancer de la peau frappe surtout les personnes au teint clair (les blonds et les roux). La meilleure façon de prévenir ce type de cancer, c'est de se protéger du soleil, surtout l'après-midi, d'éviter les salons de bronzage et d'utiliser de la crème solaire.

5-2 Le cancer du poumon.

Le cancer du poumon est celui qui cause le plus de décès, autant chez les hommes que chez les femmes. La cigarette est la cause principale de ce type de cancer. La fumée endort le système de défense des poumons et des bronches. Aussi, les produits cancérigènes qui viennent de la cigarette (comme le goudron) ou d'une autre source (comme l'amiante) restent pris dans les poumons et ont donc beaucoup de temps pour s'attaquer aux cellules. Évidemment, plus les gens fument et plus ils ont de risques d'être atteints du cancer (de 15 à 30 fois plus qu'un non fumeur). Les symptômes ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Parfois les gens ont une toux chronique et peuvent cracher du sang. En effet, comme la tumeur est un corps étranger, la personne atteinte cherche à s'en débarrasser en toussant, mais elle n'y arrive jamais. Comme ce cancer est difficile à traiter, il faut insister sur la prévention et se rappeler que, sans la cigarette, le cancer du poumon serait beaucoup moins fréquent.

5-3 Le cancer du sein :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il apparaît surtout après 50 ans. Comme c'est un cancer qui se traite assez bien s'il est dépisté au début, il est très important pour les femmes de se faire examiner les seins par leur médecin. On leur conseille aussi de vérifier leurs seins pour voir s'il y a des changements comme des bosses, des fossettes ou la peau qui se met à avoir l'apparence d'une pelure d'orange. La plupart du temps, ces signes ne sont pas dus à un cancer, mais il est important de les faire vérifier par un médecin. Entre 50 et 70 ans, on recommande aux femmes dépasser une mammographie tous les deux ans. Il s'agit d'un examen aux rayons X qui permet de déceler des bosses trop petits pour être détectables au toucher. Les femmes qui viennent d'une famille où plusieurs femmes ont été atteintes avant leur ménopause sont plus à risque. Elles devraient en parler à leur médecin.

5-4 Le cancer de la prostate :

Le cancer de la prostate est le cancer le plus répandu chez l'homme. La prostate est un organe en forme de noix dont le rôle consiste à produire la plus grande partie du sperme. Ce cancer apparaît surtout chez les hommes de plus de 70 ans. Toutefois, on recommande aux hommes de plus de 50 ans d'en parler avec leur médecin. S'il est détecté au début, c'est un cancer qui se traite assez bien. Il faut faire attention aux symptômes suivants : problèmes à uriner, besoin d'uriner plus souvent et présence de sang dans l'urine ou le sperme.

5-5 Les cancers du côlon et du rectum

Les cancers du côlon et du rectum touchent les hommes autant que les femmes, surtout après 50 ans. Ce sont des cancers qui se traitent assez bien quand ils ne sont pas trop avancés. Le côlon et le rectum sont les dernières parties de l'intestin. C'est là que les aliments subissent les dernières modifications avant d'être expulsés sous forme de selles. Les causes de ces cancers ne sont pas connues, mais on croit qu'elles sont liées en partie aux habitudes alimentaires. La consommation excessive de gras et de viande rouge serait un facteur de risque tandis que la consommation de fibres alimentaires (fruits et légumes, blé entier,) serait un facteur de prévention.

5-6 Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui touche beaucoup de jeunes femmes. On n'en connaît pas toutes les causes, mais on sait qu'il est plus fréquent chez les femmes dont la vie sexuelle a commencé tôt (avant 17 ans) et qui ont eu plusieurs partenaires. De plus, il semble qu'il peut être lié à certaines infections comme l'herpès génital et les condylomes. Par contre, on peut le prévenir en passant des tests Pap régulièrement dès les premières relations sexuelles. Le test Pap permet souvent de découvrir des cellules anormales avant qu'elles deviennent cancéreuses. Il faut également consulter un médecin dès les premiers signes anormaux de saignements ou de pertes vaginales.

6- Les deux grandes classes du cancer :**6-1 Le néoplasie est dite bénin :**

Si elle reste localisée à l'endroit où elle a pris naissance. La masse tumorale est bien limitée et son ablation chirurgicale conduit habituellement à une guérison complète. De façon générale, la tumeur bénigne a peu de retentissement sur l'état général du patient. (Asselah F., 2005, p. 150-151).

6-2 Le néoplasie est dite maligne ou cancer :

Si ces cellules s'étendent aux tissus voisins et les détruisent.

La tumeur maligne est mal limitée, elles a la capacité d'envahir les tissus voisins et de métastaser à distance. L'invasion est la capacité pour la tumeur maligne de pénétrer et de se développer dans les tissus voisins. Les métastases sont des dépôts cancéreux à partir du foyer

tumoral initial et sans continuité avec lui .La survenue des métastases fait tout la gravité du cancer. (Asselah F., 2005,).

6-3 les caractéristiques des cellules malignes :

6-3-1 Morphologie :

Plusieurs différences morphologiques caractérisent la transformation maligne d'une cellule :

-Des anomalies de taille (anisocytose) au sein d'un même tissu.

-Un noyau plus volumineux (parfois multiple) avec rapport nucléo-plasmatique élevé.

-Le noyau est souvent hyper-chromatique (son contenu en ADN est plus élevé par suite d'une hyper ou aneuploïdie).

-Les nucléoles sont plus nombreux et mieux visibles, ces modifications morphologiques sont parfois peu marquées dans une forme débutante ou dans des tumeurs très différenciées. (Scotte F et Colonna P et Andrieu J.M).

6-3-2 Physiologie :

La cellule cancéreuse est aussi fonctionnellement différente des cellules normales : La synthèse de certaines protéines est modifiée par une répression de certains gènes ou par une expression d'autres gènes.

La composition des glycol-protéines et des mucines de membranes est fortement modifiée, ce qui entraîne l'apparition de certains antigènes de surface, des modifications de la perméabilité membranaire, une perte des capacités d'interaction avec les cellules environnantes et avec la matrice extracellulaire. (Scotte F et Colonna P et Andrieu J.M., 2002,).

7- Les différences entre cellules cancéreuses et les cellules normales

Les tumeurs malignes ou cancer, sont de nature clonale. Les cancers sont des amas de cellules, provenant toutes d'une cellule fondatrice apparente qui est, bien qu'entourée de tissu normal, elle n'est plus intégrée dans l'environnement. Les cellules cancéreuses se distinguent souvent de leurs voisines normales par une foule de changements phénotypiques spécifiques, tels qu'un taux élevé de division, l'invasion de nouveaux territoires cellulaires, un métabolisme actif et une forme anormale. Par exemple lorsque des feuilletts normaux de cellules épithéliales sont mis en culture, ils ne peuvent pousser que s'ils sont ancrés à la boîte de culture elle-même. De plus, des cellules épithéliales normales en culture se divisent jusqu'à ce qu'elles forment une couche continue. Elles reconnaissent alors d'une façon ou d'une autre qu'elles ont formé un feuillet épithélial unique et arrêtent de se diviser.

Au contraire, les cellules malignes provenant d'un tissu épithélial continuent à proliférer et s'empilent les unes sur les autres. A l'évidence, les facteurs régulant la différenciation cellulaire normale ont été atteints.

En réalité on peut envisager le cancer d'une manière générale dans la ligne cellulaire somatique d'une cellule donné. (Griffiths A.J.F. et al, 2001).

8- Les causes de cancer :

8-1 L'alcool :

Chez l'homme, l'alcool est un cofacteur de risque pour cancer de cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et du foie. Enfin, l'effet conjugué de l'alcool et du tabac correspond à des risques plus élevés que la somme des risques isolément (effet multiplicatif). Un certain nombre d'étude montrent une augmentation de risque du cancer du sein chez les femmes consommant des boissons alcoolisées. (Larousse médical. 2012, p. 145-147).

8-2 L'alimentation :

Des études ont mis en évidence une augmentation de risque parallèlement à la consommation de graisse mais ont révélé un effet protecteur des fruits et des légumes, quand on rôle du café dans les cancers du pancréas, il n'a pas été prouvé. Les nitrites, provenant du celle utilisées comme conservateur alimentaire sont accusés d'avoir augmenté les risques du cancer de l'estomac. L'aflatoxine contaminant de la nourriture stockée en milieu chaud et humide est incriminée dans les cancers primitifs du foie, en association avec virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C est aussi impliqué. (Larousse médical.).

8-3 L'irradiation :

Il existe une augmentation significative du nombre des cancers qui varie selon les tissu irradié: sont essentiellement touchés la moelle osseuse, la glande thyroïde, le sein, l'os, les leucémies apparaissent en moyenne 8 ans après l'irradiation causale, les sarcomes 20 ans après, les autres tumeurs 30 ou 40 ans après, l'accident de Tchernobyl est un exemple plus récent des cancers induits par irradiation. (Larousse médical.).

8-4 Les maladies :

Quelques rares maladies s'accompagnent d'un risque élevé des cancers atteignant spécifiquement certains organes, par exemple le rétinoblastome dans la trisomie 21. Elles peuvent donner lieu d'emblée à des tumeurs malignes qui en sont soit la seule manifestation, soit l'élément d'un syndrome, ou donner lieu à une pathologie non tumorale mais à fort probabilité de transformations malignes. (Larousse médical.).

8-5 Les rayonnements solaires :

Le rôle des U.V (rayons ultra-violet), en particuliers des U.V.B les plus courts et les plus nocifs dans l'apparition des tumeurs cutanées a été mis en évidence à la fois par des observations épidémiologiques (fréquence et par des mélanomes en Australie par exemple), et par des modèles expérimentaux, les causes cutanées sont beaucoup plus fréquente chez les sujets a peau claire. (Larousse Médicale., 2012,).

8-6 Les virus :

Les virus B et C de l'hépatite sont en cause dans le développement d'hépatomes, le virus HTLV (pour Human T Lymphotropic virus) est responsable du lymphome T et de leucémies aiguës à lymphocytes T (Japan, Caraïbes). Les sujets immunodéprimés par le VIH ou par un traitement immunosuppresseur développent certains types de cancers parfois en relation avec d'autres virus : EBV pour certains lymphomes, HHV8 pour le syndrome de Kaposi. (Scott F et Collona P et Andrieu J.M., 2002, p. 13-14).

- a) HTLV : lymphomes
- b) EBV : cancer du nasopharynx, lymphome de Hodgkin et de Burkitt
- c) VIH : lymphomes malins, cancer du col utérin
- d) HHV8 : sarcome de Kaposi
- e) VHB-VHC : hépatocarcinome
- f) Papillomavirus HPV 16 et 18 : cancer du col utérin, de l'anus.

*Et on distingue deux types de bactéries : Helicobacter pylori et bilharziose.

*Les bactéries : Helicobacter pylori : cancer de l'estomac lymphome gastrique.

*Les parasites : Bilharziose et cancer de la vessie (épidémie et non urothélial).

8-7 Tabac :

C'est le principal agent carcinogène identifié chez l'homme. Il est responsable de 15% de la mortalité annuelle globale et de 40 % de la mortalité par cancer. On peut penser que les deux tiers des fumeurs réguliers mourront d'un cancer à cause du tabac. Et ce dernier est à l'origine de 85 % des cancers du poumon, 50-90% des cancers des VADS, 40 % des cancers de la vessie, Cancers de l'œsophage et de l'estomac, Cancers du rein, de l'utérus et du pancréas.

8-7-1 La composition du tabac : Il se compose par quatre agents, toxiques, cancérigènes, irritants et monoxyde de carbone.

- Agents toxiques : nicotine
- Agents cancérigènes : nitrosamines, benzopyrènes, goudrons...
- Agents irritants : acétone, phénols, acide cyanhydrique
- Monoxyde de carbone.

8-8 Infection :

Les agents infectieux sont responsables de cancers chez des sujets immunodéprimés ou non, ils sont à l'origine de 4% des décès par cancer.

9- Les symptômes et le diagnostic du cancer :

La multiplicité des cancers et leurs spécificité propre rendent difficile le dénombrement de tous les symptômes de la maladie .Néanmoins, une perte du poids importante et plus ou moins rapide, un manque d'appétit, une fatigue intense, une perte du sang dans les selles ou par la bouche, enfin, des douleurs

diverses sont des signes fonctionnelles qui peuvent être associées à la présence d'un cancer, le développement souvent silencieux des cancers tend à en retarder le diagnostic et posent des problèmes aux médecins qui ne voient le patient qui a un stade déjà avancé de la maladie, parfois la maladie est décollée par hasard au cours d'une visite médicale ou d'un examen de sang .Le diagnostic repose sur l'examen clinique, des examens de laboratoire, des examens radiologiques et endoscopiques, et des biopsies .(Larousse médicale., 2012, p. 147).

10- La définition de dépistage :

Le dépistage est l'identification des sujets atteints d'une affection donnée asymptomatique au sein d'un groupe de personnes déterminés.

Il a pour but de diminuer le nombre de cancers ou d'en diminuer la mortalité et ou la morbidité ou d'améliorer la qualité de vie des patients atteints.

10-1 Les types de dépistage :**10-1-1 Un dépistage individuel :**

Pratiqué en fonction des facteurs de risque du patient à l'initiative de on médecin ; il touche qu'une population sur médicalisée à un âge pas souvent le plus à risque, sans rythme adéquat, sans contrôle de la qualité.

10-1-2 Un dépistage collectif :

Sur une population bien définit à l'initiative des pouvoirs publics.

L'intérêt d'un dépistage collectif ou de masse tient, d'autre part, au type de tumeur qui doit être dépistage, d'autre part, au type de test qui doit être appliqué. (Tubiana-Mathieu. N, 2002, p36)

10-2 Chimiothérapie :**10-2-1 La définition de la chimiothérapie**

Le traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. Les médicaments anticancéreuses atteignent les cellules ayant commencé un cellulaire période, où une cellule se répare à subir une mitose (division cellulaire) entre eux, agissant sur une phase précise du siècle, sont dite phase-dépendante. (Le petit Larousse de l a médecine, 1997, p. 183).

