

UNIVERSITE ABDERRAHMENE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

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

Option : **Psychologie clinique**

Thème

L'angoisse de mort chez les cancéreux
Etude clinique de quatre (04) cas au CHU de Bejaia

Réalisé par :

BOUTALEB Kahina

MEGHAR Hassina

Encadré par :

M^{er}. GACI Khlifa

Année universitaire

2014-2015

UNIVERSITE ABDERRAHMENE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

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

Option : **Psychologie clinique**

Thème

L'angoisse de mort chez les cancéreux
Etude clinique de quatre (04) cas au CHU de Bejaia

Réalisé par :

BOUTALEB Kahina

MEGHAR Hassina

Encadré par :

M^{er}. GACI Khelifa

Année universitaire

2014-2015

Dédicace

Dédicace

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

A M^{ES} GACI (KH). Pour son aide et son soutien, vous êtes mon exemple idéal.

A mes parents : Tayeb et Faroudja ; ils m'ont donnée la vie, ils ont toujours été à me cotés avec leurs tendresses et leurs soutiens

A ma mère dont la tendresse est silencieuse, pour ce qu'elle m'a tant donnée

Je la remercie et je lui témoigne toute mon affection.

A mon père qui est toujours présent, et ma toujours soutenu

A mes frères et sœurs : Hakim, Ouhab, Tahar, Nassima, Yassmina, Soraya.

Je vous remercie tous pour votre soutien durant ces longues années d'étude.

Que dieu nous gardent tous unis.

A mon bien aimé ;

Hakim et sa famille ;

Et mes amis : Hassiba, sabiha, rima, habiba ,

Merci pour votre présence et votre réconfort dans les moments joyeux et tristes de la vie, je vous témoigne mon amitié toujours vivante.

M. Hassina

Dédicace

Dédicace

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

A mes parents : Hdjila et M. Amezian : ils m'ont donnée la vie, ils ont toujours été à mes cotée avec leurs tendresses et leurs soutiens.

A ma mère dont la tendresse est silencieuse, pour ce quelle m'a tant donnée.

Je le remercie et je lui témoigne toute mon affection.

A mon père qui est toujours présent, et m'a toujours soutenu malgré qu'il ne le montre pas.

A mes frères et sœurs : Lamine, Yanice, Ghadia, Lynda.

Je l'es remercies tous pour leur soutien durant ces longues années d'études.

Que Dieu nous garde tous unis.

A M^{ES} GACI (KH). Pour son aide et son soutien, vous êtes mon exemple idéal.

A toutes mes amies.

Merci pour votre présence et votre réconfort dans les moments joyeux et tristes de la vie, je vous témoigne mon amitié toujours vivante.

A mon bien aime Massinissa et toute sa famille.

Que Dieu nous gardent tout au long de notre vie.

B. KAHINA

Remerciement

Remerciement

Tout d'abord nous aimerons remercier dieu de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme.

Et nous tenons à adresser nos vifs remerciements à notre promoteur Mr GASSI KHALIFA pour ces orientations et conseils tout le long de notre travail.

Que l'ensemble des psychologues qui ont contribué à notre formation et le directeur de l'hôpital d'AKBOU et le personnel de l'hôpital de KHALIL AMRANE de Bejaia trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous vif remerciements iront aussi aux membres de jury qui ont feros l'honneur de juger et de l'enrichir par leurs propositions.

Enfin, nous remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et nous pensée va également a tous nous amis(e) qui nous soutenus au cours de ces années.

Sommaire

Remerciement	
Dédicaces	
Dédicace	
Liste des tableaux	
Introduction	I

Chapitre I :

Le cadre générale de la problématique

La problématique	1
L'hypothèse	3
L'objectif de notre recherche	4
Opérationnalisation des concepts	5
Les difficultés de la recherche	6

Partie théorique

Chapitre II :

L'angoisse de la mort et ses caractéristiques

Préambule	10
L'angoisse	11
1- La conception d'angoisse avant Freud	11
2- La conception Freudienne de l'angoisse	12
3- Définition de l'angoisse	13
4- L'étymologie du terme angoisse.....	14
5- Le types d'angoisse	15
6- La nature de l'angoisse	16

7- Les signes de l'angoisse	16
8- Les formes cliniques de l'angoisse	17
9- La classification de l'angoisse selon les structures	18
II- l'angoisse de mort	18
1- Définition de la mort	18
2- L'attitude à l'égard de la mort	18
3- L'angoisse de mort.....	19
4- La mort et ces étapes	19
5- La définition d'angoisse de la mort	19
6- Les types d'angoisse de la mort.....	20
7- Approche psycho-dynamique	21
8- Les mécanismes internes impliqués dans l'angoisse de la mort	21
9- Les causes d'angoisse de la mort.....	21
Conclusion	22

Chapitre III :

Le Cancer

III- Le Cancer	23
Préambule	25
1. La définition du cancer	26
2. Les types du cancer	27
3. La définition du dépistage	28
4. Les types de dépistage	28
5. Les stades de cancer	28
6. Les facteurs cancérogène	29
7. Les facteurs de risque	35
8. Les problèmes psychologiques chez les cancéreux	39
9. Les aspects relationnels	40
10. Les traitements de cancer	40
Conclusion	42

Partie pratique
Chapitre IV :
Le cadre méthodologique

Préambule	46
I- La pré-enquête	47
II- La méthode de recherche	47
III- La technique de la recherche	48
IV- La population d'étude et caractéristique de choix	49
V- Durée et lieu de recherche	50
VI- Les outils de la recherche	52
VII- Le déroulement de la recherche	53
Conclusion	59

Chapitre V :
Présentation, analyse et discussion des résultats

I- Présentation et analyse des données de test de rorschach	63
II- Discussions des hypothèses	91
Conclusion	95
Liste bibliographique	97

Annexe

Liste des tableaux

N°	Titres	Page
01	Les facteurs professionnels	38
02	Les caractéristiques des groupes d'études	50
03	Le protocole de 1 ^{er} cas	66
04	le psychogramme de 1 ^{er} cas	69
05	Le protocole de 2 ^{eme} cas	73
06	Le psychogramme de 2 ^{eme} cas	76
07	Le protocole de 3 ^{eme} cas	79
08	le psychogramme de 3 ^{eme} cas	81
09	Le protocole de 4 ^{eme} cas	86
10	Le psychogramme de 4 ^{eme} cas	88

Introduction

Introduction:

Le cancer constitue une pathologie ou bien une anomalie grave, qui touche tous les âgés de la population qui menace la santé actuelle et le future du patient, et bouleverser son équilibre intérieur ainsi que celui de sa famille et de son entourage. Les neuf dixièmes de notre bonheur reposent sur la santé avec elle, tout devient sens de plaisir.

Par ailleurs le faite d'avoir un cancer, le sentiment angoissant peut apparaître régulièrement ; l'influence d'angoisse de mort, dans les modifications de la relation à soi comme dans celles des relations à autrui chez un patient atteint d'un cancer, elle doit être abordée d'un triple point de vue ,celui de ses mécanismes internes et inconscients, celui de ses manifestations conscientes et enfin comme facteur de détermination de fonctionnement intersubjectif ; le patient confronté à une maladie grave et douloureuse est sous l'influence de l'angoisse de mort ; cette dernière est réactive à son désir d'abandonner les efforts consentis pour exister, quand ces efforts sont importants et douloureux, quand les effets secondaires du traitement sont épuisants, le patient souhaite lâcher prise, et c'est ce désir plus ou moins conscient qui éveille en lui les angoisses de mort.

L'amélioration des cures de cancer et la qualité de la prise en charge des cancéreux ne correspond pas seulement sur le somatique, mais aussi, la part psychologique est extrêmement importante et indissociable de la part somatique : l'état psychique de patient, ses peurs, et ses questionnement relatifs à sa maladie doivent être considérés.

Dans notre étude portée sur le thème : « l'angoisse de mort chez les cancéreux », nous avons choisir comme terrain d'étude L'Hôpital CHU de Bejaia, qui répand aux objectifs de notre recherche.

L'approche psychanalytique servie de cadre référentiel à notre étude qui porté sur quatre cas, tous en phase de cancer.

Dans cette optique notre bute de recherche c'est de savoir le degré d'angoisse de mort et le rôle de l'étayage sur le soutien social chez les cancéreux.

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

Un cadre général de la problématique qui comporte les points suivants : problématique, hypothèse, les raison, intérêt et objectif de la recherche, opérationnalisation des concepts et difficultés de la recherche.

Une partie théorique divisée en deux chapitres :

Chapitre un(1) 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.

Chapitre deux (2) intitulé l'angoisse de mort, qui devisé en deux titres :

L'angoisse qui comporte les points suivants : conception d'angoisse avant Freud, la conception freudienne d'angoisse, définition d'angoisse, l'étymologie de terme angoisse, les types de d'angoisse, la nature d'angoisse, les forme clinique d'angoisse, la classification d'angoisse selon les structures, L'angoisse de mort qui comporte les points suivants : définition d la mort, notre attitude à l'égard de la mort, la mort et ses étapes, l'angoisse de mort, les types d'angoisse de mort, proche psycho-dynamique , les mécanismes internes impliqués dans l'angoisse d mort, les causes d'angoisse de mort.

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 comporte les points suivants : présentation et analyse de l'entretien, présentation et analyse des résultats de tests et une discussion des hypothèses.

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

Chapitre I :
**Le cadre générale de la
problématique**

Chapitre I : le cadre général de la problématique

– La problématique

L'hypothèse

Les raisons du choix de thème

- L'intérêt et l'objectif de la recherche**
- Opérationnalisation des concepts**
- Difficulté de la recherche**

Problématique

La santé de l'individu est celle qui s'émane dans le bien être physique, mental et social autrement dit la promotion du bien être. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : «la santé n'est pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, mais un état de total bien être physique, mental et sociale » (Charte constitutive, 1946) ; mais ce bien être peut être affecté par plusieurs facteurs qui peuvent au fil du temps conduire à des problèmes de santé. En 1985, la psychologie de la santé étudie « les facteurs comportementaux et psychosociaux ayant un impact sur la santé » (Bruchon–Schweitzer, 1994, p.13).

Pour chaque individu, la santé physique et la santé mentale sont deux aspects fondamentaux de la vie humains fortement liés et profondément interdépendants. A mesure que l'on prend mieux conscience de cette corrélation il devient toujours plus évident que la santé mentale couvre une importance vitale pour le bien être général des individus.

Aujourd'hui on se rend compte que la plupart des maladies « mentales » et « physiques » sont influencées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En outre, il est reconnu que les pensées, les sentiments et le comportement ont une incidence majeure sur la santé physique. Inversement, la santé physique est maintenant considérée comme ayant une influence considérable sur le bien- être mentaux.

Une maladie physique grave retombée sur la santé mentale du malade et sur celle de sa famille tout entière. C'est le cas de la plupart des maladies très handicapantes ou mortelles, tel que le cancer .ce dernier est caractérisé par un développement anarchique et ininterrompu de cellules "anormales", qui aboutit à la formation d'une "tumeur" ou grosseur. Cette population de cellules agresse l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du

corps (on parle de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement. C'est une maladie de longue durée avec laquelle il faut vivre et qui fait souffrir physiquement et moralement.

L'apparition de cancer constitue une véritable effraction dans la vie psychique du sujet, il apparaît comme l'unique réponse que le sujet puisse produire face à un conflit psychique qui son résolu par le corps de sa nature organique. La simple signification de cancer conséquence de la souffrance, douleur et la mort, « l'annonce du mot cancer se brisant les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abime sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaine, désaffecte » (Deschamps .P6) et cette maladie peut crée chez la personne une sentiment d'angoisse de mort ,fort ou modéré cela dépend de la structura et la solidité de fonction psychique de la personne ,et ses défenses adoptées à se genre de situation angoissantes, ainsi le sentiment de mort dépend de soutien et d'étayage social que la personne va recevoir de l'entourage ,parce que le malade focalise toute ses énergies et ses prés-occupations sur sa maladie ,ce qui va engendre un des investissement de sa écrivîtes ,et de ses occupations, et la personne se voit comme incapable , et inutile face a la maladie et a la mort, contrairement a la personne qui a un bon fonctionnement et un bon étayage social, elle peut contrôles (relativement son angoisse de mort et peut être la personne va résistée a ce sentiment et ce l'espoir de vivre, et de construire ses représentation que le soi a des capacités individuelle a faire face aux situations de danger, et elle va la traitées comme des expériences de la réalité, ce qui vas pousser le malade armer ses défenses d'une manière efficaces pour vivre.

Alors, l'angoisse de mort est une réaction émotionnelle très fort ressentir par le cancéreux pour faire fasse a la mort est la maladie d'une part, d'une autre part, cette angoisse de mort peut détruire les mécanismes de mentalisation, et ces

dernières si elles sont disponibles peuvent renforcer les défenses du malade de résister à la mort pour remonter chez les personnes ses espérances de vivre.

Pour mieux comprendre cet impact de la maladie cancéreuse sur le fonctionnement psychologique de la personne, et pour réaliser nos objectifs, on va poser ces questions suivantes :

La question principale

- Est-ce que les cancéreux ressentent une forte angoisse de mort ?

Question secondaire :

- Est-ce que l'étayage sur le soutien social peut permettre de se résister ou de baisser l'angoisse de mort chez les cancéreux ?

Les hypothèses de recherche :

On suppose que les hypothèses qui vont constituer les réponses adéquates aux questions formulées plus haut la suivante :

- L'angoisse de mort est ressentie d'une manière différente par les cancéreux et ce selon leur capacité défensive.
- L'étayage joue un rôle important dans la résistance à l'angoisse de mort.

L'objectif de notre recherche:

Comparer le niveau d'angoisse de mort chez les cancéreux, comprendre le regard des cancéreux vers leurs situations.

Essayer de prouvé c'est les cancéreux souffrent de l'angoisse de mort.

Souligner l'importance de soutien social à mien vivre cette maladie.

Essayer de déterminer les facteurs qui peuvent influencer sur le degré d'angoisse de la mort d'un cancéreux durant cette maladie.

Voire la nature de la prise en charge la plus adéquate pour aider les cancéreux à supporter l'angoisse de mort et le cancer.

Comprendre leur souffrance physique et psychique pour l'aider à accepté cette maladie.

Souligner l'importance de la maladie dans la vie et l'aider à mieux comprendre soi même et à maitriser la problématique d'angoisse de mort.

Donner des solutions possibles pour mieux combattre le cancer et accepter leurs traitements.

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.

Le cancer :

C'est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique incontrôlée incessante; cette prolifération anarchique du cancer suppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse le plus souvent intermittent qui caractérise les tissus normaux qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression les pertes naturelles par vieillissement.

L'angoisse de mort :

L'angoisse de mort est un phénomène qui se déclenche dans l'inconscient par la pulsion de mort ou encore le désir de mourir qui peut se ressentir d'une manière inconsciente chez les malades qui sont atteint des maladies grave. Et ça selon les réponses au test du rorschach qui doit contenir des réponses de types : Anat, Hd, Ad, c'est-à-dire des réponses sur le détail humain, animal et anatomique.

Les difficultés de la recherche :

Les obstacles rencontrés lors de la préparation du travail

Inexistence des cas dans l'hôpital d'Akbou nous a obligé à nous déplacer au niveau de l'hôpital de Bejaïa.

Difficultés de trouver des outils de recherche adéquats (tests et échelles) en plus de temps cela, la réclamation de la psychologue de service de manque d'espace.

Manque des données, traitant de notre sujet.

Malgré tous ses obstacles, il ne faut nullement oublier d'indiquer les points positifs de cette recherche permet eux ou cite :

Le stage, nous a permis d'avoir une autre vision de cancer, c'est-à-dire autre fois quand on nous parlait de cancer, cela est synonyme de banal ; Mais actuellement après avoir eu l'occasion de s'entretenir avec quelqu'un on peut dire que le cancer rime avec une personne qui souffre sur tous les plans et qui ont vraiment besoin d'aide, ce travail nous a permis également de voir le milieu professionnel de connaître le terrain, sur tout des liens amicaux et professionnels avec la psychologue et le médecin de service.

Partie théorique

Chapitre II :

L'angoisse de la mort et ses caractéristiques

II : l'angoisse de mort et ses caractéristiques

I-angoisse

Préambule

- **Définition d'angoisse**
- **L'étymologie du terme angoisse**

Les types d'angoisse

La nature de l'angoisse

- **Les formes cliniques de l'angoisse**

II- L'angoisse de mort

- **Définition de la mort**
- **Définition d'angoisse de mort**
- **Les types de l'angoisse de mort**
- **Notre attitude a l'égard de la mort**
- **Définition d'angoisse de mort**
- **Les mécanismes internes impliqués dans l'angoisse de mort**
- **Les causes de l'angoisse de mort**

Conclusion

Préambule :

L'angoisse fondamentale est inséparable de la conduite humaine ; elle peut sous certaines conditions, nous instruire sur nos désirs inconscients et agir comme stimulant vital. Il s'agit du socle irréductible sur lequel viennent s'ancrer et s'organiser nos structures psychique, et nos conduites.

I- L'angoisse:**1- La conception d'angoisse avant Freud :**

Les psychologues organicistes rangent l'angoisse parmi les émotions et ils le définissent comme une peur sans objet. Le terme « émotion » désignant, pour eux, une rupture brusque de l'équilibre psycho-physique, survenue sous l'influence d'un danger actuel.

En 1896 dans la psychologie des sentiments, Ribot affirme que l'angoisse humaine est une forme dérivée de la peur animale. Chez l'animal le choc émotif est toujours dû à un danger vital présent, un péril mortel.

Chez l'homme l'angoisse serait donc la peur animale imaginativement représentée et prolongée. Le résultat de cette prolongation est l'existence d'un rapport génétique entre l'angoisse humaine et l'émotivité animale.

Les théories de Ribot et du courant organiciste, postulent que l'angoisse humaine est déclenchée par la perception brusque d'un mortel et insurmontable.

De cette perception découlant alors trois type de comportements, hérités du comportement animal: l'attaque ou l'agression, la fuite et la convulsion léthargique. (Raynaud-S, Céline.2004, P12)

C'est Janet (étude du cas « Justine » en 1890) qui va le premier sortir l'angoisse de sa simple place de réaction contre le monde extérieure. Il ne va plus envisager le problème d'angoisse sous le seul angle de l'étude du comportement extérieure et de la réplique organique. Il va en faire un élément intrapsychique. Selon lui « pour l'angoisse toute la situation (non seulement à l'égard de l'obstacle, mais encore l'objet lui-même) se trouve concentré dans l'intrapsychique » (Diel. P, 1954, p60).

Cette conception de l'angoisse intrapsychique ouvre la voie vers la découverte de l'inconscient et vers l'élaboration de la conception freudienne de l'angoisse.

2- La conception Freudienne de l'angoisse :

Freud aborde l'angoisse en dépassant la description du complexe sensori-moteur, pour y avoir l'acmé dramatique d'un conflit. Pour lui, il faut aborder l'angoisse comme une situation afin de restituer à l'affect sa fonction. Car au fond l'affect est le but de la pulsion, ce qui reste si l'on fait abstraction de la représentation.

D'une façon générale, l'angoisse apparaît comme « la monnaie courante » contre laquelle sont échangées toutes les excitations libidinales qui ne trouvent pas de débouchés. L'angoisse étant le grand danger intérieur, les symptômes névrotiques sont donc des systèmes de défense contre l'angoisse : « Les symptômes ne se forment que pour empêcher le développement de l'angoisse » (Freud .S, 1926, p 307-381).

Dans l'œuvre de Freud on distingue deux théories de l'angoisse : La première comme produit de transformation d'un trop plein de libido : une excitation libidinale insatisfaite, faute de transformation psychique adéquate, se transforme en angoisse. L'angoisse « est à la libido ce que le vinaigre est au vin » (Freud, 1905).et la seconde comme signal d'appel du moi pour refouler un désir dont la conséquence serait originairement extérieure et plus généralement un facteur traumatique, c'est-à-dire une excitation interne qui ne peut être liquidée selon la norme du principe de plaisir. (Raynaud. S.C, 2004, p 9).

3- Définitions d'angoisse :**3-1 Selon Freud :**

L'angoisse provient de l'instinct de mort, Confronté à l'angoisse produite par la pulsion de mort, le moi vais en détourner une partie dans la projection et une partie dans l'agressivité. L'angoisse est un signal qui se produit à la limite de moi, comme elle est la réaction signal à la perte d'un objet. (Klein. M, 2008, P2).

Ainsi que "l'angoisse a pour caractère inhérent l'indétermination et l'absence d'objet dans l'usage correct de la langue son nom lui-même change lorsqu'elle a trouvé un objet : il est remplacé par celui de peur". (Freud. S, 1926, p199).

3-2 Selon Lacan:

L'angoisse est en signal, ne structure et s'il y a de l'affect c'est de l'affectation qu'il s'agit : l'affectation, l'assignation de l'être humain parlant propulsé dans l'humanité traumatisante, morcelé jusqu'à l'entrée dans le langage et la reconnaissance devant le miroir.

Il agit donc d'une affectation à l'objet petit à cause du désir, identifiant le sujet dans le fantasme. (Collinet. Ph, 2011, p6).

3-3 Selon le vocabulaire de la psychanalyse :

L'angoisse signifie que le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu ou inconnu, il ressemble son énergie pour se défendre et souffre de diverses manifestation somatique, comme elle signifie aussi l'angine de poitrine précédant l'infarctus, peur dans le corps. (Planche. J, 1967, p2).

4- L'étymologie de terme angoisse :

Le mot angoisse vient du latin angustiae qui veut dire étroitesse ; August en allemand fait précisément ressortir la gêne l'étroitesse de la respiration qui existait alors comme effet de la situation réelle et qui se reproduit aujourd'hui régulièrement dans l'état affectif. Cité par (Freud. S, 1916, p109).

5- Les types d'angoisse : nous trouvons plusieurs types d'angoisse:**5-1 L'angoisse réelle :**

Est une réaction à la perception d'un danger extérieur qui provoque soit la fuite, la défense ou l'attaque : ces réactions répondent à l'instinct de conservation. Freud considère l'angoisse réelle comme une réaction qui contient de l'angoisse, qui est une peur sans objet, une abstraction. La peur qui est plus concrète se manifeste devant un objet identifié et l'effroi ou la terreur devant un danger subi, soudain, sans avoir été préparé ou averti.

5-2 L'angoisse névrotique :

Ce type d'angoisse contient de l'angoisse d'attente et l'angoisse phobique. L'angoisse d'attente est une attente anxieuse qui est le présage d'un malheur ou l'on s'attend au pire : l'humeur est sombre et pessimiste et L'angoisse phobique elle survient devant un objet sinistre qui provoquerait un danger dans une situation à risque de danger probable (voyage, foule, solitude) une phobie qui semble incompréhensible. (Freud. S, 1916, p107-108).

5-3 Angoisse automatique:

Réaction du sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation, traumatique c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. (Planche. J, 1967, p8-9).

L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Freud. S, 1926, p16).

Angoisse devant un danger réel : angoisse devant un danger extérieur qui constitue pour le sujet une menace réelle.

Signal d'angoisse : dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger de façon à éviter à être débordé par l'afflux d'excitation.

Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défenses (Collinet. Ph, 2008, p9).