10-2-2 La chimiothérapie et les différents traitements possibles du cancer :

Les traitements du cancer consistent à éliminer la tumeur et à supprimer les cellules cancéreuses. Ils ont pour but de : guérir le patient, réduire le risque récidive, augmenter la durée de vie et améliorer la qualité de vie. Il existe différents types du traitement qui peut-être utilisés seuls ou associés entre eux.

10-2-3 La chimiothérapie

Traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. (Le petit Larousse de la médecine, 1997, p.183).

10-2-4 La chirurgie :

Permet de confirmer le diagnostic et d'enlever la tumeur et éventuelles greffes cancéreuses, c'est-à-dire les endroits que les cellules cancéreuses

10-2-5 La radiothérapie :

Est un traitement qui consiste à utiliser des rayons pour détruire les cellules cancéreuses. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux du cancer, c'est-à-dire qu'il agisse localement sur les cellules cancéreuses de l'organe atteint ou dans les ganglions. (Andre. M, 2008, P. 9).

10-2-6 L'hormonothérapie :

Est un traitement qui empêche l'action d'hormones susceptibles de stimuler la croissance des cellules cancéreuses. La chimiothérapie et l'hormonothérapie agissent par voie générale.

10-2-7 L'immunothérapie :

Est un traitement qui vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. (Andre. M, 2008,).

11- Le choix des traitements :

Pour choisir les traitements, les médecins tiennent compte de plusieurs critères :

- Du type du cancer et de son stade d'évolution.
- De la localisation de la tumeur.
- De l'état de santé du patient et de ses antécédents médicaux et chirurgicaux.
- De son âge.
- Des éventuels effets secondaires des traitements.
- De l'avis du patient et de ses préférences.
- De l'existence d'essais thérapeutiques dont il pourrait bénéficier.

La chimiothérapie peut être proposée avant une chirurgie (chimiothérapie néo-adjudante), après une chirurgie (chimiothérapie adjudante) ou pour traiter des métastases (chimiothérapie métastasique).

Une chimiothérapie néo-adjudante permet de diminuer la taille de la tumeur facilitant ainsi l'opération de diminuer les risques de récurrence et d'évaluer l'efficacité des médicaments sur la tumeur.

Chimiothérapie adjudante est proposée lorsqu'elle est capable de réduire les risques du développement de métastases. (Andre .M, 2008,)

12- Le déroulement d'une chimiothérapie :

Le déroulement d'une chimiothérapie est soigneusement planifiée selon un protocole établi par l'équipe médicale .La chimiothérapie ne débute qu'après un bilan qui permet de confirmer qu'elle est justifiée et que le patient peut la supporter (on parle du bilan pré-thérapeutique). Les examens sanguins (NFS, plaquette ou autre) permettent au médecin oncologue de vérifier un intervalle d'état de santé du patient avant chaque chimiothérapie. Le médecin donne alors son « feu vert » pour commencer ou poursuivre la chimiothérapie, il établit avec la personne soignée un calendrier qui prévoit l'administration des médicaments de chimiothérapie. Ces médicaments sont administrés sur un ou plusieurs jours (on parle de cure de chimiothérapie).

Une alternance de périodes de traitement et de repos est prévue entre deux cures, un intervalle d'une à quatre semaines est nécessaire en fonction des protocoles, et le repos permet à l'organisme de récupérer des éventuels effets secondaires. Pour que le traitement soit le plus efficace possible, le médecin tente de respecter les doses de chimiothérapie et le calendrier prévu par le protocole.

La durée des traitements est variable, elle est adaptée à chaque personne soignée et n'est pas proportionnelle à la gravité de la maladie. (Andre .M ,2008,)

13- Les effets secondaires de la chimiothérapie :

Ils sont redoutés et très fréquents dans les jours qui suivent la chimiothérapie, ils sont aujourd'hui moins fréquents et moins intenses grâce à l'action préventive de nouveaux médicaments : les antiémétiques. (Andre. M, 2008,).

Diarrhée :

Certains médicaments de chimiothérapie entraînent une diarrhée et lorsqu'elle persiste plus d'une journée ou qu'elle est accompagnée de fièvre ou de vomissement, il est nécessaire de contacter rapidement un médecin. (Andre .M, 2008,).

Constipation :

D'autres médicaments de chimiothérapie entraînent au contraire une constipation.

Aphtes, sécheresse de la bouche :

L'apparition d'aphtes au niveau de la bouche est un des effets secondaires possibles de la chimiothérapie et leur apparition varie en fonction du protocole de chimiothérapie utilisée. (Andre .M, 2008, P.19).

Chute des cheveux :

Les médicaments de chimiothérapie s'attaquent aussi aux cellules saines à l'origine des poils et des cheveux, et certains d'entre eux entraînent une perte des poils de tout le corps du visage en particuliers des cheveux, ce qu'on appelle une « alopécie ». (Andre. M, 2008).

Effets sur le sang :

La chimiothérapie agit au niveau de la moelle osseuse où sont fabriquées les globules rouges, les globules blancs, et les plaquettes. Ces éléments diminuent alors dans le sang. Une diminution temporaire de certains globules blancs : Les globules blancs protègent l'organisme contre les infections et la quantité de certaines d'entre eux appelées « polynucléaires neutrophiles », diminuent presque toujours après une chimiothérapie.

Une diminution des globules rouges : Les globules rouges sont nécessaires pour transporter l'oxygène dans l'organisme et la quantité des globules rouges diminuent parfois de façon modérée avec un traitement.

Une anémie provoque une pâleur de la peau et des muqueuses, des difficultés à respirer surtout lors d'un effort, d'une fatigue et des vertiges. En cas de forte anémie, il est parfois nécessaire de faire une transfusion de globules rouges. Une diminution des plaquettes : La quantité de plaquettes peut diminuer pendant une chimiothérapie ou à distance du traitement. Cette baisse s'appelle une « thrombopénie ». (Andre. M, 2008,).

Fatigue :

La fatigue est l'un des effets secondaires les plus fréquents du cancer et de ses traitements.

Douleurs :

Les effets secondaires des médicaments de chimiothérapie sont parfois douloureux : inflammation de la bouche, de l'œsophage, du pharynx, du vagin, brûlure d'estomac, colique, douleurs musculaires et articulaires notamment aux mains ou aux pieds.

Fertilité :

-Chez l'homme : Certains médicaments de chimiothérapie diminuent le nombre de spermatozoïdes et entraînent donc une diminution de la fertilité.

-Chez la femme : Certains médicaments de chimiothérapie perturbent le cycle menstruel de la fertilité.

Perturbations du fonctionnement des reins :

Certains médicaments de chimiothérapie altèrent parfois le fonctionnement des reins.

Modifications de la peau ou des ongles :

Certains médicaments de chimiothérapie irritent la peau et provoquent des modifications de la peau.

Perturbations du poids :

Un patient atteint d'un cancer est souvent décrit ou représenté comme amaigri. (Andre .M, 2008,).

14- Les facteurs de la cancérogenèse :

Les difficultés étudiées sur les cause de cancers permettant de propose un modèle général de la cancérisation qui apparaît comme une succession d'étapes .Les facteur qui favorisent l'apparition d'un cancer sont lies à la hôte et /ou à son environnement .Les mécanismes de la carcinogenèse sont d'ordre génétique ; l'apparition d'un clone cellulaire malin procède de l'accumulation dans une seule cellule d'événement rares et non liés entre eux.

14-1. Facteurs liés à l'hôte :**1-Hérédité :**

Un facteur héréditaire peut être soupçonné dans une famille ou plusieurs sujets ont un cancer .Cette situation ne concerne en fait que les pathologies ayant un mode de transmission mendélien (dominat ou récessif) ; qui représentent 5 à 10%des cancers. Les pathologies héréditaires à transmission mendélienne sont rares. Le cancer peut sois y être au centre du tableau clinique « oncogènes et anti-oncogènes »), soit compliquer une maladie héréditaire sous-jacente (neurofibromatose de Recklinghausen, néoplasies endocriniennes multiples de type 1 ou2 .ataxie-télangiectasie).

2- Facteurs endocriniens:

Ils sont lies à un déséquilibre aboutissant à une stimulation excessive de la division cellulaire : œstrogènes induisant un cancer du sein, testostérone favorisant l'évolution d'un cancer prostatique.

On en rapproche l'imprégnation liée à la multiparité, à une monarchie précoce, à une ménopause tardive, à l'allaitement, à l'obésité du fait de la synthèse d'œstrogènes dans la graisse.

3- Facteurs immunologiques :

Les altérations et déficits de la réponse immunitaire augmentent l'incidence des cancers ; il s'agit surtout de leucémies et de lymphomes. On le constate dans des situations héréditaires (agammaglobulinémies) ou acquises (SISD ou immunodépression thérapeutique).

14-2 Facteurs externes :

L'importance pratique des facteurs externes de la carcinogenèse est majeure, parce qu'il est plus facile de les influencer que de modifier la constitution génétique d'un individu. Trois catégories de facteurs méritent une mention particulière :

Les produits chimiques, les radiations, et les virus.

Le rôle d'autres facteurs, alimentaires en particulier, est plus difficile à cerner

1) Production chimiques :

Ils ont été les premiers connus : sir Percival Pott avait noté dès la fin du XVIII^e siècle la fréquence de cancer de scrotum chez les ramoneurs, dans les culottes étaient en permanence souillées de suie et de godron. Beaucoup de produits chimiques ont vu leur responsabilité démontrée dans l'incitation de cancers, les mieux connus étant le benzène (leucémies myéloïdes chroniques) et l'amiante, mais surtout le tabac (tumeur bronchiques, ORL, vésicales).

Ces toxiques chimiques ou leurs métabolites se fixent sur l'ADN dont ils provoquent la mutation. Ils sont très souvent impliqués dans les cancers professionnels. Cependant, à cause du long délai nécessaire, à l'apparition d'un cancer, ceux-ci surviennent tardivement, souvent à l'âge de la retraite, ce qui entraîne une sous-estimation de leur nombre, de moins en France.

On notera d'ailleurs que l'extraordinaire multiplication de nouvelles substances chimiques dans l'environnement humain ne s'est heureusement pas traduite jusqu'à présent par une augmentation notable de l'incidence des cancers en général.

2) Les virus :

Un effet cancérigène viral est démontré chez l'homme pour quelques virus. Le virus d'Epstein-Barr (EBV) est incriminé dans trois affections malignes : le lymphome de Burkitt, le cancer du nasopharynx (sujets originaires de Chine ou d'Afrique du Nord) et la maladie de Hodgkin. Le papillomavirus humain est responsable de lésion précancéreuse puis cancéreuse du col utérin dans ses variétés 16, 18, 31, et 35. Le virus HTLV est responsable du lymphome T et leucémies aiguës à lymphocytes T.

Les sujets immunodéprimés par le VIH ou par un traitement immunosuppresseur développent certains types de cancers, parfois en relation avec d'autres virus : EBV pour certains lymphomes, HHV8 pour le syndrome de Kaposi.

La connaissance de ces facteurs n'a pas qu'un intérêt théorique : par exemple, le dépistage du papillomavirus humain dans des lésions minimes du col utérin pourrait permettre de juguler l'évolution vers le cancer par un traitement antiviral local.

3) L'alimentation :

Le rôle de l'alimentation comme facteur de risque est un débat récurrent et passionnel. Selon les études, 10% à 70% des cancers seraient liés aux habitudes alimentaires : cette large fourchette laisse place à quelque doute. Néanmoins, il existe quelques données épidémiologiques édifiantes. Aux Etats-Unis, les mormons ainsi que les adventistes du septième jour, dont l'alimentation est particulièrement équilibrée, en général végétarienne, dont la consommation de breuvages alcoolisés ou de tabac est quasi-nulle, ont près de deux fois moins de cancers coliques que la population générale. A l'inverse, le lien entre la consommation d'alcool et les cancers des voies aéro-digestives supérieures est solidement attesté par la forte incidence de ces cancers dans le nord et l'ouest de la France.

Le rôle d'une alimentation déséquilibrée, riche en graisses et pauvre en fibres (légumes, fruits, céréales complètes), dans l'apparition des cancers du colon ou du sien est périodiquement débattu sans entraîner une forte conviction. Il demeure qu'un régime équilibré, essentiellement végétarien, et une consommation d'alcool modérée sont considérés comme des facteurs de protection.

15- Les problèmes psychologiques chez les cancéreux:

Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (diagnostic ou rechute), des troubles psychologiques réactionnels sont très fréquents et se manifestent par des réactions de défense.

Le patient passe en général par Cinq étapes d'adaptation:

- I. le déni: le patient refuse la réalité du diagnostic et/ ou sa gravité ;
- II. la révolte : qui se manifeste par de l'agressivité envers le personnel soignant ;
- III. le marchandage ;
- IV. la dépression ;
- V. L'acceptation: le patient est lucide et résigne devant la réalité de la maladie.

Les facteurs de gravité sont:

Généralement résumé en existence d'une pathologie psychiatrique associée, scénario précis de suicide, isolement social ou familial, Impulsivité (prise de toxiques en particulier d'alcool, antécédent de tentative de suicide), et enfin avec une humeur dépressive et une perte d'intérêt durant plus de 15 jours présents. Sentiment de culpabilité, d'inutilité et de désespoir. (Loriot .Y, Mordant. P, 2011, P113).

16- Les aspects relationnels :

La prise en charge psychologique est pluridisciplinaire :

Elle peut nécessiter l'intervention d'un psychologue/psychiatre, elle nécessite la reconnaissance des mécanismes de défense du patient et de ses proches, la recherche d'un syndrome dépressif, de troubles du sommeil, de troubles anxieux...

Les mesures esthétiques ne doivent pas être négligées : prothèse capillaire, socio-esthéticienne... (Bellesoeur. A & al, 2014, p66).

Le recours à des méthodes complémentaires de type relaxation, yoga, sophrologie est de plus en plus développé.

Les traitements non médicamenteux (psychothérapie de soutien, techniques de relaxation, associations de malades...) et médicamenteux (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques).

17- La famille et oncologie

Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités.

La maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de reconforter le patient, prendre part aux décisions médicales et aux soins et parallèlement, s'efforcer d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une situation médicale en évolution constante.