5-4 Angoisse de séparation : l'angoisse de séparation correspond au sentiment douloureux de crainte éprouvée par un individu lorsque la relation affective établie avec une personne importante de son entourage, se trouve menacée d'interruption ou interrompue, il peut s'agir d'une interruption par suite de la perte de liens affectifs ou d'une rupture consécutive à une perte réelle de la personne importante (Quindoiz. 2002, p16).

5-5 Angoisse de morcèlement : c'est un concept psychanalytique désignant une modalité d'angoisse très précoce dans le fonctionnement psychique, présentes des les premiers mois de vie du bébé ; Contrairement à l'angoisse de castration qui survient plus tardivement, au cours de la période dite œdipienne et qui concerne, l'angoisse d'avoir ou de perdre, l'angoisse de morcèlement, et concerne l'identité et le maintien d'un moi différencié de nos moi et unifie ce type d'angoisse se retrouve en suite chez les patient présentent des troubles psychotique(Paul-Laurent . C, 2006.p.34-70).

5-6 Angoisse de castration : seule du registre du symbolique, elle marque l'accès au désir génital, à la loi, à la relation triangulaire des personnes totales et sexuées. (Bercieret. j, 2008, p183- 184).

6- La nature d'angoisse : l'angoisse est caractérisée comme affect, symptôme, structure.

6-1 Comme un affect : sentiment à ranger dans la série de la tristesse de la honte, de l'ennui, de la morosité, de la passion.

6-2 Comme un symptôme : le symptôme vien masquer l'angoisse sans être l'angoisse il en est l'épiphénomène.

6-3 Comme une structure : Pour Lacan l'angoisse est une structure qu'il articule à l'objet à cette abstraction que l'on pourrait dire sans objet, qui pourrait prendre toutes les valeurs au sens algébrique du terme, qui identifier le sujet pris dans son fantasme. (Cllinet. Ph.2011, P2).

7- Les signes d'angoisse :

Selon la Gall (1976) les signes généraux de l'angoisse sont.

La Survenue inopinée et brutale, oppression physio psychologique, écrasement la mort menaçante et paralysie. (Lydia. F, 2008, p 3).

8- Les formes cliniques de l'angoisse :

Les manifestations cliniques de l'angoisse sont variables, on trouve les manifestations somatiques, psychiques et comportementales:

8-1 Les manifestations somatiques : se divisent en sept types:

8-1-1 Musculaires : Douleurs et courbatures, raideurs, sursauts se causes Cloniques, grincements des dents, voix mal assurée.

8-1-2 Sensorielles : bourdonnement d'oreilles, vision brouillée bouffées de haleur au de froid, sensation de faiblesse sensation de faiblesse, sensation de picotement ;

8-1-3 Cardio-vasculaires : tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine oppression, battement des vaisseaux :

8-1-4 Respiratoires : poids sur la poitrine ou construction, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée, toux hyperventilation ;

8-1-5 Gastro-intestinales : difficulté à évaluer dyspepsie coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation, hoquet, soif ou faim paroxystique.

8-1-6 Génito-urinaire : aménorrhée ménorragies, apparition d'une frigidité, mictions fréquents.

8-1-7 Système nerveux-autonome : bouche sèche, accès de rougeur pâleur, tendance à la sudation, vertiges.

8-2 Les manifestations psychiques : elles surviennent se forme d'attente crainte (soucis excessifs et ou injustifiés) concernant des situations ou des événements peur anticipateur, appréhension intense avec sensation d'une menace grave, perception de diverses modifications somatiques, génératrice, d'anxiété, a extrême sentiment de mort imminente, peur de perdre la raison au signes de dépersonnalisation et altération des fonctions cognitives : concentration, lassitude, doute indécision (B.E.C : évaluations des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés).

8-3 Les manifestations comportementales : on trouve la tension, tics divers, onychophagie, instabilité, agitations, évitement phobique : symptôme de l'angoisse mais déjà transformation de l'angoisse, et une addiction à tentative auto thérapeutique à un vécu d'angoisse comportement comme tentative de résolution de défense et comme produisant également de la souffrance. (Lydia. F, 2008, p4-5).

9- La classification de l'angoisse selon les structures :

Trois types d'angoisses sont différenciés qualitativement selon les trois structures pathologiques suivantes :

A. Chez le névrotique : elle provient de la relation triangulaire et pendant la signification d'angoisse de castration.

B. Chez le sujet état limite (border line) : elle provient de la relation anaclitique et génère l'angoisse de perte.

C. Chez le psychotique : elle provient de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement. (LE Goff. I, 2009, p31)

II- l'angoisse de mort :

1- Définition de la mort :

Le mot «Mort » est issu du latin «Mortem» accusatif de «Mors » : cessation de vie. Remarquons déjà que le mot «Mort » ne peut avoir de sens autonome séparé du mot «Vie ».

2- L'attitude à l'égard de la mort :

La mort était le couronnement nécessaire de toute vie, que chacun de nous avait à l'égard de la nature ne dette dont il ne pouvait s'acquitter que par la mort, que nous devons être prêts Payer cette dette, que la mort était un phénomène naturel, irrésistible. Mais en réalité nous avons habitude de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous tendions de toutes nos forces à écarter la mort, à l'éliminer de notre vie. (Freud. S, 1915, P18).

3- L'angoisse de mort :

L'angoisse de mort sont déclenchées dans l'inconscient par la pulsion de mort ou encore le désir de mourir. Elles peuvent envahir un sujet tout en étant silencieuses .Ces deux caractéristiques montrent combien il est important de les différencier de la peur de mourir.

Dans la névrose traumatique l'angoisse, c'est l'angoisse de mort, le trauma est perçu comme un danger pour la vie.

Freud dialectise les observateurs des névroses traumatiques de la dernière guerre ont annoncé que la preuve était faite que la mise en danger de la pulsion d'autoconservation pouvait engendrer une névrose sans la moindre participation de la sexualité. C'est oublier que le narcissisme met l'accent sur la nature libidinale de la pulsion d'autoconservation et range dans la même catégorie les

investissements d'objets et les investissements libidinaux. Freud maintient fermement la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogue à l'angoisse de castration un analogon. Il conclut en modifiant sa conception de signal affect du danger en une réaction à une perte, une séparation: la première étant la naissance : objectivement séparation d'avec la mère. (Colint. Ph, 2008, P8).

4- La mort et ces étapes :

4-1 Le coté physiologique : on trouve la mort corporel et la mort organique ; qui veut dire la mort des cellules et de Leur composant. Par contre la corporel signifie l'arrêt de pulsation de cœur, la respiration, les reflexes et l'arrêt de l'activité de système nerveux. Les neurones ou bien les cellules mortes directement après 5 minutes de mort corporel et les cellules de corps après 15 minutes et les cellules de foie après 30 minutes.

Le signal principal de la mort c'est l'arrêt de l'activité gestuelle et l'arrêt de cerveaux surtout les néocortex. (Chauhard .P, 1972, p 6-7).

4-2 Les étapes fondamentales de mort :

Selon P.CHAUHARD, on peut distinguer trois étapes de mort : superficiel, clinique et réel.

4-3 la mort superficiel : on remarque la diminution des agitations vital, coma, l'arrêt d'agitation vitale, coma, l'arrêt d'agitions et l'activité de cœur perte de sensation, relâchement des muscles, l'arrêt de souffle, a travers tout ca on peut parler de la mort.

4-4 La mort clinique : c'est l'arrêt totale de la circulation sanguin, mais on trouve quelque moyenne de réanimation.

4-5 La mort réel : C'est l'arrêt total des tout les cellules nerveuse ou les autre cellules. (Chauchard.1972, 65).

5- La définition d'angoisse de la mort :

5-1 Selon Freud : l'angoisse de mort et liée une me a la structure personnel (le moi, le ça, et surmoi) et il confirme que la dette c'est mécanisme de défense contre l'angoisse de la mort.

5-2 Selon Milani Klein : pour elle l'angoisse de la mort c'est la conséquence d'un menace de pulsion de mort qui se trouve dans l'inconscience depuis la naissance et aussi c'est un combat levé entre la vie et la pulsion de mort.

6- Les types d'angoisse de mort :

On distingue deux types d'angoisse de mort :

6-1 Angoisse de mort chronique : ce type d'angoisse et lie à une maladie qui a duré chez le patient, comme les maladies chroniques et les maladies cardiaque qui sont incurable et difficiles sur les médecins de les trouver des médicaments qui font guérir les patients.

6-2 Angoisse du mort aigue : elle représente un ensemble des symptômes agressif, et persistants qui se manifestent pendant une courte durée, elle est lié a des expériences de la vie réelle par exemple la mort d'un ami ou d'un fils d'une façon surprise qui rend le patient dans un état de traumatisme, et il vie cette idée d'une manière persistante jusqu' l'absence de son effet avec le temps, ou elle va être transférée au premier type chronique. (Ahmad Mohamad .A, 1979, P19-21).

7- Approche psycho dynamique :

L'angoisse est liée à l'hypothèse fondamentale du conflit psychique entre les instances inconscient (désirs conscient (réalité)); moi, ça, sur moi ; pulsion de vie, pulsion de mort et entre la pulsion érotisée /agressive. (Fernandes .L, 2008, p5).

8- Les mécanismes internes impliqués dans l'angoisse de mort :

Il est important de différencier les angoisses de mort de la peur de mourir. L'angoisse c'est une réaction inconsciente à une pulsion, Ainsi les angoisses de castration sont elles subséquentes aux désirs œdipiens, l'angoisse de mort est de façon analogue subséquentes à la pulsion de mort. En chacune réside le désir de mourir, plus précisément de cesser l'angoisse. Pour bloquer ses pensées et notamment échapper à la conscience de sa vie le sujet réduit son contact avec l'autre.

Les conduites d'isolement et de mise à distance sont ainsi des manifestations d'une réaction consciente à l'angoisse, enfin l'indifférence à soi et à son événement traduit aussi l'angoisse de mort sur le plan conscient. (Freud. S, 1915, p95).

9- Les causes d'angoisse de mort :

Selon TEMBLER : l'angoisse de mort distinguée par deux facteurs l'état de la santé psychique et l'information de la vie concernant le sujet de la mort.

Dijori et Rothman montrent que l'individu a peur de la mort parce qu'elle lui fait perdre l'espoir de réaliser ces objectifs principaux par rapport à son estime de soi. (Abed el khalek.1987, p214).

Conclusion :

L'angoisse de mort est l'un des troubles majeurs qui touche l'être humain, qui se déclenche à cause de plusieurs facteurs (psychique, physique). Personne ne peut s'échapper de sa malaise mais il peut être différent d'un individu à l'autre, selon la situation psychique et physique, d'autres facteurs qui peuvent augmenter le degré de l'angoisse ou de le baisser.

Chapitre III :

Le cancer

III : Le Cancer

I- Cancer

Préambule

- Définitions**
- Les types de Cancer**
- Les stades de Cancer**
- Les facteurs cancérogènes**
- Les facteurs de risques**
- Les problèmes psychologiques des cancéreux**
- La prise en charge psychologique**
- Traitements**

Conclusion

Préambule :

Le cancer est un phénomène grave nait d'une prolifération cellulaire monoclonale, issue d'une cellule-souche unique, et se caractérise par un développement excessif qui échappe à l'homéostasie.

1- La définition de cancers :**1.1 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 immunologiques du patient, de son âge et de l'existence ou non d'une pathologie associée. (Marylène. M & al, 2010, p10).

1.2 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 lieu que pour les cellules 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 desquels les cancers se forment. La tumeur développe dans un graine (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autres organes (cerveau, poumons, foie, etc.), en passe par des voies lymphatiques et sanguines. Ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastases. 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.P9).

1.3 Selon le dictionnaire médical :

Nous désignons par ce terme les tumeurs malignes qui s'étendent rapidement et ont tendance à se généraliser. On admet que le cancer se développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de défense de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire.

2. Types de cancers : on a deux types :

2.1. Tumeur bénigne : Elle se caractérise par trois éléments ;

2.1.1 Macroscopiquement : par un aspect bien limité, voire encapsulé, non infiltrant, homogène ;

2.1.2 Microscopiquement : Elle garde les caractères du tissu d'origine, toutes les cellules sont identiques, elle se développe en même temps que son « stroma nourricier », les mitoses sont rares et sans anomalies, son aspect est régulier, les néo vaisseaux sont rares.

2.1.3 Par son évolution : Lente et progressive, locale, non récidivante après exérèse ; avec pas ou peu d'expression d'oncogènes (gènes capables de provoquer une cancérisation).

2.2. Tumeur maligne :

Au contraire, elle se distingue par :

2.2.1 Macroscopiquement : par un aspect mal limité, infiltrant, hétérogène ;

2.2.2 Microscopiquement :

Elle ne garde pas toujours les caractères du tissu d'origine ; elle a un développement anarchique ; des mitoses sont fréquentes et souvent atypiques , les cellules sont souvent de tailles inégales avec de nombreuses atypies cytonucléaires, perte de Contact entre les cellules, nombreux contingents cellulaires tous différents, sécrétions de facteurs de croissance, augmentation de l'expression des oncogènes et rupture de l'équilibre entre oncogènes et anti-oncogènes présents à l'état normal; l'ancogènes est importante.

2.2.3. Par son évolution : rapide ou lente selon les types de cancer ; locale et général ; et récidivante après exérèse. (Marylène. B & AL, 2010, p13 -14).

3. 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.

4. Les types de dépistage :

4.1 Un dépistage individuel : pratiqué en fonction des facteurs de risque du patient à l'initiative de son 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.

4.2 Un dépistage collectif : sur une population bien définie 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)

5. Principes généraux de la thérapeutique des cancers selon leurs stades :
On distingue trois stades de cancer ; localisé, locorégionnellement avancé et le cancer métastatique.

5.1 Un cancer localisé : est synonyme d'atteinte limitée à l'organe (parfois Une extension minime ganglionnaire), il correspond en général à un stade 1-2.

5.2 Un cancer loco-régionnellement avancé : signifie une extension locale et ganglionnaire souvent importante, correspondant à un stade 3.

5.3 Un cancer métastatique : témoigne d'une diffusion dans l'organisme du cancer (stade 4).

5.4 Un cancer localisé aura un traitement dont l'objectif sera curatif.

5.4.1 Avec des traitements locaux : Chirurgie le plus souvent et/ou radiothérapie et parfois traitement complémentaire systémique en pré et ou post intervention : chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie.

5.4.2 Pour un cancer loco-régionalement avancé : Dans ce cas la l'objectif reste curatif en général avec selon les cas soit le même type de schéma que le cancer localisé, soit une association radiothérapie exclusives, souvent concomitantes, quand le cancer est trop avancé pour une chirurgie.

La chimiothérapie sera quasiment toujours nécessaire car le cancer a envahi les ganglions ce qui nécessite un traitement systémique pour agir sur les potentielles cellules circulantes disséminées ou micro-métastases non visible sur le bilan d'extension.

5.4.3 Le cancer métastatique : Le traitement locorégional (chirurgie, radiothérapie) est inutile (en général) car la maladie est disséminée et ce traitement ne permettra pas de traiter les autres foyers néoplasiques. Cependant, il est parfois nécessaire à titre symptomatique.

Seule la chimiothérapie est indiquée le plus souvent, car elle permet d'agir sur l'ensemble des zones cancéreuses, c'est un traitement systémique.

6. 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.

A. Facteurs liés à l'hôte :**1. Hérité :**

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 (dominant ou récessif) ; qui représentent 5 à 10% des cancers.

Les pathologies héréditaires à transmission mendélienne sont rares. Le cancer peut soit y être au centre du tableau clinique (rétinoblastome, cf. ci-dessous « oncogènes et anti-oncogènes »), soit compliquer une maladie héréditaire sous-jacente (neurofibromatose de Recklinghausen, néoplasies endocriniennes multiples de type 1 ou 2, ataxie-télangiectasie).

Les pathologies héréditaires touchant des localisations communes, colique ou mammaires ; sont moins rares. Des exemples en sont le syndrome sein-ovaire lié à BRCA1 et BRCA2, le syndrome de Lynch 1, où plusieurs sujets d'une même famille ont une même localisation (colon-rectum) ; et le syndrome de Li-Fraumeni, où des tumeurs de localisation différentes sont associées chez un même sujet ou d'un membre à l'autre d'une famille.

On connaît des syndromes génétiques avec ou sans aberration chromosomique, rares, qui peuvent se compliquer de cancer (leucémie dans la trisomie 21). Dans d'autres cas, le cancer fait partie du tableau clinique (tumeur de Wilms dans le syndrome WAGR).

2- Facteurs endocriniens :

Ils sont liés 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 ménarche 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).

B. Facteurs externes :

L'importance pratique des facteurs externes de la carcinogenèse est majeur, 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 prémices connus : sir Perceval pott avait noté dès la fin du XVIII siècle la fréquence de cancer de scrotum chez les ramoneurs, dans les culottes étaient en permanence souillées de suie et de godron .Beaucoup de produit chimiques ont vu leur responsabilité démontrée dans l'incitation de cancers, les mieux connus étant le benzène (leucémies myéloïdes chronique) et l'amiante, mais surtout le tabac (tumeur bronchiques, ORL, vésicales).

Ces toxique chimiques ou leurs métabolites se fixent sur l'ADN dont ils provoqué 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 nouvelle substance chimique 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) Radiation :

Les rayonnements ionisants, qui lèsent le génome, ont provoqué des cancers à la suite de leur usage sans précaution aux débuts de la radiologie et de la radiothérapie, chez des scientifiques et médecins. Le type du rayonnement influence l'organe touché : à la suite du Hiroshima, on a observé une augmentation de l'incidence des leucémies, alors que le passage du nuage de Tchernobyl a provoqué une augmentation de l'incidence des cancers de la thyroïde.

Les champs électriques ou magnétiques sont aussi suspectés d'augmenter modestement l'incidence des leucémies et des tumeurs cérébrales dans le voisinage des lignes à haute tension, sans preuve définitive cependant.

L'exposition au rayonnement UV, par la pratique du bronzage, endommage l'ADN et jusqu'au gène P53 qui devrait contenir ce dommage ; elle est responsable de l'augmentation régulière du nombre annuel de cancers cutanés, en particulier dans les continents ensoleillés comme l'Australie.

3) Les virus :

Un effet cancérigène viral est démontré chez l'homme pour quelque 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.

4) 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

C-Mécanismes génétiques de la carcinogenèse :

L'origine monoclonale des cancers a pu être vérifiée dans de nombreux cas à l'aide de marqueurs génétique comme l'expression de glucose-6-phosphate déshydrogénase dont le gène, situé sur le chromosome X, est polymorphique. Chez les femmes hétérozygotes toutes les cellules expriment la même forme, ce qui indique que la masse tumoral correspond à un même clone cellulaire. La monoclonalité a été également démontrée par la production anormale d'une immunoglobuline monoclonale et/ou par l'analyse cytogénétique.

1) Oncogènes et Anti-oncogènes :

Toute tumeur humaine résulte donc de la transformation maligne d'un clone dérivant d'une même cellule malade. L'anomalie responsable de la transformation cancéreuse, transmissible par division cellulaire, consiste en une altération majeure de l'information génétique : tout cancer est initialement une maladie de l'ADN. On a identifié des gènes cellulaires capables de transformer une cellule normale en une cellule cancéreuse. Il en existe schématiquement deux types, ceux qui favorisent la prolifération cellulaire et ceux qui l'inhibent.

De fait, on identifie deux types de modifications géniques susceptibles de provoquer la cancérisation d'une cellule : l'activation de certains gènes appelés oncogènes et l'inactivation de certains gènes appelés anti-oncogènes (ou gènes suppresseurs de tumeurs).

Les oncogènes et les anti-oncogènes dans leur état sauvage sont des gènes à l'origine de protéines qui gèrent le cycle cellulaire. Très rustiquement, les oncogènes sont des gènes favorisant la prolifération cellulaire alors que les anti-oncogènes la freinent.

2) Facteurs de croissance cellulaire :

Puisqu'elles en ont peu besoin, les cellules cancéreuses sont particulièrement sensibles aux facteurs de croissance (FC). Les proto-oncogènes transfèrent l'information du milieu extracellulaire (facteurs de croissance) vers le milieu intracellulaire jusqu'au noyau. Cette transduction de signal s'opère à travers une cascade de ces phosphorylations. Les proto-oncogènes intervenant à toutes les étapes de ce processus. On connaît ainsi six groupes de proto-oncogènes qui, lorsqu'ils sont activés (généralement par mutations ou par délétions), deviennent des oncogènes. Parmi ces gènes beaucoup codent pour des récepteurs de facteurs de croissance.

On peut ainsi citer :

A. Les facteurs de croissance eux-mêmes : ce sont de petits peptides interagissant par des liaisons avec des récepteurs spécifiques pour

transmettre un « signal » de croissance. Certains codent des oncogènes, ainsi c-sis qui code pour la chaîne du récepteur du FC dérivé des plaquettes (PDGF) : dans ce cas la transformation maligne n'est possible que s'il excite une surexpression du récepteur.

B. Les récepteurs des facteurs de croissance : ces glycoprotéines comportent un domaine extracellulaire auquel se lie le FC, un domaine transmembranaire, et un domaine intra-cytoplasmique avec une activité tyrosine-kinase. Ainsi l'oncogène *erbB* est identique au récepteur du facteur de croissance épidermique (EGF) ; la perte du site de liaison à l'EGF entraîne l'activation permanente du récepteur qui envoie alors des signaux mitotiques en permanence.

C. Les seconds messagers qui transmettent le signal d'activation génique jusqu'au noyau (Florian S & al, 2000, p12-15).

7. Les facteurs de risque : on trouve les facteurs environnementaux, les facteurs infectieux, facteurs professionnels, facteurs iatrogènes, et enfin les facteurs génétiques.

1-Facteurs environnementaux :

1.1 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.

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

- a) Agents toxiques : nicotine
- b) Agents cancérigènes : nitrosamines, benzopyrènes, goudrons...
- c) Agents irritants : acétone, phénols, acide cyanhydrique
- d) Monoxyde de carbone.

1.1.3 Le potentiel cancérigène dépend de : La durée (âge de début du tabagisme), la dose quotidienne et totale (en paquets-année), et l'association avec l'alcool : action synergique pour certains cancers.

1.2 Alcool : Il est responsable de 10% des décès par cancer. Il existe une relation dose-effet (dose en g/jour), sans effet seuil.

Les effets sont : Irritation chronique : atrophie de la muqueuse, hépatite, baisse des défenses immunitaires et carence nutritionnelle, effet synergique avec le tabac, il est à l'origine de : cancer des VADS et de l'œsophage, cancer du foie, cancer du pancréas, cancer colorectal, cancer du sein.

1.3 Alimentation : 35% des décès par cancer sont favorisés par une mauvaise alimentation

1.3.1 Les facteurs de risque :

- a) Un régime alimentaire hypercalorique riche en graisse animale favorise les cancers du sein, de la prostate, du colon, de l'ovaire et de l'endomètre.
- b) L'obésité est un facteur de risque de cancer hormono-dépendant chez la femme (sein, endomètre).
- c) Une alimentation trop salée ou riche en nitrosamines et en nitrites est un facteur de risque de cancer du pharynx, de l'estomac et de l'œsophage.