- La situation générée par l'affection cancéreuse comporte une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation de la personne malade et aussi celles de sa famille. Il s'agit des crises associées aux premiers symptômes, au diagnostic, aux traitements, au retour à domicile, à la phase terminale et au décès.

- Le concept de stress – qui rend actuellement le mieux compte de l'impact émotionnel du cancer sur le psychisme d'un individu – peut être également appliqué à la famille du patient cancéreux.

- Les problématiques développées ci-dessous concernent la famille nucléaire et la famille étendue. La famille nucléaire désigne la cellule familiale composée des parents et de leurs enfants. La famille étendue désigne le réseau familial comprenant les grands-parents, oncles. (Nicole Delvaux, 2006,)

17 Les composantes familiales influençant l'adaptation

L'évaluation de la capacité d'une famille à faire face au cancer comprend l'étude des caractéristiques psychologiques de chacun des membres de la famille, ensuite celles du système familial dans ses aspects d'adaptabilité, de communication, de cohésion et de

développement. Les caractéristiques familiales qui semblent favoriser l'adaptation sont : une souplesse de l'organisation qui permette des changements de rôles (adaptabilité) ; des relations intra- et extrafamiliales (cohésion), qui tolèrent et favorisent l'expression des préoccupations (communication), et une capacité de recourir avec confiance aux systèmes de soins

L'affection cancéreuse introduit principalement le risque de perte et de séparation. Il constitue donc une menace pour les liens d'attachement. Des styles différents d'attachement se développent chez l'individu en fonction des expériences relationnelles précoces (Bowlby, 1969, 1991 ; Ainsworth et al. 1974). Ceux-ci vont influencer la manière dont les membres de la famille vont faire face aux menaces de rupture des liens liés à l'apparition d'un cancer et par là, différencier des familles « vulnérables » des familles « fortes » (Weihs et al. 1996). L'angoisse de séparation chez l'individu induit chez ses proches différents types de réponse.

La présence, l'accessibilité et la qualité des apports émanant des professionnels de la santé, collègues de travail ou amis, participeront à cette adaptation. Ajoutons que l'appartenance culturelle d'une famille va nuancer les valeurs, les croyances et les attitudes notamment en ce qui concerne l'autonomie du patient, la communication avec les soignants, l'interprétation de l'origine du cancer, l'expression de la douleur et le type de relation dans la phase terminale de la maladie (Cook Gotay, 1996).

Conclusion de chapitre :

Le cancer comme maladie grave peut avoir des répercussions importantes sur le bien être psychique des patients, la dépression en fait partie, cette dernière est l'un des impacts redoutés dans ce genre de pathologie et les effets secondaires de la chimiothérapie ajoutent du stress à une personne déjà fragilisée.

Préambule :

Après l'expose des (02) chapitres qui ont constituées la côte théorique de notre recherche la partie méthodologique considérée comme la dernier phase de recherche qui peut se décrire comme tentative de tester et de vérifier nos hypothèses cette partie consisté à présenter les méthodes de recueil des informations, les limites de la recherche, le bien de recherche de l'échantillon sur la quelle a porté notre enquête, les utiles de recherche utilisées la près enquête et enfin l'enquête.

1. La pré-enquête:

C'est une l'étape préliminaire qui précède la réalisation de notre recherche sur le terrain.

Dans cette étape on a recueilli le maximum d'information, sur la capacité de déroulent de notre recherche sons avoir rencontré des obstacles, ainsi qu'on a pris des notes minutieuses sur les particularités et le mode de fonctionnement des consultations médicales des adultes cancéreux et sur la possibilité de trouver l'échantillon demandé pur même à bien notre recherche.

Elle est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique elle appel phase exploratoire, d'ordre documentaire au supposant un déplacement sur le terrain (Tshibwila. I, 2007).

Elle nous a permet de construire des hypothèses qui saint valides, fiable, renseignée, augmentées et justifiées, mais aussi elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses (Aktouf. O, 1987, p102). Nous avons effectué notre pré-enquête ou niveau de L'Etablissement Public Hospitalier d'Amizour, baptisé « **Hôpital Benmerad El Mekki** ».

2. Méthode de la recherche :

On a choisi la méthode descriptive pour décrire et comprendre le fonctionnement mentale et les comportements, les chercheures en psychologie disposant de méthodes descriptives, qui, si elles n'ont pas vocation a rendre compte des liens de causalités entres les processus mentaux ou entres les comportements, sont indispensables a la boite a outils du psychologue car elle lui permettre de décrire des comportements humains dans leurs globalités.

En préambule, précision qu'il est question ici de l'observation scientifique .elle se distingue clairement de l'observation a laquelle nous nous livrons dans notre vie quotidienne en se qu'elle doit s'opères dans des conditions défini, de manière systématique et objective . (Grégoire Borst et Arnaud Cachia ,2016)

3. Le groupe d'étude.

Les critères de sélection du groupe d'étude

- La variable « sexe » n'a pas été prise en considération, car notre thème ne se porte pas seulement sur les hommes ou sur les femmes, mais sur les deux.

- Tableaux N°01 représentant les caractéristiques de groupe d'étude

Prénoms des cas	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession
Farida	Féminin	45 ans	Marie	Primaire	Femme au foyer
Sami	Masculin	40 ans	Célibataire	Secondaire	Commerçant

4. Le lieu de la recherche

On a réalisé notre recherche au sein de L'Etablissement Public Hospitalier d'Amizour, baptisé « **Hôpital Benmerad El Mekki** », est situé au nord à 25km du chef lieu de la wilaya de Bejaia. Le début d'hospitalisation se date de 1983, il est constitué de cinq étages répartis en service. Description du service d'oncologie→ Notre recherche a été effectuée au niveau du service d'oncologie qui a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

La prise en charge des patients se fait en ambulatoire. Le service comprend :

- **Le cadre physique :**

- Une salle de six lits
- Deux salle de trois lits chacune ;
- Deux salles d'aplasie de deux lits chacune ;
- Une salle préparation des protocoles de chimiothérapie, comportant une hotte à flux laminaire.
- Une salle de soins.

- **Le cadre humain : Le personnel exerçant dans la structure :**

- trois oncologues.
- Deux médecins généralistes.
- Un surveillant médical.
- Cinq infirmiers préparateurs.
- une psychologue
- trois secrétaires médicaux.

- **L'activité hebdomadaire :**

- Trois journées de chimiothérapie.

- Deux journées de consultation (prise en charge de nouveaux malades, contrôle, administration de biphosphonate, transfusions et traitements antalgiques).
- L'approvisionnement des produits cytotoxiques se fait le jour même de la préparation.

5. Les outils de la recherche

5.1 L'entretien familial :

J'entends, par entretiens familiaux, une réunion du référent-parent, du référent enfant et d'un des parents ou des deux, avec, ou non, l'enfant ; le groupe ainti constitué est composé de trois, quatre ou cinq personnes et parfois d'un nourrisson qui ne peut être confié à des tiers. Je qualifie ces entretiens de « familiaux » car c'est la famille qui est au centre en tant qu'entité de groupe, pluralité de relation et communauté de vie, traversée par les deux filiations, qui met en présence deux générations et deux sexes qui se sont alliés. L'enfant et/ou le parent éventuellement absents sont représentés et figurés dans cette carence par le référent- enfant. Nous constatons que cette modalité est utilisée surtout pour les jeunes enfants et les jeunes adolescents. Dans ce seuil qui marque l'ouverture à la vie scolaire et au savoir, ainsi qu'à la vie sociale et à la sexualité, se joue la sortie de l'univers familial par les identifications aux proches, vers la société.

Dans ce passage, l'enfant éprouve son identité propre en s'appuyant sur les fondements de sa famille d'origine : l'histoire de son ascendance, celle de ses parents, leur rencontre, leur union, leur désir, leur attente et leur partage de l'enfant, ainsi que leur positionnement subjectif à l'égard du social. Avant de se séparer, les liens doivent être reconnus. C'est un moment où les parents reconnaissent leur enfant tel qu'il est devenu et, le regardant partir, le soutiennent vers ce qu'il attend et qui l'attend. « Le rôle de miroir de la mère » et de la famille dans le développement de l'enfant lui sert de reflet pour y puiser ses ressources narcissiques.

5.2 Le génogramme

Un génogramme est une façon de dresser l'arbre généalogique d'une famille. Il contient des informations sur les membres de cette famille et leurs relations pendant au moins trois générations. Ils fournissent des infos graphiques de la famille et permettent d'obtenir une image rapide de modèles familiaux complexes. Ils constituent une riche source d'hypothèses sur la manière dont un problème clinique peut être relié au contexte familial ainsi que sur l'évolution à la fois du problème et de son contexte.

Il n'y a pas de principe sur la 'bonne manière' d'établir un génogramme et il n'existe qu'un faible consensus quant aux informations spécifiques qu'il faut rechercher, sur la manière de les enregistrer et sur leur signification. Ce livre présente donc un schéma standard des génogrammes et décrit les principes interprétatifs sur lesquels les génogrammes sont basés.

Tout comme le langage rend possible et organise notre processus de pensée, les diagrammes familiaux, qui dressent la carte des relations et des modèles de fonctionnement, peuvent aider les thérapeutes à penser de façon systémique la manière dont les événements et les relations dans la vie de leurs patients sont étroitement liés à des patterns de santé et de maladie. L'info du génogramme peut être mieux comprise d'un point de vue systémique.

L'entretien pour un génogramme doit être vu comme faisant partie d'une évaluation systémique globale. Il est établi au cours de la première séance et est révisé si des nouvelles infos nous parviennent. Chaque interaction du thérapeute avec la famille influence l'entretien et par conséquent influence la prochaine intervention.

Il peut aider les familles à se voir de façon nouvelle et apparaît comme un moyen primordial d'engager les familles en thérapie. Il met le thérapeute à même de recadrer, de détoxiquer et de normaliser des comportements chargés émotionnellement en créant une perspective systémique qui aide à comprendre les réponses familiales dans un espace et dans un temps définis.

L'information structurelle, relationnelle, fonctionnelle de la famille sur un geno peut être lue à la fois horizontalement à travers le contexte familial et verticalement à travers les générations. Examiner la teneur du contexte familial actuel permet au clinicien d'établir des liens qui existent entre les participants immédiats dans le drame familial, et ceux qui existent avec le système plus large et d'évaluer les ressources et les faiblesses en rapport avec la situation plus large.

Les geno sont souvent associés à la théorie de Bowen dites des systèmes familiaux. : Les problèmes et les symptômes reflètent une adaptation du système à son contexte global à un moment donné. Les efforts d'adaptation des membres du système se reflètent à travers de nombreux niveaux du système, du biologique, à l'intrapsychique et l'interpersonnel, c'est à dire au niveau de la famille nucléaire et de la famille élargie de la communauté, de la culture et au delà.

Par exemple, la place dans la structure familiale peut influencer le fonctionnement, les patterns relationnels ou le type de famille que vous formerez pour la génération suivante. Walter Toman (1976) a souligné l'importance de cette place pour le profil des relations dans une fratrie et pour les caractéristiques probables de personnalité ainsi que des problèmes de compatibilités relationnelles.

Les familles se répètent. Ce qui arrive dans une génération se rejouera souvent dans la suivante, c'est à dire que les mêmes solutions sont adoptées d'une génération à l'autre bien que le comportement actuel puisse revêtir une grande variété de formes. Bowen appelait cela la transmission multi-générationnelle de patterns familiaux. (Monica, 1985)

5.2.1 Construction de génogramme

Créer un génogramme implique trois niveaux : dresser la carte de la structure familiale, recueillir les informations concernant la famille, délimiter les relations familiales.

- Dresser la carte de la structure familiale

La base d'un génogramme, son épine dorsale, est une description graphique des divers liens biologiques et légaux qui unissent les différents membres entre eux et les différentes générations entre elles. Cette carte est un ensemble de figurations des personnes et des lignes représentant leurs relations.

Ex :

Homme 

Femme 

Les différents symboles seront donnés le jour de la présentation.

Chaque membre est représenté par un carré ou par un cercle suivant le sexe, les hommes par un carré et les femmes par un cercle.

Pour la personne désignée (ou le patient identifié), autour de laquelle le génogramme est construit, les lignes sont doubles.

Pour une personne qui est décédée, une croix est mise à l'intérieur du signe. Les dates de naissance ou de décès sont notées au dessus de la figure.

Les grossesses, fausses couches, avortements et mort-nés sont indiqués par d'autres symboles (cf. feuille en annexe).

Les figures représentant les membres de la famille sont reliées par des traits qui indiquent leurs liens biologiques et légaux.

Les époux sont reliés par des traits descendants qui se rejoignent, le mari place à gauche et l'épouse à droite. « M » suivi de la date indique l'année de mariage, la ligne de mariage est aussi celle où l'on indique les séparations ou les divorces. Les traits signifient une interruption de la relation conjugale, un trait (/) pour une séparation et deux traits (//) pour un divorce.

Les différents mariages se suivent dans l'ordre, de la gauche vers la droite, le mariage le plus récent s'inscrivant en dernier lieu.

Si un couple a une liaison ou vit ensemble sans être légalement marié, leur relation est tracée comme pour un couple marié, mais on utilise une ligne pointillée. Quand un couple a des enfants, chaque figure de représentant est accrochée à la ligne qui relie le couple. Les enfants sont inscrits de la gauche vers la droite en partant de plus âgé vers le plus jeune. Une ligne en pointillés est utilisée pour relier un enfant adopté ou un enfant recueilli et cette ligne le relie donc à la ligne parentale. Des lignes convergentes relient des jumeaux à la ligne parentale. Si les jumeaux sont des vrais jumeaux, une barre les relie entre eux.

Des lignes en pointillés sont utilisées pour relier les membres d'une famille qui vivent sous le même toit. (Monica, 1985)

• Recueillir des informations à propos de la famille

Lorsque la structure familiale est esquissée, nous pouvons ajouter des informations

- de type démographique (âge, dates de naissance et de décès, l'endroit de vie, les occupations professionnelles et niveau d'éducation)
- de type fonctionnel (fonctionnement médical, émotionnel et comportemental ex. : absentéisme, conduite alcoolique...)
- concernant des événements critiques (changements importants, changements de relation, les migrations, les échecs, les réussites)
- Indiquer les relations familiales

La troisième étape suppose qu'il faille délimiter les relations entre les membres de la famille. Nous nous basons sur le témoignage des membres de cette famille et sur des observations directes.

Différents traits sont utilisés pour symboliser les différents types de relation entre les membres d'une famille. (cf. feuille annexe)

Exemple : _____ Très proche et fusionnel

- L'entretien d'élaboration du génogramme

Le recueil d'informations pour établir un génogramme se présente souvent sous la forme d'un entretien avec la famille. Vous ne pouvez pas recueillir des informations pour le génogramme en faisant fi de la plainte de la famille,

L'effet Rashomon

Nous retrouvons dans les entretiens différentes versions que les membres de la famille nous proposent à partir d'un événement unique.

5.2.2 Mode de recueil des informations

On pourrait comparer le processus de recueil d'infos à un filet métaphorique tendu pour saisir les infos intéressantes concernant la famille et son contexte le plus large. Ce fil s'étend dans plusieurs directions :

- du problème actuel au contexte le plus large du problème
- du foyer immédiat à la famille étendue et aux systèmes sociaux plus larges
- de la situation actuelle de la famille à une chronologie **historique** des événements familiaux
- De questions faciles et non menaçantes à des questions plus difficiles suscitant de l'anxiété
- de faits objectifs à des opinions sur le fonctionnement et les relations existantes pour en arriver à des modèles d'hypothèses. (Monica, 1985)

Le problème présent et la famille vivant sous le même toit

- Qui vit sous le même toit
- Quels sont les liens qui unissent ces différentes personnes
- Où vivent les autres membres de la famille
- Que connaissent les membres de la famille du problème
- Comment chacun l'a ressenti et y a répondu
- Quelqu'un dans la famille a-t-il eu un problème semblable
- Dans ces situations là, quelles décisions ont été prises et par qui

La situation en cours

- qu'est ce qui est arrivé récemment à votre famille
- y a-t-il eu des changements récents dans la famille (gens qui sont partis ou nouveaux venus, maladies,...)

Le contexte familial élargi

Le but est d'obtenir des informations sur au moins trois générations, y compris les parents, grands parents, oncles, tantes, frères et sœurs, les conjoints et les enfants du patient concerné. Le niveau d'information devrait s'étendre au-delà de la structure biologique et légale de la famille et inclure les relations de concubinage, les fausses-couches, les mort-nés, les avortements, les enfants adoptés et les enfants recueillis.

Le contexte social

Investigation devrait être menée par rapport aux amis, au clergé, aux concierges, aux médecins, ... qui ont été importants dans le fonctionnement familial.

La perspective historique

Examiner la famille dans une perspective historique suppose que l'on relie passé, présent, futur et que l'on repère la possibilité pour la famille de s'adapter aux changements.

Les relations familiales et les rôles

Il est important de s'informer sur les différents types de relations que les membres entretiennent entre eux ainsi que les fonctions et les rôles que chacun assume au sein de la famille. **(Monica, 1985)**

Etablissement des priorités pour organiser l'information du génogramme

Pour suivre une règle, les données sont examinées de la manière suivante :

- un symptôme répétitif de patterns relationnels ou de fonctionnement relève dans la famille au cours des générations, des triangles répétés, des coalitions, des ruptures, des patterns de conflits, un sur- ou sous-fonctionnement, sont essentiels dans l'interprétation du génogramme.
- Les coïncidences de dates
- L'impact d'un changement et les transitions du cycle de vie qui se produisent en dehors du temps normal, les changements dans le fonctionnement et les relations qui correspondent à des événements familiaux critiques. Les changements hors norme du cycle de vie. **(Monica, 1985).**

5.2.3 Interprétation des génogrammes

Chaque catégorie représente un ensemble de postulats dont chacun engendre ses hypothèses de travail pertinentes sur les modèles familiaux. Chaque catégorie peut se superposer.

- Catégorie 1 : La structure familiale

On peut émettre beaucoup d'hypothèses simplement en examinant la structure relationnelle, en incluant la composition familiale, les constellations fraternelles et les configurations familiales inhabituelles. En examinant la structure familiale seule, on peut émettre des

hypothèses sur certains thèmes, rôles et relations qui peuvent être approfondies en cherchant de plus amples informations sur la famille.

- Catégorie 2 : le cycle de vie

Les âges et les dates sur le génogrammes nous permettent de voir à quelles étapes du cycle de vie la famille s'adapte et si les événements et les moments où ils se produisent restent dans les marges et des délais prévus. Quand ce n'est pas le cas, les difficultés probables rencontrées dans la résolution de cette phase du cycle peuvent faire l'objet d'explorations ultérieures.

- Catégorie 3 : Modèles répétitifs à travers les générations

Un principe pour interpréter des modèles de répétitions à travers des générations, modèles répétitifs de relation, de fonctionnement ou de structure familiale, est la possibilité qu'ont ces modèles de continuer dans le présent et dans le futur. Les reconnaître permet d'aider les familles à dépasser ces modèles.

- Catégorie 4 : Le cycle de vie et le fonctionnement de la famille

Rechercher les fonctionnements critiques et les changements dans le fonctionnement d'une famille nous permet d'établir des liens systémiques entre ce qui semble être des coïncidences, et d'affirmer l'impact des changements traumatiques dans le fonctionnement familial et sa vulnérabilité à des stress ultérieurs, de dépister les réactions aux anniversaires et alors de tenter de comprendre de tels événements dans un contexte plus large qu'il soit social, économique ou politique.

- Catégorie 5 : Les modèles relationnels et les triangles

Le génogramme permet au clinicien de repérer l'intensité des relations dans une famille. En fournissant la structure et la position dans le cycle de vie de la famille, il permet de formuler un certain nombre d'hypothèses quant aux modèles triangulaires importants et aux frontières de cette famille. Comprendre de tels modèles triangulaires est essentiel pour planifier une intervention clinique. De trianguler est un processus clinique important au cours duquel les membres d'une famille sont amenés à se libérer d'un modèle triangulaire rigide.

- Catégorie 6 : Equilibres et déséquilibres familiaux

La lecture du génogramme pour y déceler des modèles de contraste et d'équilibre dans la structure familiale, les rôles, le fonctionnement et les ressources permet au clinicien d'émettre des hypothèses sur les capacités d'adaptation de la famille face aux déséquilibres qui peuvent aggraver un système. (Monica, 1985)

5.2.4 Emploi clinique du génogramme

Le génogramme en thérapie familiale :

Il existe quatre principales applications :

- Engager la famille toute entière dans le processus thérapeutique
- Débloquent le système

- Clarifier les modèles familiaux et patterns
- Recadrer et assainir des comportements familiaux, ces comportements étant compris comme des réponses aux problèmes.

Souligner les raisons pour lesquelles une famille est comme elle est et ne peut changer, cela amène parfois un changement. Les patterns du génogramme sont utilisés dans un modèle thérapeutique, en premier lieu pour amener une compréhension positive de la situation dysfonctionnelle présente et donc paradoxalement, défier la rigidité de la stabilité actuelle. Lorsque le changement se produit, l'information du geno est utilisée à nouveau pour renforcer les patterns émergents et pour souligner l'évolution de la famille vers la normale.

Les applications du génogramme dans la pratique médicale et familiale :

Les familles peuvent vivre à la fois un facteur de stress et un facteur d'aide au moment où apparaît une maladie somatique. Le génogramme est un instrument crucial pour les soins de santé.

Les génogrammes utilisés dans une pratique médicale peuvent suggérer qu'ils sont également utilisés pour mesurer de quelles ressources le patient dispose pour l'aider face à sa maladie, quels problèmes sont du ressort de la médecine, quels stress familiaux peuvent intensifier les difficultés et quel type d'intervention psychosociale ultérieure peut être nécessaire de façon à inclure d'autres personnes dans les visites médicales suivantes.

5.2.5 L'avenir du génogrammes

Trois domaines se révèlent prometteurs :

- la recherche sur le génogramme comme outil clinique
- la recherche sur des familles et sur des processus familiaux utilisant le génogrammes pour l'entretien
- les génogrammes issus de l'informatique

En conclusion, les auteurs se sont efforcés de montrer l'utilité des génogrammes en thérapie familiale. Leurs souhaits seraient que ces efforts servent de témoins pour un développement futur du geno à la fois comme outil thérapeutique et comme outil de recherche. Les auteurs croient que la potentialité du point de vue de la recherche du geno a été à peine effleurée. Ils voient le développement du geno comme un outil de recherche et l'informatisation du génogramme comme allant de pair pour mener tous deux à une meilleure utilisation clinique, plus vaste, ainsi qu'un savoir plus étendu. (Monica, 1985).

5.3 La carte familiale

Technique de représentation graphique développée par **M.BOWEN** (1971) pour comprendre la structure, les modes de relations et les transactions d'une famille. Elle implique à la fois une histoire familiale et un diagramme du schéma organisationnel pour faciliter la compréhension par le thérapeute du matériel complexe rassemblé par la famille. (Pouliquen, P. 2007).

Cette carte familiale prend en compte le développement de chaque membre de la famille, incluant à la fois la famille nucléaire, les familles d'origine de chaque parent, le réseau de

parenté élargie et la puissance d'origine et de transmission de ce pouvoir au travers des générations.

Ceci permet aux thérapeutes de déterminer les zones de fonctionnement adapté de la famille et de diagnostiquer les zones de dysfonctionnement. De plus, l'analyse en compréhension de la carte familiale aide le thérapeute à mieux cerner les objectifs thérapeutiques à mettre en œuvre.

Parallèlement à cette carte - et pour plus de clarté dans la lecture - le thérapeute peut également dresser le génogramme de la famille où n'apparaissent que les liens de parenté entre générations (sorte d'arbre généalogique). (Pouliquen, P.2007).

6. Déroulement de la recherche

On s'est présenté au service oncologie comme des stagiaires en Psychologie clinique, et après avoir fait un entretien avec le chef du service, on lui a expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, il nous a accordé un avis favorable pour effectuer notre stage pratique.

On a été pour rendre visite pour les malades de cancer, et se présenter comme des stagiaires en psychologie clinique pour l'obtention d'un Diplôme de fin de cycle, sous thème l'étude systémique avec les familles qui y ont un membre cancéreux»

On leur a expliqué nos objectifs, et demandé leur consentement libre et éclairé (on est des stagiaires en master 2 en psychologie clinique est on a besoin de votre collaboration pour atteindre notre objectif de ce stage qui bases sur les caractéristiques de la famille qui a un membre cancéreux de point de vue structurale et contextuelle).

on n'a pas eu de difficultés vu qu'on a insisté sur le secret professionnel des données, et garanti la confidentialité de leur vie privée, et leurs identités, on disant que tout reste dans l'anonymat.

On a commencé avec les deux (02) cas, qui sont adéquats à notre recherche par l'entretien familial, nos patients nous ont parlé de langues maternelles « le kabyle». On a remarqué que tous les patients de notre groupe d'étude, parlent trop sur leur maladie, même si on leur pose une question concernant leur famille ou leur angoisse, ils nous rependaient brièvement, et directement commencent à nous raconter sur leurs souffrances physiques, douleurs, épuisement et leurs faiblesses qui les gênent à vivre tranquillement à cause de la maladie, donc on était obligé de répéter deux à trois fois la même question, mais différemment afin d'avoir plus d'informations.

Le premier contact a été avec les patients ou les malades dans leur chambre qui contiennent d'autres malades car c'était la journée de la chimiothérapie, ou on a sélectionné deux cas après notre enquête et on a demandé la présence d'un membre de la famille pour qu'ils réalisent notre entretien familial, et on a utilisé l'observation participante pour obtenir des données par des comportements non verbaux,

Dans le premier rencontre avec le patient dans un entretien individuelle elle nous a parles sur son vécu psychologique depuis l'annonce de diagnostique de cancer, en lui a demandes une rencontre familiale. Et réellement ce qui a passés.

Lors de l'entretien, on a eu des difficultés, les conditions de le faire est vraiment gênent, à cause des effets du traitement, ajoutant à cela, qu'il se déroule dans leurs chambres ou il y a deux à trois personnes. Ils ont des difficultés pour s'exprimer, sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois.

On a utilisés dans l'entretien familial les questions circulaire (c'est a partir des discours de patient qu'on obtient des questions et il n'existe pas un guide d'entretiens).

Durant l'entretien on a bases sur les passes de la famille pour obtenir l'arbre généalogique de la famille et la relation entre les sous système de système, on abordant le questionnement circulaire .L'entretien familiale et on a effectués un e deuxième rencontre avec la famille pour faire le génogrammes et la carte familiale de les cas de nos recherche on respectant l'instruction pour la construction de génogrammes.

Pendant les entretiens familiaux de nous deux cas, on a utilises l'enregistrement âpres d'avoir l'accord de la famille

-on a partagé nos entretiens en trois bases principales ce forme d'un tableau qui contiens ;- Résonance par l'écoute et l'observation.- Ressenti et Les hypothèses - Les concepts et la référence théorique.

A la fin, on les a remerciés pour leurs participations dans notre recherche, on leurs souhaitant un bon rétablissement. Ce travail, nous a permis de voir le milieu professionnel, de connaitre le terrain et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager leurs souffrances.

Conclusion de chapitre :

Ce chapitre de méthodologie nous a servi de demande ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche et ce la à travers le respect et certaines règles et étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail, à savoir : la méthode utilisée le care de la recherche , la population d'étude, les outils de recherche et les étapes de la recherche pour arriver à des résultants qu'on peut analyser et interpréter dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses émises on début de notre recherche.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

1- -Présentation, analyse du la famille de Farida

-il s'agit de Farida, âgée, de 45 ans, femme au foyer mariée, mère de trois (03) enfants.

La patiente est hospitalisée a l'hôpital d'Amizour au service d'oncologie, pour un cancer de sein (le sein gauche) néoplasique.

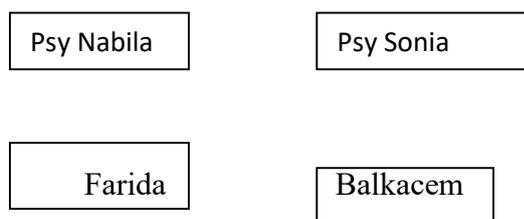
La psychologue de service nous a présenté Farida comme un cas très intéressant pour effectuée notre recherche consistant en « l'étude systémique avec des familles qui y ont un membre cancéreux.