1.3.2 Les facteurs de protecteurs : alimentation riche en fruit et légumes.

1.4 Agents chimique et physique : Les agents chimiques et physiques caractérisés par les rayons ultra-violet et les cancers radio-induits.

1.4.1 Les rayons ultra-violet :

Responsables de cancers cutanés (carcinome spino- et basocellulaires, mélanomes) et de 1 % des décès liés aux cancers.

1.4.2 Les cancers radio-induits : leucémie, cancer de la thyroïde, cancer du sein, cancer cutané, sarcome...

2. Facteurs infectieux :

2.1 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.

Les virus : on distingue six types de virus, HTLV, EBV, VIH, HHV8, VHB-VHC, HPV16 et 18.

- 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).

3-Facteurs professionnels :

3.1 Expositions professionnelles.

Toxiques	Profession	Cancers
Amiante	Isolation, industrie du verre, centrales thermiques, chantier naval	Plèvre (mésothéliome) et poumon
Poussières de bois	Menuisier	Adénocarcinome de l'ethmoïde
Amines aromatiques	Peintures, textiles	Vessie
Rayonnement ionisant	Paramédical	Cancer cutané, hémopathie

Les cancers professionnels occasionnent 2% des décès par cancer, les secteurs les plus touchés sont la construction en bâtiment, la réparation automobile, la métallurgie, la santé

4-Facteurs iatrogènes : Elles sont composé de deux facteurs médicaments et irradiation :

4.1 Médicaments : en trouve 04 types de médicaments suivent:

- a) Chimiothérapie: cyclophosphamide et cancer de la vessie, hémopathies;
- b) Antioestrogènes (Tamoxifène) et cancer de l'endomètre ;
- c) Les traitements hormonaux substitutifs sont associés à une faible augmentation du risque de cancers homonodépendants (sein, endomètre (si mal TH conduit) ;
- d) Immunosuppresseurs et lymphomes ou cancers solide.

4.2 Irradiation : Les néoplasies radio induites en particulier les leucémies, les cancers de la thyroïde, du sein, les cancers cutanées, les sarcomes.

5-Facteurs génétiques :**5.1 Génétiques :** on trouve généralement les facteurs suivants :

- a) Antécédents familiaux simples (agrégation familiale, sans mutation identifiée) : cancer de la prostate, du sein, du colon...
- b) Prédispositions : Mutation génétique ou anomalie chromosomique identifiées : il existe une mutation héréditaire sans expression phénotypique. Exemple : mutation de BRCA 1 et 2 (cancer sein-ovaire), Chromosome Philadelphie t (9 ; 22) et LMC.
- c) Syndromes héréditaires prédisposant : ils sont dus à une mutation mais ils s'expriment par un ensemble de manifestations cliniques identifiables, parfois bénignes : Syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale, Maladie de Von Hippie Lindau, Xeroderma Pigmentosum... (Bellesoeur.A & al, 2014, p17-19).

8. Les problèmes psychologiques chez les cancéreux:

Lors e 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:

1. le déni: le patient refuse la réalité du diagnostic et/ ou sa gravité ;
2. la révolte : qui se manifeste par de l'agressivité envers le personnel soignant ;
3. le marchandage ;
4. la dépression ;
5. 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).

9. 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).

10. Traitement du cancer : En a distinguer trois types de traitement :

10.1 La chirurgie :

Partie de la thérapeutique qui comporte une intervention manuelle sous forme d'intervention sanglantes ou de manœuvres externes.

10.2 La radiothérapie :

Emploi thérapeutique des rayonnements ionisants. On utilise souvent le terme radiothérapie pour désigner spécifiquement le traitement par les rayons X (röntgenthérapie).

10.3 La chimiothérapie :

A l'origine, thérapeutique basée sur l'infinité particulière que possèdent certains composés chimiques pour certains micro-organismes, sans léser les tissus organiques. Actuellement, administration d'un produit chimique afin de guérir une maladie ou d'enrayer sa progression. (Encyclopédie, 2009, P182-792).

Conclusion

La pathologie cancéreuse est un domaine qui est largement exploré par les chercheurs est devenu un véritable enjeu de santé publique, un certain nombre de concepts et de théories ont été développés dans l'espoir d'aider les individus à mieux faire face à cet événement de vie particulièrement angoissants.

Partie pratique

Chapitre IV :
Le cadre méthodologique

IV : Cadre méthodologique de la recherche

Préambule

- **Pré enquête**
- **Les méthodes de la recherche**
- **Techniques de la recherche**
- **Population d'étude**
- **Présentation du lieu de recherche**
- **Les outils de la recherche**
- **Le déroulement de la recherche**

Conclusion

Introduction :

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.

I- La pré-enquête:

C'est une l'étape préliminaire qui précède la réalisation de notre recherche sur l'angoisse de mort chez les cancéreux sur le terrain.

Dans cette étape on a recueilli le maximum d'information, sur la capacité de déroulent de notre recherche sans 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.

On a applique le test de rorschach et quelque question de guide d'entretien sur (deux) cas et on a constaté qu'ils ont bien compris la consigne et les question de guide d'entretien ce qui nous a permet de continué 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, 2007-2008 P 76).

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 la clinique d'Akbou et à cause de manque d'anoncement de diagnostique nous à obligé à nous déplacer au niveau de CHU de Bejaïa.

II- Méthode de recherche :

On a choisie la méthode clinique qui comporte deux niveaux complémentaires le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil in vivo des informations en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en

respectant le contexte du problème, alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats, le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet.

Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa Vie ; Dans ce cadre les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits, ainsi que des modes de résolution de ces conflits.

La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite.

Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement, analyse de contenu, analyse psychopathologique et analyse de l'énonciation; permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question cette méthode vise moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées.(Pediell. J, 1999, p10).

III- Technique de la recherche :

Dans notre recherche on se base davantage sur l'étude de cas, qui consiste à l'observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

L'étude de cas est naturellement à la cour de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence ; C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme S. Freud ou p. Janet pour décrire les névroses illustres des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour les maladies et leur évolution. Par l'étude de cas, le psychologue clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées.

Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet; l'étude de cas pour objectif d'aider de comprendre le sujet, ainsi qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives...etc).

Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux (chahraoui. k et Bénong. G, 2003, p125-127).

IV- La population d'étude et caractéristique de choix:

Notre recherche porte sur 4 cas de jeunes adulte âges de 29 ans jusque 49 ans de sexe féminin (02) et masculin (2) et on a choser ces 4 cas d'une manière volontaire selon des critères d'inclusion des groupes d'étude.

1 - Les critères d'inclusion des groupes d'études:

- a-** En a prit les patients uniquement attiens d'un cancer.
- b-** En a chaisier les cancéreux qui souffrent pas des troubles de la personnalité.
- c-** Les cancéreux sont des adultes âgés entre 29- 49 ans, on a évitons les âges de l'adolescence et la vieillesse.

2 - Les caractéristiques de groupe d'étude :

2-1- tableau N°01 : represent des caractéristiques de groupe d'étude :

Cas Caractéristique	Age	Niveau d'instruction	Type de maladie	Situation familial	Situation
Ghania	49 ans	Secondaire	Caner de sien	Veuve	Femme au foyer
Hamid	30 ans	Lycie	Adénopathie inflammatoire	Célibataire	Styliste modéliste
Ghanou	29 ans	Moyenne		Célibataire	Son statut particulair e
Rihanne	48 ans	Lycie	utérus	Marie	Femme au foyer

Le tableau N°=01 récapitule les cas de groupe d'étude il s'agit de quatre (4) cas déférents, deux (02) cas féminin (Ghania, Rihanne) et deux (02) autres cas masculins (Hamid, Ghanou) au niveau de CHU de Bejaïa

V- Durée et lieu de recherche :

1. Le CHU de Bejaia :

Avant 1990 le secteur sanitaire de Bejaia ne disposait que d'un seul hôpital de 120 lits (**Frantz Fanon**) et d'une annexe à **Aokas**, et devant croissance continuelle des besoins de la population en matière de santé, il était nécessaire de développer d'autre structure, à cet effet, en nombre 1990 l'hôpital **Khallile Amrane** fut mis en service.

Il est appelé hôpital « **Khallile Amrane** » en hommage à Me **Khallile Amrane** qui est née le 03/11/1931 à Bejaia au sein d'une famille constitué de

nombreux enfants ; après des études primaires et secondaires à Bejaia, il a poursuivi ses études supérieures en chirurgie dentaire à Algérie ; en Mai 1956 alors qu'il était en 4^{ème} année, **Khallile Amrane** répond à l'appel de « **U.G.E.M.A** » (union générale des étudiants musulmans algériens). Il rejoint alors les maquis de la wilaya trois(3) ; les connaissances acquises en médecine lui ont permis de soigner de très nombreux blessés et de former près de 200 infirmiers.

C'est en décembre 1961 que l'aspirant **Khallile Amrane** appelé « si-Ali le sanitaire » est tombé au champ d'honneur à « **Tifra SIDI Aiche** ».

C'est à partir de 01/01/2010, que l'hôpital « **Khallile Amrane** » est devenu un centre hospitalisé universitaire (CHU).

1.1. Présentation de (CHU) de Bejaia :

Le CHU de Bejaia est une structure d'hospitalisation dépendante du secteur sanitaire de Bejaia avec une capacité de 203 lits (capacité réelle).

Il est composé de :

1.1.1 Service d'hospitalisation qui comprend :

- a. Médecine interne avec une capacité de 55 lits.
- b. Réanimation avec une capacité de 8 lits.
- c. Pédiatrie avec une capacité de 37 lits.
- d. Chirurgie générale avec une capacité de 55 lits.
- e. Chirurgie orthopédique avec une capacité de 47 lits.

1.1.2 Plateau technique qui comprend :

- a. Bloc opératoire.
- b. Imagerie médicale (radio, scanné).

- c. Labo d'analyse médicale.
- d. Pharmacie.
- e. Urgences médicaux chirurgicales.

VI- Outils de la recherche :**1- Le test de Rorschach :**

Le test comporte dix images ou planches. La première est noire. Les deux suivantes sont en noir et rouge. Les 4^{em} 5^{em} 6^{em}, 7^{em} sont noires. Les trois dernières sont colorées.

L'administration du test ne s'accommode pas de consignes immuables. Les explications à donner au sujet varient selon son âge, sa psychopathologie, son degré d'instruction. Le sujet doit consentir à l'épreuve. Une consigne impersonnelle et au conditionnel du genre « ce qu'on vous demande de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces »taches » offre toute chance de stimuler le sujet sans l'orienter. Il peut être utile de préciser que la durée est libre, que chacun est libre de voir ce qu'il veut, qu'à la différence des tests d'aptitudes qui lui ont été administrés auparavant dans le cas d'un examen général, il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses, qu'en un sens ici toutes les réponses sont bonnes, mais on ne doit fournir aucun exemple de réponse. Les planches ont un haut et un vas et sont présentées en position droite. Il n'est pas nécessaire d'inviter le sujet à les renverser de haut en bas ; on attend qu'il le fasse spontanément ou on le lui permet s'il le demande. L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet. Le tableau de ces temps permettra ensuite de savoir à quelles planches le sujet s'est notablement écarté de sa moyenne habituelle et, par conséquent, quels points vulnérables ont été touchés en lui. Une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a

vue. C'est l'enquête. Elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation ; déterminant ; contenu ; une quatrième colonne servant souvent à noter les banalités et les tendances). L'art de l'enquêteur est d'obtenir du sujet l'analyse du matériel a été élaboré par nombre d'auteurs ; E Minkowski M. Monod, R. Mac Cully, moins, D. Anzieu, N. Rausch de Trautenberg .en s'appuyant sur leurs travaux, Catherine Chabert (1983) a proposé une analyse du contenu manifeste et du contenu latent du teste de rorschach que nous résumons ici.