Les consultations et les entretiens avec les membres de la famille « A » qui se présentés avec la patiente désigné Farida, le mari Balkacem, moi et ma collègue (les deux stagiaires en psychologie clinique.)

Les entretiens familiaux se sont déroulés en langue maternelle « le kabyle » et on a traduit les échanges en français .

1.1 La présentation, analyse et discussion, les résultats de l'entretien familial avec la famille de Farida « A ».

1.1.1 La position spatiale de la famille dans l'entretien familial.



On va présenter l'entretien familial avec la famille « A »

1.1.2 Tableaux N° 2 des résultats de l'entretien familial avec la famille « A Farida »

Les concepts et la référence théorique	Ressenti et Les hypothèses	Résonance par l'écoute et l'observation.
-concepts de loyauté (Minuchin 1998)	la présentation, et la prise de contact pour effectuée le cadre de travail. -pour quoi c'est farida qui nous a présenté Balkacem ? est ce que c'est lui qui a donné ce pouvoir ou est elle qui s'est donnée ce pouvoir ? ou bien c'est elle le porte parole de	-Psy N: bonjour, on est des stagiaires en psychologie clinique .vous pouvez vous présenter ? -Farida :farida A ,s3igh 45 sna , gakhamkan itghimagh ,s3igh tlatha (03) nadarya , wayi dargazixw Balkacem . “ farida A ,Jai 45 ans , femme au foyers, Jai trois (03) enfants et celui là c'est mon mari.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

<p>La deuxième cybernétique (Watzlawick 1972)</p>	<p>Balkacem ?</p> <p>-on se pose la question : pour quoi dans la rencontre individuelle, farida parle le plus normalement du monde, mais dans l'entretien familiale non ?</p> <p>-est ce que c'est la présence de son marie ou la présence de ma collègue ? ou l'absence de la psychologue de service par ce que elle été présenté au moment de l'entretien individuelle avec elle</p> <p>-apparemment la forme de cette famille est polarisée sur Farida, et ce qui nous amène à la deuxième cybernétique.</p>	<p>Balkacem».</p> <p>-psy S: depuis quand êtes vous malade et est ce que vous pouvez nous parler de votre maladie ?</p> <p>-farida parle mais d'une façon timide, et avec une voix base.</p> <p>-ici on a remarque que lorsque on a fait l'entretien individuelle avec farida , elle a été à l'aise et elle parle à haute voix</p> <p>-Farida :s3igh l cancer de sein naldjiha tazalmat yezamanyit ghor 3 chhour</p> <p>« Jai un cancer du sein de coté gauche, il ya (03) mois depuis n'ont fait l'albation du sein »</p> <p>Psy N: votre 1er diagnostique que vous portiez cette maladie ?</p> <p>Balkacem : g décembre 2017, la 1ère fois qarhant yighsanis ,irna itafaghasad likid dawragh ,trouh gher gynécologue imaniss walah ura3limagh ,tadja tawachult gher yama .</p> <p>Koulach tkhadmith imanis ami dasma iyтана beli tas3a la kyste w lazam adihdar didas tbibis .</p> <p>“ en Décembre 2017, c'était la 1er fois que Jai a eu des</p>
<p>Le rôle dans la famille (Minuchin ,1998)</p>	<p>- même si Farida à des doutes sur la dangerosité de son état de santé , elle n'a pas partagé sa souffrance avec quelqu'un de la famille, pourquoi ?</p> <p>Pour quoi elle a tout fait seule (les consultations chez le gynécologue, les bilant ...etc). Sans mètre son mari au courant.</p>	

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

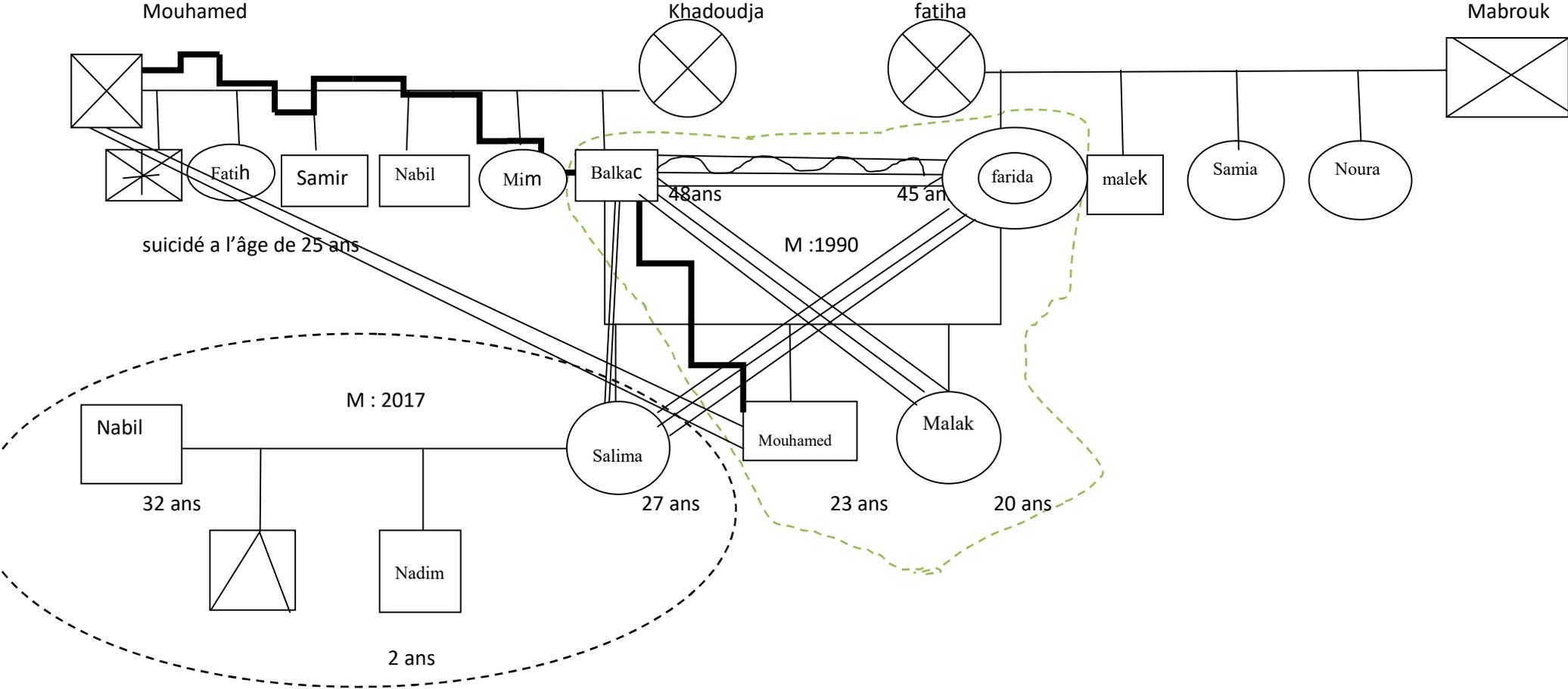
<p>(Rezavie ,Delaux,2002)</p>	<p>-est ce que par ces comportements signifient qu'elle essaye de protéger sa famille</p> <p>-est a ce que le rôle de Farida c'est celui de protectrice de la famille</p> <p>-on a essayé de connaitre et d'évaluer la ressentie par chaque souffrance de membre de la famille pour connaitre qui souffre le plus.</p> <p>-la maladie de Farida à perturbé le système familiale de cette famille, et elle considère que cette maladie est une menace pour ses membres .</p> <p>-on s'est aperçus de la profondément de la souffrance de cette famille, a partir de notre intuition et notre observation de la communication non verbal entre farida et son mari .c'est la qui on a été obligé de retourner à la deuxième dimension de l'éthique relationnelle.</p>	<p>douleurs aux os, et en plus il avait un liquide jaune qui sortait de son sein, elle a consultes un gynécologue toute seule walah je ne s'avait pas, elle a laisses les enfants a ma mère.</p> <p>Elle a fait tout toute seule, jusqu'au le jour ou elle m'a dit qu' elle un kyste dans le sein gauche et que le médecin veut me voire et me parler .</p> <p>-Psy N : comment a été la réaction des les autres membres de la famille ainsi que le tienne Balkacem ?</p> <p>-Balkacem :uminghara ,ulach wina igumnan nachouki ikal ,mednafagh gasbitar tatfiyi gfulsiw tanayid thadar lwachulni dayen natath t3al g qoroyis almout directe .</p> <p>« je ne croyais pas de tout, et tout le mande qui n'est jamais crus, on été choques tous, lorsque on est sorti de l'hôpital, elle m'a pris la main et elle m'a dit fais attention aux enfants, c'est termine pour moi .elle a mis la mort dans sa tête.</p> <p>-Farida parle avec des larmes aux yeux et elle dit : Ili tamaqrant ighlyas l bebe g3abutis asmi itasla malgrer g tazwara ubghighara ad3alman et elle regard son marie et elle répète ubghighara ,ubghighara ,ubghighara .</p>
-------------------------------	--	---

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

<p>-l'injustice. (Nagy ,1986)</p>	<p>-Balkacem prend soin de sa femme, il attend eu même temps la reconnaissance de sa part, mais Farida elle pense uniquement à ses enfants et elle veut continuer à vivre pour eux, c'est pour cela qu'on pose la question : comment Balkacem vit cela ?</p>	<p>-Psy N : d'après vous qu'est ce qui aide votre femme à se maintenir en vie ?</p> <p>Balkacem : deryaskan ,tougad atadj daryas , tala taqchicht tamaqrant tazwadj dayan tatkal mais mazal lan sin (02) aqchich taqchicht qaran .</p> <p>« ses enfants, uniquement,, elle a peur pour eux, il ya la fille ainée qui est mariée et elle est tranquille de ce coté , mais il ya deux autres enfants (une fille et un garçon).qui continuant leurs études.</p>
--	--	--

Pour le deuxième entretien familiale on l'a consacre pour structurer de génogramme et la carte familiale. (Voir la page 74).

Schéma N °1 : La forme du génogramme et la carte familiale de la famille de Farida



Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

1- -Présentation et analyse de génogramme et la carte familiale du la famille de Farida :

1-1 La structure familiale :

La famille de Farida est considérée comme une famille monoparentale, elle est composée de Farida, âgée de 45 ans, elle est la 3^{ème} des ses sœurs, mère de trois (03) enfants, (deux filles et un garçon.)

-Balkacem : (le mari) âgé de 48 ans, aîné de ses six (06) frères e sœurs, comptable dans une entreprise, il perdu sa mère a l'âge de 20 ans, suite a un arrêt cardiaque. Et il vie avec et il a vécu avec sa belle-mère.

-Farida : la patiente désignée, âgée de 45 ans, elle est la 3^{me} de ces sœurs. Elle a également un frère, elle s'est marié avec Balkacem, en 1990, à l'âge de 19 ans. Elle souffre d'un cancer du sein est née de coté gauche qui à été diagnostiqués en décembre 2017.

-Salma : après 2 ans de mariage elle est aînée de la famille, mariée en 2017 à l'âge de 25 ans, avec Nabil, elle a perdu son 1^{er} bébé la même année , et a la fin de cette année, elle est tombée enceinte et elle eu une fille qui a 2ans .

D'après Farida, Salma est très proche d'elle, elle considère sa mère comme sa copine.

-Mohamed : c'est le deuxième enfant de Farida, il a 23 ans, étudie en troisième année de droit, Mohamed à connu plusieurs accidents de la circulation et de moto, et il est toujours en conflit avec son père, par ce qu'il considère que sa mère est mal traitée , il a de bonne relation avec sa mère, et d'après Farida depuis l'annonce du diagnostic de cancer il est devenu quelqu'un d'autre ,il ya des changements de ses habitudes (chute des résultats universitaires, consommation de la drogue ,mauvaises fréquentations , insomnie .) et le père ne cherche pas a le comprendre mais Farida joue le rôle du père et de la mère en même temps .

-Malek : la petite fille de la famille « A » elle a 20 ans, elle suit une formation de secrétariat aux niveaux de Centre de Formation D'Amizour, la préfère de son père, elle a toujours des conflits avec sa mère et elle passe la plupart du son temps chez sa tante.

1-2 Le cycle de vie :

A l'âge de 9 ans, Farida a perdu son père, suite à un arrêt cardiaque, et elle perdu sa mère a l'âge de 43 ans, suite à des complications de diabète.

Farida s'est mariée à l'âge de 19 ans, et elle vit avec la famille de son mari , le chef de famille , c'est le père de son mari , c'est lui qui prend les décisions et il ne laisse personne parler en sa présence.

En 2009 le beau -frère de Farida s'est suicidé a l'âge de 25 ans après une histoire amoureuse mal finie, cela a aggravé les choses, et a secoué le format de la famille .et en 2017 est intervenue l'annonce de diagnostic dont souffre Farida.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

1-3 Modèles répétitif à travers les générations :

La période de préparation du génogramme et de la carte familiale a été très difficile pour nous et pour la famille de Farida, et la première image qui vient à notre pensée lorsque on regarde le génogramme c'est une tombe, à cause des réactions et des périodes de pleurs évoquant des faits qui se caractérisent cette famille, et qui a secoué la stabilité de sa forme comme plusieurs décès dans la famille (les parents de Farida, la mère et le frère de Balkacem).

Et surtout le décès de Mourad qui était une tragédie pour tout le monde, car il s'est suicidé par pendaison à l'âge de 25 ans, ce qui a produit un déséquilibre dans cette famille.

Durant ces entretiens ont été détectés des tensions des faits importants et on a écouté des histoires dramatiques et même des secrets, comme si les douleurs et le cancer de Farida viennent activer et revivre les positionnements et les attitudes dramatiques qui viennent étouffé, au sein de la famille dans un climat d'émotion, et de la peur, qui est provoqué par la sensation de la douleur.

1-4 Les modèles relationnels et les triangles :

À propos de la relation intra familiale, des liens très enchevêtrés entre Farida et ses enfants, et les limites sont diffuses entre Balkacem et son fils Mohamed qui ne jouit pas d'aucun espace de liberté, cela a supprimé tous les désirs émotionnels.