1-1 L'approche descriptive des planches :

Au niveau le plus proche possible du percept, permet de les regrouper en fonction de leur dimension structurale, selon que celle-ci présente un caractère unitaire (I,IV,V,VI,IX) ou qu'elle obéit à une configuration bilatérale (II,III,VII,VIII) ; par ailleurs, les planches se distinguent quant à leur dimension sensorielle : planches gris- noir ou contrastées noir /blanc , planches rouges, planches pastel .ces deux dimensions « objectives » servent de base à la méthode d'analyse des protocoles puisque l'appréhension de la construction formelle (dimension structurale) est classiquement considérée comme porteuse de la démarche cognitive et que la sensibilité aux couleurs (dimension sensorielle) est empiriquement associée aux affects.

C'est la combinaison de ces deux dimension qui fonde l'analyse du contenu latent de chacune des planches .celle-ci permet de regrouper les sollicitations implicites du matériel en référence d'une part à l'image de soi, d'autre part aux représentations de relations, les deux aspects étant liés, bien entendu.

1-2 La problématique de chaque planche :

La planche I : situe le sujet face au teste, ce qui peut lui faire vivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu. La planche I sollicite

des images évocatrices de relations précoces au premier objet ; par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation à l'image maternelle).

La planche II : construite autour de la lacune intermusculaire ,en configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc , noir)est appréhendée ,dans ses répercussion les plus archaïques ,comme un tout éclaté :la lacune médiane est ressentie comme vide interne ,faille corporelle fondamentale ,les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors ont échoué .dans le registre des modalités de relation ,ce type d'image de soi s'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et /ou destructrices .

A un niveau plus évolué, la planche II renvoie préférentiellement à une problématique de l'ordre de l'angoisse de castration : le Dbl est ressenti comme trou, blessure, parfois contre –investi par la valorisation de la pointe médiane interprétée comme symbole phallique .les références féminines sont fréquentes (règles, gestation, naissance, fantasmes sexuels...).

Dans le registre relationnel, la planche II sollicite des scénarisons dans lesquels les investissements pulsionnels sont fortement mobilisés soit dans leur valence agressive (par exemple : le combat de deux ours), soit dans leur valence libidinale (deux animaux qui s'embrassent, museau contre museau).

La planche III: met à l'épreuve la solidité du schéma corporel puisque le matériel manifeste offre une figuration claire de personnages humains ; par ailleurs, la planche III met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé .les conflits peuvent

apparaitre, le sujet se sentant tiraillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

En ce qui concerne les représentations de relations, les évocations sont moins brutales qu'à la planche II, tout en ayant à voir également avec le maniement pulsionnel libidinal ou agressif. Le caractère plus socialisé des modalités relationnelles est justifié par la prégnance d'une banalité, (les partiels personnages humains constituent une banalité), la participation subjective et donc projective étant moins sollicitée.

La planche IV: Ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps ; Elle est plutôt au schéma corporel. Évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence. Dans les meilleurs des cas, la puissance phallique est associée à une image masculine, ce qui a pu justifier l'interprétation de la planche IV comme « planche paternelle » ; Mais il arrive aussi que l'évocation d'une imago maternelle phallique et dangereuse soit dominante à cette planche, cette dernière rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance : identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs (géant, motard, ding-Kong), ou bien passivité, réceptivité (favorisée par l'aspect estompé de la tache), à travers des productions signifiantes telles que descente de lit, parchemin brûlé, fleur étrange.

La planche V: Est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi. Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de « self » plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toute forme de fragilité narcissique : affirmation mégalomane de toute forme de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou

affirmation mégalomaniacale de toute-puissance, ou encore exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques.

Enfin, la planche V reste celle de l'évidence (prégnance de la Ban) et constitue l'épreuve de réalité fondamentale dans l'approche du monde extérieur, montrant par là même l'interdépendance étroite qui soude la représentation de soi et le rapport aux objets externes.

La planche VI: Est classiquement considérée comme porteuse de symbolisme sexuel. Cependant, si la dimension pénienne-phallique est dominante (D. Med. Sup. : stylo, totem, épée), la bisexualité caractérise cette planche puis qu'elle éveille également une sensibilité passive, réceptive associée à des images sexuelles féminines (en particulier dans sa partie inférieure, fleur, sexe de femme).

La planche VII: N'a jamais démenti sa résonance essentiellement maternelle, justifiée « objectivement » par sa configuration en creux, par l'étendue de l'inter-pénétrabilité du blanc et du gris. On y découvre toutes les modalités possibles des relations à l'image maternelle, des plus archaïques aux plus évoluées : relations symbiotiques ou fusionnelles, relations d'objets marquées d'analité ou d'oralité, sentiments de bien-être ou d'insécurité, apaisement, béatitude ou angoisse, dépression liée à la perte, quête éperdue d'un bon relations d'objet...La planche VII est un médiateur exceptionnel des relations précoces. Dans un registre identificatoire, elle permet au sujet de se situer par rapport à un modèle féminin : opposition, conflit ou soumission passive, valorisation ou dévalorisation des images féminines.

La planches pastel (VIII, IX, X): Suscitent l'émergence d'émotions et d'affects et permettent par là même de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement.

Il est difficile pourtant de dégager l'appel spécifique de chaque planche : les réactions y sont très diverses, ne favorisant pas le regroupement thématique. Cependant on reconnaît que la planche VIII reste la planche des « contacts avec le monde extérieur », que la planche IX favorise les références maternelles précoces (planche « utérine »), que la planche X enfin peut être considérée comme planche d'individuation et de séparation; Par ailleurs les planches pastel ont en commun de faciliter la régression : la prégnance des couleurs, l'intensité ou la stimulation externe viennent éveiller la sensibilité au réel ; seront réactivées les manifestations plus anciennes, primitives d'une sensorialité précoce, d'un vécu antérieur au langage verbal, touchant chez le sujet des expériences de plaisir et de déplaisir liées à ses contacts initiaux avec son environnement relationnel.(Chabert .C. 1961 ,p107-112)

2- L'entretien semi-directif :

Est une technique directe d'investigation scientifique utilisée au près d'individu, pris isolement, mais aussi, dans certains cas, au près de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitative en vue de connaître en profondeur les informations. (Engers. M, 1997, p144)

2-1 Le guide d'entretien semi-directif :

La pré-enquête nous a aidé à développer un guide d'entretien semi-directif, en vu d'apporter des réponses à la problématique et de confirmer ou infirmer les hypothèses de notre recherche ; notre guide d'entretien contient trois axes :

Le premier axe on s'est basé sur le renseignement personnel, le deuxième axe sur le renseignement des antécédents de la maladie, le troisième axe le renseignement sur le vécu psychologique devant la maladie et la relation du malade avec ses familles.

VII : Le déroulement de la recherche :

Notre terrain d'étude est le service de CHU de Bejaia, après l'accord de l'administration et la psychologue du service qui nous ont orientés vers notre population d'étude. Notre première rencontre avec les patients nous a permis de les solliciter d'accepter de nous donner des informations sur leur maladies et on leur a expliqué que ce déroulement restera un sucré professionnel et après on leur a donné un rendez vous pour appliquer le test de rorschach, après avoir pu tenir le rendez vous on leur a présenté le test qui se compose de dix planches. Après la passation du test on a essayé de les soulager et les aider à combattre leur maladie, puis on a pris un autre rendez vous pour faire notre guide d'entretien; la réalisation de notre guide nous a permis d'effectuer notre but de recherche.

A la fin on les a remercié et saluer on espérant les revoir.

Conclusion :

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 V :

Présentation, analyse et discussion des résultats

I- Présentation et analyse des données de l'entretien et de test

V : Présentation et analyse des résultats

- **Présentation et analyse des données de l'entretien et de test**
- **Discussion des hypothèses**

Nous avons effectué des visites guidées par le psychologue de centre, en vue de rencontre des cancéreux.

On a procédé d'une manière identique pour tout les sujets, on se présente d'abord comme des psychologues en stages dans le cadre d'une recherche pour la préparation de notre recherche, ensuite, nous informons les sujets de notre démarche (effectué un test, administré d'un entretien), nous les informons notamment que les résultats vont être utilisé a des fins de recherches tout en gardant leurs anonymats.

1- Présentation et analyse de l'entretien des cas :

1.1- Présentation du premier^{1^{er}} cas :

M^{me} Ghania est une femme âgée de 49 ans, originaire de la Kabylie. Elle s'est mariée a l'âge de 34, elle deux garçons et une fille.

1.2- Analyse d'entretien clinique du premier cas :

Notre entretien avec **Mme Ghania** est déroulé dans le bureau de la psychologue du centre, dans des bonnes conditions où elle a montré une attitude coopérative. Dès le début elle s'est met très aise et répond a nous question avec rapidité et son complexité.

Mme Ghania, souffre d'un cancer de sein depuis l'année 2013 à cette année la, elle a ressenti des douleurs au niveau de son bras droit, une semaine après, son bras est paralysé, elle a décidé de consulter un médecin ou elle a découvre sa maladie qui s'agit d'une tumeur maligne, elle a fait six sciences de la chimiothérapie, après elle a fait une intervention chirurgical ou elle a relevé son sein droit. Un an après les médecins la proposé de faire la radiothérapie, mais malheureusement a cause de manque de moyens. Elle n'a pas pu la faire. Ce qui a provoqué une métastase ver le poumon gauche.

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Sur une autre maladie à part la tumeur, elle nous dit : « uhlikegh kra siwa drukila yi » « je souffre de rien sauf ce monstre la ». Ce qui montre l'angoisse sur sa maladie.

A propos de quelqu'un de sa famille qui atteint de cette maladie, elle nous a dit « (elle pleur) vava is 3a le cancer n la vissé imis3igh 33 sna,dhwargaziw iks3an le cancer la prostate imoth 30 janvier 2015,nwigh dnek arymthan finalement yamouth nta » « j'ai mon père qui souffre du cancer de vissé, il est décidé quand j'avais 33 ans, et mon mari qui souffre du cancer de prostate, qui est mort depuis 30 janvier 2015, j'ai cru que c'est moi qui va mourir finalement contraire » ce qui montre qu'elle pense à la mort .

Concernant ces pensées sur l'atteinte de cette maladie « jamais khamemgh adyasse was ads3ogh lahlakagi, mais lmot dsah garaghtid » « j'ai jamais pensé qu'il viendra le jour où j'atteins cette maladie, mais je pense à la mort ». Ce qui montre son angoisse de mort.

Sur son vécu leur de l'annonce du diagnostique, elle nous a dit « tnayide at3aladh aparation gthebouchethim dhina kan fahmaghe, outroughara dhina achukan midewdhaghe akham trughghadheniyi warawiw idrabagh selmahna » « elle ma dit tu va faire une opération au niveau du sein à ce moment j'ai bien compris, je n'ai pas pleuré L'abas lorsque j'ai arrivé à la maison j'ai pleuré sur mes enfants, je les éduqué dans la condition difficile ». Ce qui montre son inquiétude, désespoir, elle ne veut pas mourir et laisser ses enfants.

Sur le changement des activités après l'annonce du diagnostique elle nous a dit « zik chaghliw vhal tilift ma tura talayaghten swalniw, khedmagh mais machi » « Avant je fais mes activités comme un cochon, mais maintenant je les regarde avec les yeux ce n'est pas comme avant maintenant je suis angoissé ».

Ce qui montre l'impacte de la maladie sur ses activités ce qui a crié chez elle un angoisse.

Sur leur sentiment au temps qu'elle est dans le service, elle nous dit : « l'accueil ça va nchallah ay 3iwnene adiks o tklakagi. Toujours lmoth gar walniw, elle pleure » « la normal j'espère elles vont m'aider à dépasser cette angoisse et je pense toujours a la mort ». Ce qui montre la peur de la mort.