Les liens qui existent entre les deux filles et leur frère (Malak, Salma et Mohamed). Sont très fusionnels.

À propos de la famille du mari, Balkacem, on remarque que le père de Balkacem qui intervient sans cesse dans leur vie, et dur envers eux, à cause de son autorité sur eux il décide de tout, et rien ne bouge sans son autorisation, il constitue un obstacle pour l'autonomie de tous les membres de la famille.

1-5 Analyse de l'entretien familial :

La première rencontre avec Farida c'était le 14 Avril, on était accompagné par la psychologue du service Oncologie Madame : Lakhder Chawach Katya, dans une visite systémique pour les patients cancéreux, et lorsque on est entré dans une chambre du côté des femmes, on a vu madame Farida, une femme de 45 ans, elle a mis une lingette noire et un pantalon classique noir, ce qui la rendait plus jeune, petite de taille, elle avait l'air très fatiguée à cause des effets du traitement et la dangerosité de la maladie, la patiente souffre d'un cancer de sein (le côté gauche) depuis décembre 2017.

Pendant le premier entretien, on a donné l'importance à la maladie de Farida, et la vie de sa famille, par ce que on croit que qu'il est très important de connaître les conditions de vie, ainsi que tant le système familial qui sont impactés par la maladie.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

Le chercheur **Bauouan** (1984) considère que la mort ou les menaces de la mort sont parmi les grandes crises qui touchent la forme familiale, et que la stabilité de l'unité familiale est influencée par la naissance d'un nouveau membre ou la perte de l'un d'eux.

La réponse émotionnelle s'arrête également au niveau de la famille sur un plan d'intégration des émotions dans cette situation, ou sur l'importance fonctionnelle pour le membre qui vit ou qui meurt dans la famille.

Et ce qui nous a permis d'ouvrir le dialogue pour parler sur la maladie et ses menaces envers tous les membres de la famille, surtout que Farida vit avec sa Maladie en silence. Et c'est vrai que l'annonce du diagnostic du cancer a engendré des perturbations et il a influencé l'état psychique de la patiente et de son entourage.

Et toutes les choses sont bouleversées, le futur de la patiente, l'équilibre familial et la stabilité de la famille qui vit cette blessure comme une damnation éternelle parce que le mot cancer a une réception magique chez les familles et même les médecins car le cancer est encore de l'ordre de l'indicible.

Ensuite on est arrivé à discuter sur l'anxiété de la Farida relative à ses enfants et sa peur pour leur avenir, et elle essaye de les protéger de tout le monde (le grand père qui se mêle de tout) et elle vit avec le fantôme de la mort qui accompagne cette famille à travers des générations, et un conflit qui existe entre son fils Mohamed et son mari Balkacem et la peur que ne se répète le même scénario de son oncle qui s'est suicidé après un échec d'une relation amoureuse.

Lorsque on parle de l'histoire familiale, la source de la maladie c'est la malédiction, on raconte que le grand père de Balkacem est détesté par son village et il a fait du mal aux gens car il volait les terrains à des gens faibles et orphelins, il utilisait son pouvoir, et sa force pour vivre l'aisance sans qu'il mérite. Et même la génération suivante (le père de Balkacem), se comporte de la même manière.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats

1--Présentation, analyse du la famille de SAMI :

Il s'agit de Sami, âge de 40 ans, célibataire, commerçant Décembre 2017, il vit avec ses parents et trois autres frères.

Le patient est hospitalisé aux niveaux de l'hôpital d'amizour au service d'oncologie, à cause d'un cancer (le grain nerveux du pied droit) on 2017 et maintenant il a atteint le stade final de sa maladie.

La psychologue du service oncologie, nous a présentes le cas pendant les visites systématique au seine du Service.

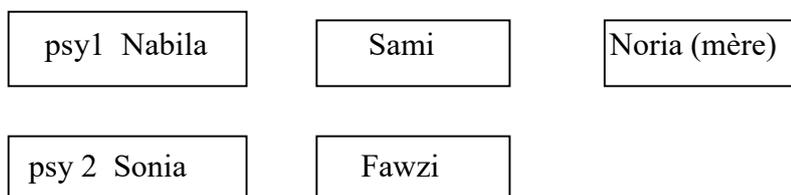
Les entretiens familiaux avec Sami et sa famille se sont déroulés avec la langue kabyle et on a eu l'accord d'utiliser l'enregistrement et on a traduit les entretiens en langue française.

Lors de la consultation individuelle avec Sami on a lui demandé la présence des membres de sa famille, et le jour de l'entretien familial, la famille s'est présentée comme suit :

Sami, le patient désigné, la maman, et le deuxième frère Fawzi.

1.1 La présentation, analyse les résultats de l'entretien familial avec la famille de Sami

1.1.1 La position spatiale de la famille dans l'entretien familiale



- On va pressente quelque résultats de l'entretien familial avec la famille de Sami

Tableaux N° 3 des résultats de l'entretien familial avec la famille « Sami »

Les concepts et la référence théorique	Ressenti et Les hypothèses	Résonance par l'écoute et l'observation
-séquence et comment a famille est assise ; (Stierlin, 1979) - la restauration de la structure familiale (Minuchin, 1998)	-la rentrée de Sami qui est plein de confiance en soit, avec un grand sourire, indique que cette famille a un bon fonctionnement ? -le choix de Sami de s'asseoir loin de sa mère et son frère, et en face de nous ; il veut dire par cela, que c'est eux qui ont besoin d'aide, comme il nous a dit pendant l'entretien individuel ?	- Fawzi rentre accompagner de sa mère, après, Sami rentre avec un sourire sur son visage qui est tout pale a cause de la maladie, Fawzi il s'assoit enface de la psy 1 et a coté de Sa mère, Sami il prend une chaise et il s'installe enface de nous et loin de sa famille.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats

<p>-le sous systèmes (Watzlawick,1972)</p>	<p>-de la part le sous système fraternel , lorsque Sami s'assoit loin de sa famille et il laisse son frère Fawzi rester a coté de sa mère , veut dire qu'il donne le rôle de protéger sa mère et la famille complète ,est ce qu' il cède sa place dans cette famille a quelqu'un d'autre qui prendre soin de sa mère ?</p> <p>On s'est présentées même si Sami nous connaissait déjà, mais pour les autres membres c'est le premier contact avec nous.</p> <p>-la présentation, et la prise de contact pour effectuer le cadre de travail :</p> <p>-pour quoi Sami nous a présentés tous les présents, qu'est ce qui lui a donne ce pouvoir ?est a ce que c'est lui le porte parole de cette famille ?</p> <p>- est ce que l'âge est très important dans cette famille ?</p> <p>-Noria a l'air d'être fière de son nom de famille. Est ce que la satisfaction de porter ce nom révèle une joie d'être membre de cette famille.</p>	<p>-Psy N: bonjour, on est des stagiaires en psychologie clinique. pouvez vous vous présenté ?</p> <p>-Sami :namzar déjà ,Sami 40 sna ,commaçant .wighad didi tamgharth yima wahi dagma Fawzi ,voila</p> <p>-« on s'est vus déjà, c'est Sami 40 ans, commerçant, Jai ramener avec moi ma vieille mère, et mon frère, voila ».</p> <p>-Noria : neki Noria «S » s3igh 62 sna, s3igh skar wahi douliw ,irna walah aqlagh nsufri slahlakay amchum igahlak ami ,nahlak ta3atou lah ,anasbarkan .</p> <p>« moi c'est Noria «S » j'ai 62 ans, Jai le diabète et la maladie de cœur, et je te jure, on souffre de cette maladie de mon fils, on est malades, c'est le dieu qui veut ça donc. il faut la patience. »</p> <p>- Avec un grand soupir</p>
--	--	---

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats

<p>- la communication non verbale et verbale (Watlawick, 1972)</p> <p>- le 1er entretien familial (Stierlin, 1979)</p> <p>-la place dans la famille (Minuchin, 1998)</p>	<p>- pour quoi ce soupir ? qu'est ce qui pèse lourdement, de cette façon ?</p> <p>-on voulait invite la famille à parler sur le vécu psychologique depuis l'annonce du diagnostic de la maladie.</p> <p>-est ce qu'il veut nous dire que c'est Sami qui a besoin d'aide et c'est lui qui a un problème ?</p>	<p>-Fawzi : Neki d Fawzi 35 sna zawdjag en 2011 s3igh sin alwachoul ,khadmagh gher Sami commerçant.</p> <p>« c'est fawzi ,35 ans, marie en 2011 j'ai 2 enfants, je travaille comme commerçant chez Sami. »</p> <p>-psy N : comment vous gérez cette situation de votre fils ? et c'est quoi votre réaction apprendre le diagnostic de sa maladie.</p> <p>-fawzi répond en penchant la tête :dalmaktoub ,lan galfamilia widak uruminara ar thoura irna astaghfir alah</p> <p>« c'est le destin, il ya des membres de la famille que jusqu'à maintenant ne croient pas, en plusastaghfir alah . »</p> <p>La maman et Sami e en même temps :dayen igalan ce qui veut dire c'est tous ce qu'il Y 'a</p> <p>-Fawzi : zaragh beli Sami inbadal mlih ussanayi ,itghima g taghurfatynes bla mayafagh ugabgha adizar had ,imdoukalis asma adabghoun adasan gher ghouras aydini inas iyan negh i3ya .</p> <p>« je vois que Sami il a trop changé dernies temps, il s'isole dans sa chambre sans sortir, il ne veut voir personne, et lorsque ses amis veulent lui rendre visite, trouve des prétextes pour qu'ils ne viennent pas, soit il est fatigues, soit il dort ».</p>
---	--	---

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats

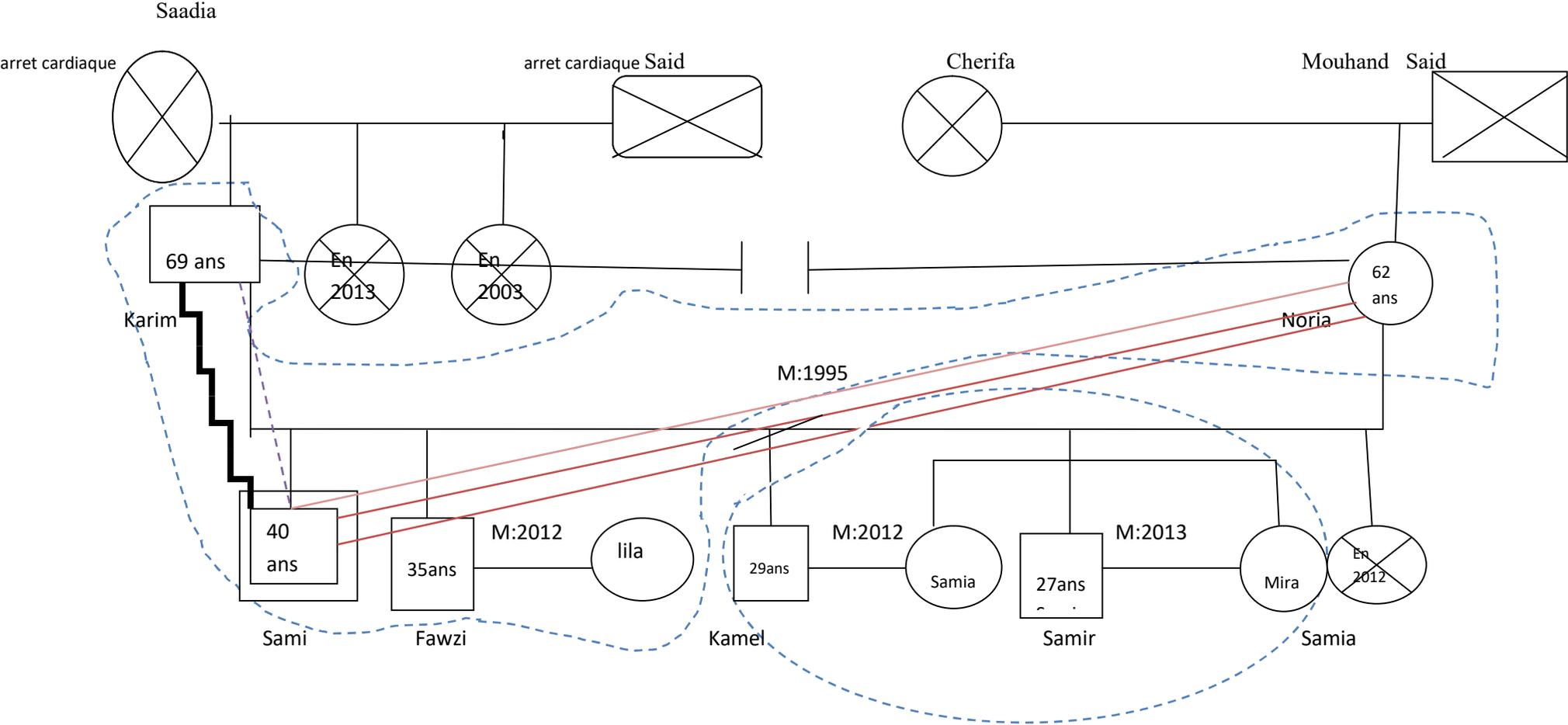
<p>-les rôles familiaux (Minuchin 1988)</p> <p>-l'injustice (Nagy,1986),</p> <p>- la légitimité constructive (Minuchin ,2009)</p> <p>-Les registres des mérites (Heirman, 1996)</p>	<p>-Dévoiler la souffrance familiale.</p> <p>- pour quoi c'est lui qui prend soin de ses frères malgré la présence de son père au sein de la famille ? -est ce que c'est lui qui gère la famille et quelle est la place de Sami dans cette famille</p> <p>-on a senti que cette famille est pleine de conflits et de choses cachée donc on a essayé de dévoilé les conflits familiaux qui existe avant le diagnostic du cancer.</p> <p>-Sami sent qu'il est seul face aux des obstacles de la vie, que même que son père et son grand père sont contre lui. -c'est pour quoi il fait un retour en arrière (à son enfance)</p>	<p>-la psy S : est ce que ce changement a une relation avec sa maladie ?</p> <p>-Noria : maskin esufri gadounitiss ,ugazwidj ,ugakhdim akham am tiziwinis ,iltha kan tarbya nayathmas izawdjansen ,ikhadmassan ikhaman gher tagara yewan igawfa zatas.</p> <p>« le pauvre il a souffert dans sa vie, il n'est pas marié, il n'a pas fondé un foyer comme ses amis, il a consacré sa vie pour le bien être de ses frères, il a marié ses frère, il est aidé à construire leurs maison, a la fin lorsque il est tombé malade il n'a trouvé personne à ses cotés.</p> <p>-psy S : voulez vous dire lorsque vous dites qu'au moment de la dangerosité de la maladie il n'a trouvé personne ?</p> <p>Sami : gasmi iligh machtouh neki d la souffrance ,ligh qaraghas ot3ichnara am neki il a djadi iskarhyi lhayatiw mais maalich il a rabi ighatya l hal qarnyid beli wigh d3ousou l waldine mais halkagh sal concer walah masthaqagh anachta .</p> <p>« depuis ma petite enfance, et moi je souffre, j'ai tout fait pour que les autres ne vivent pas ce que j'ai vécu, et mon grand père et mon père ont rendu ma vie comme un enfer, mais normal il ya le dieu, ce qui m'a vraiment touché c'est lorsque ils disent que la cause de mon cancer, c'est la malédiction de mon père, walah je mérite pas ça ».</p>
---	---	--

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats

<p>-la communication non verbale et verbale.</p> <p>(Watlwick, 1972)</p>		<p>-il parle en pleurant tout en regardant sa mère</p>
---	--	--

Pour le deuxième entretien familiale on l'a consacré pour structurer de génogrammes et la carte familiale de la famille de Sami (voir la page 83).

Schéma N°2 : La forme du génogramme et la carte familiale du la famille de (Sami)



Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

1- Présentation et analyse de génogramme et la carte familiale de la famille de Sami :

1-1 La structure familiale :

La famille de Sami est considérée comme une famille monoparentale, elle est composée de :

-Karim : le père de la famille âgé 69 ans, retraité, issu d'une famille pauvre, les deux parents décédés et tous les deux suite à des arrêts cardiaques, son père avant son mariage et sa mère après son mariage, il s'est marié avec Noria en 1965.

-Noria : la mère de Sami, âgé de 62 ans, issu d'une famille aisée, elle a vécu son enfance chez ses grands - parents, après la mort de ses deux parents,

-Sami : aîné de la famille est le patient désigné, âgé de 40 ans célibataire, commerçant, il est atteint de cancer de la graine nerveuse en 2017.

-Fawzi : le deuxième frère, âgé de 35 ans, commerçant, il est marié en 2011 avec la fille de sa tante, il a deux enfants (une fille et un garçon).

-Kamal : le troisième frère, âgé 29 ans, marié en 2011 avec la fille de sa tante, a deux enfants, (les jumelles).

-Samir : le quatrième de ses frères, âgé de 27 ans, chômeur, marié en 2013, sa femme a fait une fausse- couche et a eu un mort n et en 2015 il a une fille.

- Samia : la petite de la famille, elle est décédée à l'âge de 22 ans après un cancer de colon en 2012 .elle à laissé un grand vide dans la famille.

1-2 -le cycle de vie :

Depuis la naissance de Sami, la famille a connu plusieurs problèmes, avec la grand ,mère même le père il avait refusé de voir le neveux née car Noria a accouché a la maison de ses grands parents, cela à duré jusqu'à 03 mois, Karim il n'avait pas d'affection pour Sami par contre la mère lui été très attachée .

L'enfance de Sami était très difficile, son grand père l'a forcé à quitter l'école pour travailler ses terres.

Sami consacrés sa jeunesse à travailler pour donner la satisfaction à son père et à son grand père. A l'âge de 25 ans il s'est fiancés avec une fille qui vient toujours a la boutique, mais la relation n'a pas duré longtemps a cause de la trahison de sa fiancée.

Il a juré de ne plus rentrer jamais en relation avec une femme, il à consacré sa vie au développement du commerce et il fut atteint le cancer (la graine nerveuse) en décembre 2017

1-3 Modèles répétitif à travers les générations :

A partir de ce génogrammes on a observé plusieurs ressemblances entre les événements qui ont caractérisé cette famille, et celles a travers des générations, comme les maladies

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

chronique, les arrêts cardiaques (les grands parents du coté de père), le cancer qui a atteint Samia (la petite sœur) Sami, et sa tante Houria ,

Le génogramme a dévoilé la souffrance de Noria depuis son enfance car elle a perdu les deux parents et elle a vécu chez les grands parents, et après son mariage, la mal- traitance subie de la part de son mari, et de sa belle –mère, et plusieurs fois elle est rentrée dans des conflits avec Karim.

Dans le génogramme on a constaté que Sami il a vécu les mêmes problèmes que sa mère, et c'est pour ça que Sami et sa mère sont très attachés l'un à l'autre.

Et comme on déjà cité dans l'entretien à travers les générations la loyauté et la pouvoir s'étaient transmis aux aînés de la famille (Sadek ,Karim ,et Sami) ce sont des personnes qui transmettent les valeurs ,les principes et les coutumes pour protéger les traditions de la « grande famille » et Sami c'était son tour de transmettre mais à qui ?

Le refus de se marier a produit des problèmes intrafamiliaux. Et comme son oncle Fatah qui est décédé célibataire à l'âge de 45 ans il risque de disparaître sans laisser descendance et comme lui il a une mauvaise relation avec son entourage.

1-4 Les modèles relationnels et les triangles :

On observe que la famille était influencée par les événements douloureux qu'elle a vécu , la mort de Samia suite à un cancer du sang à l'âge de 22 ans, la séparation de Sami avec sa fiancée , le père avec la mère, et les maladies chroniques , tout ça a causé des indifférenciations.

Sami est proche de sa Mère, il y a une distance et des conflits avec son père et une relation fusionnelle avec le deuxième frère

Par contre le père il a des bonnes relations avec les deux derniers enfants et il a rompu avec sa femme et sa relation avec les deux premiers enfants est une relation distante et conflictuelle. Et avec limite rigide.

La relation entre les frères : on constate que la relation entre Sami et Fawzi est fusionnelle et avec les deux autres les relations sont fusionnelles et conflictuelles.

1-5 l'analyse de l'entretien familiale :

Lorsqu'on reçoit Sami, il avait un visage pâle, fatigué, il marchait avec un seul pied et avec des piques, accompagné de sa mère et son frère Fawzi pour un entretien familial. Ensuite Fawzi accompagné de sa mère.

Après s'était à Sami l'entrer avec un sourire sur le visage qui était tout pâle à cause de la maladie, Fawzi s'assoit en face de la psy et à côté de sa mère, Sami il prend une chaise et il reste en face de nous et loin de sa famille. Et cette façon de s'installer sous systèmes, c'est une installation stricte ne change pas pendant la durée de l'entretien

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

L'entretien familial s'est déroulé en la langue kabyle et on a traduit en langue française.

La maladie de Sami a commencé en 2017 après avoir consulté un médecin pour les douleurs répétitive de pied droit ,ensuite il fait un bilan sanguin sur ordonnance de son médecin traitant , le sujet a été orienté a l'hôpital de Tizi Ouazou pour la prise en charge médicamenteuse pour un grain nerveux et il a fait une intervention chirurgicale .et en janvier 2019 , il a été transféré vers le service oncologie de l'hôpital d'Amizour ou il est pris en charge jusqu'a maintenant il est au stade finale de la maladie.

Cette maladie a mis la famille dans un deuil indéterminé car ils connaissent bien l'issue de cette maladie , car Samia l' unique fille de cette famille est morte en 2012 suite à un cancer de sang .et le même scénario se répète.

Et après le diagnostic de la maladie de Sami (cancer) ,sa vie est totalement changée ,il ne pense plus à l'avenir ,il rentre dans une solitude absolue ,changement de comportement et de relation avec ses frère et ses amis qu'il refuses a chaque fois de voir en trouvent des excuses (soit de la fatigue et de sommeil) ,Sami se prépare à la mort mais il pense toujours a sa famille (sa mère et ses frères) et il recommande a son frère Fawzi pour prendre bien soin de sa mère ce sont des moments difficiles et douloureux car a chaque fois qu'il dit cela il sent que c'est la fin.

Pendant le premier entretien, on a donnees l'importance à la maladie de Sami, et la vie de cette famille, par ce que on croit que c'est très importante de reconnaissance de l'existentialisme qui l'ajoute le cancer sur tout le système familiale.

Et ce qui nous a permit d'ouvrir le dialogue pour parles sur la maladie et ses menace envers tout les membres de la famille, et surtout que Farida vie avec sa Maladie en silence. Et c'est vrai que l'annonce de diagnostique de cancer a engendres des perturbations et il a influencé sur l'état psychique de la patiente ou son enterrage.

Et toutes les choses sont bouleversées : le futur de la patiente, l'équilibre familial et la stabilité de la famille qui vit cette blessure comme damnation éternelle par ce que le mot cancer a une réception magique chez les familles et même les médecins car le cancer il est encre de l'ordre de l'indicible.

En suite on arrivait a discuté sur l'anxiété de Sami sur sa mère et sa peur de leur avenir, et il sait qu'elle vit avec le fantôme de la mort qui a accompagné cette famille a travers des générations, il y'a les conflits qui existe entre Sami et son père, Sami et ses frères ,Noria et son mari.

Lorsque on parle de l'histoire familiale, on déclare que c'est la famille de Noria soit la famille de Karim, les liens entres ses membres sont très rigides, plein de conflits et des relations conflictuelles, même dans une même famille, la violence conjugale ou verbale entre Karim et sa femme, et la violence également entre Sami et les deux autres frères.

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

2-- Discussions et vérifications des hypothèses.

Cette partie sera consacrée à la discussion et la vérification des hypothèses qu'on a proposées au début de notre recherche d'étude.

Afin de décrire et analyser la situation d'étude systémique avec des familles qui ont un membre cancéreux, nous avons formulé les hypothèses suivantes ;

Les familles ayant un cancéreux se caractérisent d'un point de vue structural par :

- des frontières floues et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses.

Et d'un point de vue contextuel :

- L'apparition de la légitimité destructive et de conflits de loyauté qui se traduit par la malédiction du cancer.

Dans le 1er chapitre théorique qu'on a devisé en deux (02) phases, la 1ère c'est la famille, ses caractéristiques et le système familial, dans ce chapitre

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons effectué deux (02) entretiens familiaux avec un questionnaire circulaire, puis on a consacré le deuxième entretien pour l'élaboration du génogramme et de la carte familiale auprès des personnes atteintes de la maladie de cancer et les membres de leurs familles.

Les données à recueillir pendant cette recherche avec les deux familles qui ont un membre cancéreux en utilisant les entretiens, le génogramme et la carte familiale pour deux cas (02) ne permettent pas d'arriver à des résultats significatives statistiquement, car la recherche sur la base d'un échantillon et elle n'est pas représentative, mais les témoignages recueillis pendant les entretiens avec ces patients et leurs familles étaient pleins d'informations et de données importantes sur le système familial et les relations entre les sous systèmes de la famille.

Lorsque on parle du cancer de Farida et ses différents effets à une relation avec la situation dysfonctionnelle et difficile pour tout le format des membres de la famille qui la partagent avec la patiente : la gestion difficile, et le contrôle, les deuils, et surtout celui de Mourad, la peur de vivre avec l'idée de perdre d'autres membres de la famille (spécialement l'état actuelle de Farida qui souffre d'un cancer du sein).

Et tout cela nous a obligera de revenir à **Neuburger** et la famille qu'il a considérés comme une cellule vivante, et pour qu'elle reste en vie il est obligé de garder et protéger son identité et ses différences, et il passe quoi lorsque la cellule c'est une cellule cancéreuse ? et cette dernière perdre sa valeur et elle se produit d'une façon anarchique, elle perd son identité, et par là elle va perdre le contrôle de son évolution. (dans cette famille qui est perdu dans son passé, et on voit que c'est vrai à freiner de son évolution) on sait bien que la cellule cancéreuse acquise une caractéristique de destructrice, dans cette famille on a vu comment ils sont allés vers des comportements destructifs (la drogue) et la peur de la maladie qui a détruit même les personnes saines, et ainsi les membres de cette famille se détruisent leur self même par le suicide.

Le point commun entre nos cas c'est la maladie qui est le cancer cette pathologie est vécue par la famille comme une crise qui perturbe le système familiale et le rôle de chaque sous

Chapitre IV : Présentations, analyses et discussion des résultats

système dans cette famille et qui impacte sur les liens et les relations affectifs, et cette crise qui augmente la pression déséquilibre la vie réactionnel et elle impose l'éloignement entre ses membres, et parmi les conséquences de la maladie cancéreuse c'est la souffrance psychologique du patient et sa famille, lorsque on parle de notre hypothèse qui est « Les familles ayant un cancéreux se caractérisent d'un point de vue structural par :

Des frontières floues et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses. » Et ce que nous remarquons avec les deux cas (entre Sami et sa famille et entre Farida et sa famille) les relations entre la plupart des sous-systèmes sont rigides avec des conflits, des frontières floues et rigides entre Balkacem et son père et son fils Mouhamed, et entre Karim et son fils Sami et son père.

On a remarqué que le vécu du père a toujours sa continuité dans son présent.

À partir des entretiens familiaux avec nos deux au cours desquels il a parlé de la situation actuelle et des événements vécus qui étaient douloureux et qui ont été partagés avec les autres membres de la famille comme (le suicide de le frère de Balkacem,

La mort de deux sœurs de Karim, la mort de grands-parents de Sami par un arrêt cardiaque,

La mort de la petite sœur de Sami avec la même maladie qui est le cancer) et tous ses événements douloureux qui nous ont poussé à intégrer le thème du deuil familial dans notre discussion d'analyse.

Conclusion

Conclusion

Ce travail a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas sur les caractéristiques des familles qui ont un membre cancéreux selon les deux (02) cas qu'on a interrogés.

Durant notre enquête de terrain on s'est rendu compte à quel point, la maladie du cancer, affecte les personnes au plus profond d'elle-même, Pour les raisons suivantes : tout d'abord parce que cette pathologie touche tous les organes du corps, et parce qu'elle devient chronique.