On lui a demandé de nous parler de sa vie avec cette maladie, elle nous dit : « tkalkyi, chitoh kan, ma3na akli t3ichegh amniki amel3ibad » « elle me fait angoissé, mais je vis comme les autres ». Ce qui montre son angoisse et sa résistance.

A propos de la peur de sa maladie, elle nous dit : « ugadghara lehlakagi, ugadegh admtegh adejagh arawiw » « Je n'ai pas peur de cette maladie, mais j'ai peur de mourir et laisser mes enfants ». Ce qui montre un rempili sur soi.

Concernant la réaction de sa famille à l'égard de sa maladie, elle nous dit : « watma iktrune aktriw.ama argaziw ichetfa felahlakiwe ikarhyi lhal » « c'est ma sœur qui a pleuré plus que moi, par contre mon marie plaisanté de ma maladie. Ça ma fait mal au cœur ». Ce qui montre l'influence de l'environnement sur sa maladie.

Au sujet de sa relation avec son conjoints et sa famille avant et après la maladie, elle nous dit : « nek dwargaziw arigh lwans arghors nta id kolche mais nta ita3 dalyé t3dawt.o3achghara bien dhyeds amihalkaghe dayan kifkif » mon conjugué je le concéder tout pour moi mais lui il me concéder comme son Reval après ma maladie c'est la même chose ». Ce qui montre la perturbation de la relation entre eux. « ... mayla tafamilte nwargaziw oudoufigh had izathi, mayla tafamiltiw oufigh mlih igma mais tura ilatha dwarawis » « Ce qui concerne la famille de mon conjugué je n'ai pas trouvé personne a mes cotés. Avant et après

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

la maladie par contre ma famille j'ai mon frère qui ma beaucoup aidé mais maintenant il est occupé de ses enfants ».

Ce qui concerne les visites pendant l'hospitalisation, elle nous a dit « tusad yema ak d wetma » « j'ai reçu les visites de ma mère et ma sœur ». Ce qui montre sentiment d'abondance de la part de la famille de son conjoint.

Sur la question d'avenir elle nous a dit « tmanigh kan adhs3oun warawiw akham akan adhethenigh ma yougi rabi lamanaynas » « je souhaite d'avoir une maison pour mes enfants comme ca je mourais a l'aise ». Ce qui montre le sentiment de désespoir et l'angoisse de mort.

1.3- Protocole du 1^{er} cas (Ghania) :

N° de la planche	Textes	Enquête	cotation
01	17'' ...je suis faible, j'ai beaucoup de problème ; alors je se sais pas quoi raconté. -comme un animal...elle a des poumons mais elle son pas comme sa. ...comme un animal qui veux voler. 3'43''	[toute la planche] C'est la forme d'un animal avec des poumons, la tété, corps, est une maladie cancéreuse qui veux voler.	G F ⁺ Anat.
02	Deux poumons ; c'est une bougie de l'avenir. 1'03''	[les deux parties latérales noires] -ces la forme des poumons qui son malades. [pointe médiane. supérieure]	D F ⁻ Anat. D F ⁻ Obj.
03	12'' Deux médecins qui	[les deux parties noires latérale]	D F H Ban.

	<p>cherche à comprendre c'est quoi cette maladie de cancer, qu'est dans les poumons.</p> <p>53''</p>	<p>-A cause de la forme. [toute la partie noire inferieur médiane] -c'est la forme des poumons la mémé la couleur gris.</p>	<p>D FE Anat.</p>
04	<p>5'' C'est un monstre, c'est ma maladie qui sortcelui que dieux aime, le protège ; elle pleurs.</p> <p>27''</p>	<p>[toute la planche] -c'est la forme d'un monstre.</p>	<p>G F⁻ Clob (A).</p>
05	<p>38'' C'est ma maladietoute et noire entre les viens, il veut voler.</p> <p>1'14''</p>	<p>[toute la planche] -c'est la forme d'une maladie avec des viens et des ailles qu'il veut voler.</p>	<p>DF⁻ clob. D F⁻ anat. D F⁻ Kan Add</p>
06	<p>14'' Ce que je voix ; toute les personne sont ma maladie, des tache son apparus ; ces des poumons.</p> <p>32''</p>	<p>[les deux grandes parties latérales] -c'est la forme des poumons avec des tache de maladie.</p>	<p>D F⁻ clob anat.</p>
07	<p>22'' Elle me fait imagine, le malade parle avec un autre malade ; pleurs '' ; elle a commencé a me parlé sur sa maladie du cancer.</p> <p>2'04''</p>	<p>[toute la planche] -c'est la forme de deux malade parlent entre eux sur la maladie du cancer.</p>	<p>G F⁺ Clob H.</p>
08	<p>33'' Elle met sa tété en bas, l'animal entre dans</p>	<p>[les deux parties rose latérale] -c'est la forme des</p>	<p>D Kan clob.</p>

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

	notre poumon, cette animal c'est notre maladie du cancer. 59''	animaux. [gris et bleu (1et2 tiere)] - se sont des poumons à cause de la forme.	
09	18'' Elle me fait penser au debut de ma maladie. Entre les veins. 1'51''	[les points rose entière en bas] -c'est la forme de calme. [grande lacune et partie brunes latérale] -j'ai l'habitude de cette maladie a cause de la couleur.	D F clob anat. D CF abstr.
10	14'' Inchalah (j'espère) c'est l'avenir, les personne des fois ils pleurs et des fois c'est la joie. 1'04''	[brun latéral en bas] -c'est la couleur de mes larmes. [bleu latéral] -cette me fait penser au malheur (tristesse). [rose latérale] -C'est la couleur de joie.	D CF clob. D CF clob.

L'épreuve des choix :

Choix ++ :

Planche III : je suis avec des mains des médecins qui van me soigner.

Planche V : se sont des belles journées de fais comme ça et des fois ne son pas comme ça.

Choix -- :

Planche VI : Quant la maladie reviens apparaitre, et quand mon marie malade de cancer.

Planche IV : la premier journée de l'année du diagnostic.

1. 4-Psychograme :

Le psychograme de (1) cas (GHania):

Résultats	Type de la perception	Déterminants	Contenu
R=17 Refuse=0 T. total=13',83" Tps/R=48',82" Tps Lat=227" T.R.I=0K/3,5C E.Comp=0K/1,5E F.C=1,33 RC%=35% Ban=1 F%=100% F ⁺ %=32,53% A%=17,64% H%=11,76%	G=4 G%=23,52% D=13 D%=76,47% Dd=1 Dd%=5,88% Dbl=0 Dbl%=0	F ⁺ =5 F ⁻ =11 F ⁺ =1 K=0 Kan=2 C =0 E=0	A=1 Ad=1 H=0 Hd=0 Anat=7 Obj=1 Frag=0 Geo=0

1.5-L'analyse de protocole de Ghania :

Les réponses pour les planche de teste son très peut (17R), par rapport au temps total de (14mn) ce qui veut dire (49s/R). Ce qui peut renvoyer a l'angoisse et l'ambiguïté des planche, en fissent des commentaires en dehors du contexte de la planche (PLI). Elle arrive pas a déterminé la forme de l'animal(G), elle le voit dan sa totalité pour maitriser les excitations extérieure qui l'a provoqué de l'angoisse en se fissent allusion ou le maitriser (qui veut volé), mais cette tentative n'a pas durée longtemps pour la faire monter en haute (la tête) pour la mentaliser et pour s'en fuir de la réalité extérieure et intérieure.

Ce qui caractérise le protocole de « Ghania » c'est les réponses (Anat :07) qui peut renvoyer plissure narcissiques le décale de system de défense pour faire

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

force a l'angoisse suggérer par la réalité extérieure et l'angoisse de perte de soi intérieure, malgré qu'il s'agit de temps en temps d'une tentation de désister et de contenir(Ban), mais rapidement l'angoisse envahit les processus défensifs de mentalisation par la peur et la menace (Pl IV-V-VI-VII-VII-IX-X).

On peut dire que « Ghania » est envahit par l'angoisse de mort qui lui provoque de l'étouffement (poumon) dans plusieurs réponses, et qui a dominée les défenses narcissique et de temps en temps « Ghania » essaye de contrôler et de résister mais la fragilité des objets intérieur leur permettent pas.

Synthèse de 1^{er} cas

A travers l'analyse de l'entretien et le protocole de rorschach, on a constaté que madame Ghania souffre d'une angoisse de mort

2.1 - Présentation de deuxième cas :

M^{er}. Hamid, âgé de 30 ans le 1^{er} de la famille, il est de la wilaya de Bejaïa célibataire. Hamid a un niveau terminal puis il a fait une formation styliste homme et femme a Alger.

2.2-Analyse de l'entretien :

Notre entretien avec **M^{er}. Hamid** est déroulé dans le bureau de la psychologue de centre, dans des bonnes conditions ou il a montré une attitude coopérative. Dès le début il s'est met très alaise et répond a nos questions avec rapidité est son complexité **M^{er}. Hamid** souffre un cancer d'adénopathie inflammatoire, stade 2 type indéterminé, il a découvre sa maladie ressèment a travers des boules au niveau de corps il a fais 21seance de la chimiothérapie après il a fais une intervention chirurgicale puis il a fait 50 science de la radiothérapie.

A propos d'une autre maladie a part la tumeur il nous dit « j'ais pas d'autre maladie à pare les maladies banal comme la grippe ». Ce qui montre son inquiétude.

A propos de quelqu'un de ca famille qui soufre de ca famille, il a dit « yama ts3 le cancer de cerveau et ma sœur qui a un cancer de colon qui son décidées a cause de ça, c'est pour ça que je suis virement inquieté » « Ma mère a un cancer de cerveau » se qui montré son désespoir concernant ces pensé su l'atteint de cette maladie, il nous dit « j'ais jamais pense... Ads3ogh cette maladie » « J'ai jamais pensé un jour que j'atteins cette maladie ». Il montre qu'il n'a pas accepté cette maladie.

Sur son vécu leur de l'annonce de diagnostique, il nous dit « j ai vraiment pleuré Kammegh ar l mut n yemma d weltma » « ... j'ai pensé a la mort de ma mère et ma sœur » ce qui montre son angoisse de mort.

Sur ce sentiment entent qu'il est dans le service, il nous dit : « ami li ghdeg le service d'Alger aulighara bien par contre ami d klagh a l service agi je suis bien hamdoulah » « quand j ai été au service d'Alger j été pas a l'aise par contre ici je me sens bien » ce qui montre son soulagement.

On lui demande de nous parler de son vécu avec cette maladie il nous dit : « je vis normale » ce qui montre son résistance à propos de la peur de cette maladie il nous dit « aga d yar lehlak ayen id ifka rabbi mrahba » « j ai pas peur cette maladie ce que donne le dieu je l accepte ». Ce qui montre son ronflait sur soi.

Concernant la réaction de sa famille a l'égard de cette maladie, il nous dit : « ayetma ugaden felli vadan d ghari » « mes frères son inquiétés sur moi ». Ce qui montre la peur de ça famille.

Au sujet de relation avec sa famille après et avant la maladie « C'est la même chose pas de changement, chaque jeudi on se rassemble au salon on discute sur tout ce qui est passe durant la semaine, si on a des problèmes des difficultés on va les réglé ». Ce qui montre la résistance par l'étayage de soutien sociale qui minimise son angoisse.

Sur le changement des activités après l'annonce du diagnostique il nous a dit « depuis la découverte de ma maladie je suis en valide, j'ai tout abandonné » ce qui montre que sa maladie est un obstacle dans sa vie.