Apprendre que l'on est atteint d'un cancer entraîne un véritable traumatisme psychologique soit ; la souffrance psychique individuelle ou familiale ou à l'interface des champs de la santé et du social.

Il est évident que la présence d'un cancer chez les patients va engendrer chez eux et dans leurs entourages proches diverses émotions qui vont de la colère à l'anxiété, la peur ou la tristesse voire à une dépression.

Lorsque on parle de la famille comme système on parle des principes, des rôles, des liens entre ses membres, elle est la 1^{er} source de l'information et de socialisation, et chaque famille, l'importance des liens entre les membres de la famille dans ces différents types (la famille nucléaire, multi-générationnelles, communautaires.)

Et quand on parle de la famille algérienne qui a connues deux grandes périodes au cours de son évolution qui compose de la famille traditionnelle multi-générationnelle qui a dominé avant l'indépendance et la famille nucléaire qui se compose des parents et les enfants.

Pour l'élaboration de notre recherche on a abordé la théorie systémique familiale qui contient plusieurs approches mais pour notre objectif de recherche on a abordé l'approche structurale de Salvador Minuchin qui voit que la famille comme un système qui possède son fonctionnement propre, avec ses tensions et ses alliances, ses sous-groupes, sa volonté de s'en sortir et de faire face aux obstacles de la vie.

La famille selon Minuchin a acquis une force qui correspond à sa logique interne. telles qu'elle se dessinent face au thérapeutes, les relations intrafamiliales sont à comprendre comme une tentative pertinente de solution aux problèmes rencontrés. Mais en même temps, des cercles

vicieux s'installent et s'emballent parfois, les relations négatives alimentant le problème.

(Minuchin, 1976)

Et sur l'approche contextuelle de Nagy qui a parlé sur les dimensions de la réalité relationnelle dans la famille (la dimension des faits, de la réalité psychique, transactionnelle, l'éthique relationnelle) et qui a parlé sur la loyauté est ses types, la parentification, l'injustice dans la famille, l'exonération et ces principes

On a consacré du temps pour parler du bon fonctionnement familiale et ce qui rend cette famille dysfonctionnelle.

En particulier nous avons choisi un échantillon qui se compose de deux (02), âge entre 40 ans à 70 ans, notre recherche a pour objectif pour confirmer nos hypothèses qui sont ;

. Les familles ayant un cancéreux se caractérisent d'un point de vue structural par :

- des frontières floues et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses.

Et d'un point de vue contextuel :

Conclusion

- L'apparition de la légitimité destructive et conflits de loyauté qui se traduit par la malédiction du cancer.

Afin de réaliser notre recherche on a suivi une méthode clinique il s'agit de méthodes descriptives, on a utilisé les outils de recherche comme les entretiens familiaux ; le génogramme et la carte familiale.

Notre recherche s'est déroulée à l'hôpital d'Amizour au sein du service Oncologie, et a duré de 30 jours.

- D'après l'analyse des données, on a trouvées que l'ensemble de nos cas 2/2 se caractérisent par des frontières flous et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses.

Il y'a en outre L'apparition de la légitimité destructive et de conflits de loyauté qui se traduit par la malédiction du cancer. Ce qui valide nos hypothèses.

Nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses par rapport à notre groupes d'études qui indique que toutes les familles ont un membre cancéreux et perçoivent que leur système familial est déséquilibré et perturbé .et elles sont caractérisées par des conflits et les frontières flous et que :

. Les familles ayant un cancéreux se caractérisent d'un point de vue structural par :

- des frontières flous et rigides entre différentes générations ainsi qu'entre les membres de la famille, et les rôles sont enchevêtrés et les conflits intrafamiliaux intenses.

Et d'un point de vue contextuel :

- L'apparition de la légitimité destructive et conflits de loyauté qui se traduit par la Malédiction du cancer.

Bibliographie

1. Abignente, G. (2004). Les racines et les ailes ; ressources, tâches et Bûches De la famille. Bruxelles : Edition De Boeck.
2. .Albernhe,K.,&Albernhe, T. (2008). Les thérapies familiales systémiques. Paris. Masson, 3ème édition.
3. Albernhe, K., & Albernhe, T. (2009). Les thérapies familiales systémiques.Collection médecine et hygiène, 4ème édition.
4. Andolfi, M. (2008). La thérapie racontée par les familles. Bruxelles : EditionDe Boeck université
5. Angeles,T .,Villeneuve C.,(1997). La thérapie familiale apprivoisée. Montréal :Presse de l'Université de Montréal.
6. Ausloo, G. (1995). Les compétences des familles, temps, chaos, processus.Toulouse : Edition Erès.

7. Azotte. E, (2007), La transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence, approche clinique, projective et comparative, mémoire de recherche en Psychologie clinique et pathologie, Université Nancy 2.
8. Bateson, G. (1981). La nouvelle communication. Paris : le Seuil.
9. Bertalanffy, L.Von. (1980).Théorie générale des systèmes. Paris : Dunod.
10. Ben soussan. P., et coll, (2009), « Les souffrances psychologiques des Malades du cancer comment les reconnaître, comment les traiter ? », Paris, Springer-Verlag.

11. Bloch. H, & Chemama. R, et All, (2011), Grand dictionnaire de psychologie,Paris, la Rousse
12. Bloch. H, & Chemama. R, et All, (2011), Grand dictionnaire de psychologie,Paris, la Rousse.
13. Bréhant, J. (1982). La vie du cancer. Paris : Edition Ramsay.
14. Brédart, A. (2007). La psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext.
15. Boss, P., Doherty, W., Larossa, R., Schumm, W., & Steinmetz, S. (1993). Sourcebook of family theories and methods, a contextual approach. New York.
16. Boszormenyi-Nagy.I, Krasner. B. (1986). Between give and take. New York :Bruner / Mazel.
17. Boutefnouchet.M, (1982), La famille algérienne : évolution etcaractéristique récente, Alger, 2em édition.
18. Bowen, M.(1984). La différenciation du soi : les triangles et les systèmes familiaux. Paris : ESF.

19. Boszormenyi-Nagy. Paris : ESF éditeur.
20. Caillé, P., & Rey, Y. (2004). Les objets flottants. Méthodes
21. Chahraoui KH. , Benony h. (1999), L'entretien clinique, paris, Donod
22. Chardot, C., & Bey, S. (1982). Prévention, dépistage des cancers. Paris : Edition Expansion scientifique française.

23. Darnaud. T, (2006), L'approche systémique.
24. Decherf, G., Blanchard, A. M., & Darchis, E. (2006). Amour, haine et tyrannie dans la famille. Paris : Press Edition.

25. Decherf, G. (2008). Souffrance dans la famille. Thérapie familiale
26. Defranck-Lynch, B. (1986). La thérapie familiale structurale. Paris : ESF.
27. Devita, T. (1997). Cancer; principes and practice of oncology, 5th edition. North American Edition.
28. Dortier. J, F, (2002), Histoire et diversité des formes familiales.

Psychanalytique d'aujourd'hui. Paris : collection exploration psychanalytique.

29. Dolbeault, S., Dauchy, S., & Brédart, A. (2007). La psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext.
30. Dortier. J.F, (2004). Le dictionnaire de sciences humaines, France, sciences humaines.
31. Ducommun-Nagy, C. (2006). Ces loyautés qui nous libèrent. Paris : JC. Lattès.
32. Elkaim, M. (2001). Si tu m'aimes ne m'aimes pas, approche systémique et familiale. Paris : Edition le seuil.
33. Ducommun-Nagy (2010). nouvelles définition de la loyauté familiale. Bruxelles: D'Amoure.
34. Favez, N. (2011). L'examen clinique de la famille, modèles et instruments d'évaluation. Belgique : Mardaga.
35. Gérard, S. (2001). L'approche thérapeutique de la famille. Paris : Masson.
36. Goldbeter-Merinfeld, E. (1998). Deuil et fantôme. Deuil et famille point de vue systémique. De Boeck & Larcier.
37. Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). Le deuil impossible ; famille et tiers pesant. Edition de Boeck.
38. Goldrick, M., & Gerson, R. (1997). Génogrammes et entretien familial. Paris : ESF
39. Hall, A, D., Fagen, R, E. (1956). Definition of system. General systems Year book.
40. Hecquet, L., & Mainhagu, P. (1987). La théorie familiale de Murray Bowen. Act. Psy.
41. Heireman, M. (1996). Du côté de chez soi, la thérapie contextuelle d'Ivan
42. Héril, A. (1995). Les thérapies familiales. Paris. Edition Morisset .
43. Keller, M, Henrich, G, Sell Schopp A.T (1996): «Between distress and support.
44. Lavoué, J. (2004). Souffrances familiales, souffrances sociales : quelles Méthodes quelles pratiques. Paris : Harmattan.
45. Laurent. D, (2011), Les conflits familiaux. spouses of cancer patients», in Baider L., Cooper C.L, Cancer and the family, Wiley Chichester, ed Kaplan De Nour
46. Michard, P. (2009). L'approche contextuelle de Boszormenyi Nagy. Bruxelles : De Boeck.
47. Maisondieu, J., & Métayer. L, (2001) les thérapies familiales, Paris, PUF
48. Minuchin, S., Rosman. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Harvard
49. Michel. B, et al, (2006), Fonctionnement familiale, représentation des pratiques sociaux et pratique centrée sur la famille dans le domaine de la religion, université de Québec.
50. Minuchin, S. (1998). Famille en thérapie. Edition Erès
51. Minuchin, S. M. (1976). Families of the slums . New York : Basic Books .

52. Michard, P. (2005). une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la therapie familiale . paris: Boeck Supérieur .
53. Monique. P, (1990), Le cycle de vie familial utilisé comme cadre de référence dans l'étude de perception des problèmes sociaux et de santé les plus importantes des familles nord-côtiers et planification de service adapte à leur besoins.
- 53 Nagy, I. B. (1991). Glossaire de therapie contextuelle . paris: Corinne .
54. Neuburger, R. (2011). Le mythe familial. Italie : ESF, Collection Art de la Psychothérapie,
55. Norman, L. Betty.P,& Byfield. P, (1995). Un casse tête conjugal, analyse transgénérationnelle et conseil conjugal. Toulouse : Edition ères.
- 55 . Robert, P, Rey-Debove, J & Rey, A., (2004). Le nouveau petit Robert, Paris
56. Salem. G, (2005), L'approche thérapeutique de la famille, 4eme éd, Belgique.
57. Stierlin, H. (1979). Le premier entretien familial. Paris : Delarge
58. .Sillamy Norbert. Dictionnaire de psychologie, édition, La rousse, paris
59. Watzlawick, P., Helm, B., & Jackson, D. (1972).Une logique de la Communication. Paris : Edition le seuil.

Sites Internet :

- ([http://www. Psycalicia.scarpati.com](http://www.Psycalicia.scarpati.com)
- (<Http: //www. Medicine/docs/DCEM2/module8/item118/texte11, htm>).

Annexes N°I: guide d'entretien circulaire. (Synthèse de toutes les questions qu'on a posé lors des entretiens familiaux) .

Guide d'entretien

Axe N°1 : données personnelles :

Nom :

Prénom :

Age :

Niveaux de scolarisation :

La situation familiale :

Axe N°2 : le patient et sa pathologie.

Depuis quand vous êtes malade ?

Votre réaction de l'annonce de diagnostique ?

Comment elle été la réaction des autres membres de la famille ?

Comment vivre –vous avec cette pathologie ?

Est-ce que le changement de votre famille a un lien avec cette maladie ?

Est ce que vous avez déjà un membre de famille qui a cette maladie ?

Axe N°3 : la relation familiale intergénérationnelle :

Est-ce que la maladie a perturbés le système de cette famille ?

A ce que cette famille considère que cette maladie est une menace pour son équilibre ?

A ce que cette maladie est une symptomatologie de la souffrance familiale ?

Comment elles les frontière entre les membres de la famille ?

Que pensés vous de l'avenir de votre famille ?

Annexes N°I: guide d'entretien circulaire, dialecté kabyle.

Guide d'entretien

Axe N°1 : données personnelles :

Isam :

Chadjara :

Achhal gal 3amrik :

Anda itahbas laqraya :

Tzawdjat negh khati :

Axe N°2 : le patient et sa pathologie :

Gaywaq kachi s lahlakayi ?

Amek igtatra asmi it3almat tas3it l cancer?

Amek itat3ichem wahi d lahlakayi ?

Lhala mi tanbadal is3a wahi d lahlakayi ?

Amek ishoussan akhamanwam w dachu ikhadman?

Est ce que tes3im déjà lahlakayi galfamiliak ?

Axe N°3 : la relation familiale intergénérationnelle :

Est-ce que lahlakayi isatwagh akhamayi ?

Amek itazar l3aylaynek ,est ce que twalamt dalkhatar itwachoultayi ?

Est-ce que lahlakayi damouchkil igalan negh netan yer lmachakil igalan gal3aylayi ?

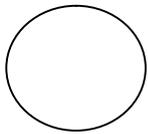
Amek igalant l3alaqat d tilisa yer shab wakham ?

Amek itatwalam sayi gher azath netfamiltayi ?

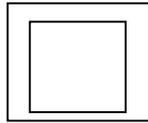
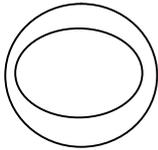


Annexes N°III : quelques symboles de génogramme utilisés :

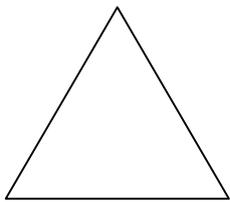
Les personnes



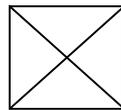
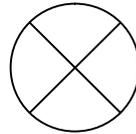
Femme et homme



Patiente et patient



Sexe indéterminé
(Enfant à naître)

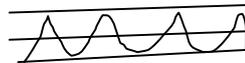


femme ou homme décédé

Les relations



Conflictuelle



fusionnelle et conflictuelle



Normale



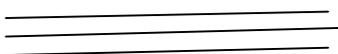
Distantes



rompues



Proche



Fusionnelle

Les liens :



Fausse couche ou avortement



Relation maritale

// / divorce séparation



Union libre