Ce qui concerne les visites pendant l'hospitalisation, il nous dit « Ur d youssi had, ayetma, lethan d l khalat n sen ma vav d yemma muten » « je n'ai pas reçu de visite, mes frères occupent de leurs femme, et mon Mama et papa sont mort » ce qui montre le sentiment d'abondance.

La question d avenir il nous a dit « Ur bghigh ara ad hlugh, m yella heligh à yittu rebbi, i taked rebbi lehlak iw d i k tehibi. BŸiŸ daŸen ad zawdgeŸ w ad

khemeŸ l 3umra i vava yak d yemma » « je n'ai pas envie de guérir, la maladie c'est la bénédiction de dieu, si je aguerrisse, il va m'oublier, ainsi que je veux faire une omra pour ma mère et mon père, je veux me marie » ce qui montre qu'il est optimiste.

2.2- Protocole du 2^{eme} cas (hamide)

N° de planche	Texte	Enquête	Cotation
01	12'' ... je pense <v quelle est complique, j'ai beaucoup de chose -....la colonne vertébrale, un système qui tourne-t-elle me fait penser au marche d'un bâtiment -tourne come les cellules cancéreux 2'51''	[La partie médiane entière] C'est la forme de la colonne vertébrale [Saillie supérieur latérales] Les formes des pôles [Saillie latérales haut] Tourne comme les cellules cancéreuses	D F ⁺ Anat. Dd F Hd. D Kp Anat.
02	32'' -V c'est un fusé <<sourire >> -Et des singes 3'31''	[les deux parties latérales noires] c'est le visage, les pieds, c'es la formes de deux seing [la pointe médiane supérieure] c'est la forme d'un fusé	D F obj. G F ⁺ A ban.
03	8'' -Je voix deus (02) personne - est deux (02) cœurs	[les deux parties noires latérale] deux personne ne prend quelle que chose	D K H. D CF Anat.

	- et une pierre 1'04''	[Rouge médiane] C'est la forme de deux cœurs [toute la partie noir inférieure médiane] c'est une chose sous forme d'une pierre	D F ⁺ Frag.
04	1'' -V c'est un grand problème ^ > je vois des montagnes, des arbres, de la neige -non c'est un cerveau 2'17''	[la partie limitée] c'est la forme d'un cerveau [grande sailli latérale inférieure] se ressemble à d'oses	D F ⁻ Anat. D F ⁻ pays.
05	39'' ...sourire...chauve souris 46''	[toute la planche] A cause de a forme une chauve souris avec des ailles et des pieds	G F ⁺ Hd Ban.
06	1'08 Sourire v sa me fait penser au cliché d'une radio, le dos c'est le même système -la colonne vertébrale ... une tache 2'05''	[toute la planche] - c'est la couleur d'une radio avec le dos - la colonne vertébrale - une tache - la graisse - cerveaux -l'aire et les pois blanche c'est la métastase	G CF ⁻ obj. D F ⁻ Hd. D F ⁻ Anat.
07	5'' -v^ c'est une carte géographique ... 46''	[toute la planche] _C'est la forme d'une carte géographique [grande lacune centrale] C'est une plage avec une ile	G F ⁺ Géo. Dbl F ⁻ frag.
08	4'' -Les l'ourses ... -un lac 36''	[partie rose latérale] A cause de la forme c'est des l'ourses [deux tieres bleu] C'est la forme d'un lac	D F ⁺ A. D F ⁺ frag.
09	1' La même chose <<une petite penser avec un geste du doit sur la tété	[partie rose entière, en bas] -C'est la forme d'une adénopathie avec des boules [grand lacune centrale]	D F ⁺ Anat. Dbl FE abst.

	>> -c'est une adénopathie inflammatoire avec des boules <>^ -C'est le système d'une inconscience 2'07''	-C'est le système inconscient qui peut prendre une dépression à cause d'une charge et beaucoup de problème	
10	48'' C'est la même planche que la troisième (03) planche la différence c'est la couleur -C'est des animaux pas des personnes, les vins, la graisse. 3'96''	[rose latérale] -C'est des animaux [bleu latérale] -le bleu c'est des vins [jaune latérale] -Le jaune c'est la graisse.	D FC A. D CF ANT. D CF Anat.

L'épreuve des choix :

Choix ++ :

-Planche II : je vois deux singes mieux que les gens qui sont dans notre société

-Planche VII : je vois l'île car il y a la solitude ; elle est isolée du reste de la terre et moi j'aime bien l'isolement

Choix -- :

-Planche III : ça me fait rappeler à la position sexuelle avec l'enseignant.

-Planche IX : ça ressemble à l'adénopathie inflammatoire.

2.3- Psychograme :

Le psychograme de (2) cas (Hamide) :

Résultats	Type de la perception	Déterminants	Contenu
R=23 Refuse=0 T. total=21',98" Tps/R=57',34" Tps Lat=229" T.R.I=1K/4,5C E.Comp=1K/1,5E F.C=1,33 RC%=30,43% Ban=2 F%=73,91% F ⁺ %=47,05% A%=13,04% H%=13,04%	G=4 G%=17,39% D=16 D%=69,56% Dd=1 Dd%=4,43% Dbl=2 Dbl%=8,69%	F ⁺ =8 F ⁻ =19 F ⁺ =0 K=1 Kan=1 C =0 E=0	A=3 Ad=0 H=1 Hd=2 Anat=8 Obj=1 Frag=3 Geo=1

2.4- L'analyse de protocole de Hamid :

Le protocole de Hamid est riche sur le plan quantitatif (R=23), T.T (22Mn), presque (01R/1Mn) presque les réponses sont caractérisés par des commentaires presque dans toutes les planches. Cela indique la présence de l'angoisse et le déni de la réalité.

Ce protocole est caractérisé par des réponses (Anat=08) (Hd=02), et des repenses (D=16) par rapport au (G=04) ce qui renvoi à la préoccupation de cas sur les grandes Détails pour ne pas reconnaître la réalité extérieure qui est menaçante, il essaye de contrôler et d'inhiber les représentations et les angoisses par la forme (F1=08)-(F% =74%).

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Après hésitation de tourné la planche il doute encore après il donne les réponses (DF-) en échec « colonne vertébrale »qui renvoie un peut aux angoisse de type de castration, et de mort (cellule cancéreuse) envahissant des processus de défense chez lui, après il essay toujours de percevoir un objet phallique tout puissant « fusil » mais rapidement les sentiments il tente de contrôler quant ‘il se met a la réalité (singes/GF+,Ban)en cherchant de l’étayage (KH)mais rapidement grâce a la force des sentiments de la mort, il cesse devant la réalité menaçante et il donne a ce mouvement un caractère solide, immobile(pierre), un peut sublimer (montagnes/arbres),et tellement il réagit avec une certaines rigidité et avec des défense maniaque qui se relâche devant le caractère puissant de l’angoisse (cliché du radio Pl=06)(carte GEO PL=07) adénopathie inflammatoire PL=09)se sont des réponses de type phobique ,de la peur et l’angoisse au point de se fondre (graisse)devant la réalité de l’angoisse de mort.

Synthèse de deuxième cas :

A travers l’analyse de l’entretien clinique et de protocole de rorschach, on a constaté que monsieur Hamid résiste à l’angoisse de mort par l’étayage.

3.1- Présentation de troisième cas :

M. Ghanou, âge de 29 ans a Bejaia, célibataire c'est le &^{er} de la famille, il a arrêté ses études au 9^{ème} année. M.GH est atteint d'une tumeur au niveau de la jambe.

3.2- Analyse de l'entretien clinique :

Notre entretien avec **M. Ghanou** est déroulé dans le bureau de la psychologie de contre, après son consentement, dur, froid et indifférent.

Lors de l'entretien, le sujet a été mal habillé, il a été muet et discret au point où il dirige l'entretien, on répondant aux questions qu'il son discours été très pauvres, il a une résistance remarquable.

M. Ghanou, a une tumeur de Wing au niveau de la cuisse droite avec une douleur insupportable, il a décidé de consulter un médecin qui lui orienté vers un spécialiste où il a fait une intervention chirurgicale.

Sur une autre maladie à part la tumeur **M. Ghanou** nous a dit : « je n'ai pas une autre maladie »

À propos de quelqu'un de sa famille qui atteint cette maladie, il nous a dit : « oryhalik had siwa nek » « personne n'atteint de cette maladie, uniquement moi ». Ce qui montre son inquiétude.

Concernant ces pensées sur l'atteint de cette maladie il nous a dit: « jamais pensigh ads3Ogh lahlak ama » « J'ai jamais pensé d'avoir une maladie comme celle-là. ». Ce qui montre sa déception et son angoisse.

Sur son sentiment au temps qu'il est dans le service : « je suis bien dans ce service ».

On lui demandé de nous parlé de son vécu avec cette maladie : « otchghara bien d lahlakagi d'ailleurs akline tadugh s t3aksin » « je ne vivre pas

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

bien avec cette maladie d'ailleurs je marche avec des biqués ». Ce qui montre son désespoir et sa souffrance.

A propos de peur de cette maladie, il nous a dit : « ligh kalkagh nighas la tumeur ...Le cancer ma 3nas l mot » « j'ai été angoissé, j'ai dit la tumeur, le cancer signifie la mort ».Se qui montre son angoisse de mort.

Concernant la réaction de sa famille a l'égard de cette maladie, il nous a dit : « c'est tout le monde qui est iniquité sur moi ». Ce qui montre la peur de sa famille.

Sur le changement des activités après l'annonce de diagnostique il nous a dit : « j'ai abandonné mais étude a cause de mon handicapé ; je ne peux faire rein ... ». Ce qui montre l'influence négative de la maladie sur cette activité.

Se qui concerne les visite pendant l'hospitalisation, il nous a dit : »receveghd kan vava dyma a khatr Blida tb3ad » « J'ai recevez mon père et ma mère parce que Blida est très loin. ». Ce qui montre sa résistance avec l'étayage avec le soutien social.

La question d'avenir, il nous a dit : « otmanigh kra arzat dadariw kan idaprojetw » « je souhaite rien a l'avenir, mon projet c'est mon pied.». Ce qui montre son espérance de guérison.

3.3- Protocole du 3^{eme} cas (Ghanou) :

N° de la planche	Texte		
01	26'' Sourire, un vase... comme un vase. 38''	[toute la planche] -C'est la forme d'un vase.	G F ⁻ obj.
02	10'' Rien ... (Ψ : rappel) 11''	Rien.	Refus.

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

03	1' Riendeux tétés. 2'	[la partie supérieure latérale] -c'est la formes des tétés.	D F H d.
04	19'' Deux tétés ...deux lions avec des ailles ... « essaye » ; les pieds c'est tout. 47''	[toute la planche] -c'est la forme de deux lions avec deux tétés et des ailles, et les pieds.	D F ⁻ A. D F ⁻ Ad.
05	36'' C'est un papillon. 34''	[Toute la planche] -c'est la forme d'un papillon.	G F ⁺ Ad.
06	38'' La tétéces ailles. 58''	[les deux grandes parties latérales] -à cause de la forme. [partie supérieure] -c'est la formes de la tété	D F ⁻ Ad. D F ⁻ Ad.
07	25'' Rien ... Deux tété. 1'18''	[les deux tiers] -deux tétés à cause de la forme.	D F ⁺ Hd.
08	43'' deux animaux...des chacals. (Ψ : rappel). 1'18''	[2 partie rose latérale] -Des chacals à cause de la forme.	D F ⁺ A Ban.
09	12'' ...rien. 21''	Refus.	Refus.
10	42'' -Les crinsla couleur rose me fait penser a deux chose mais je n'arrive pas à les distingue l'une de l'autre. 1'	[bleu latérale] -c'est la forme des cris. [jaune médiane] -quelle que chose.	DFA Ban. D CF Obj.

L'épreuve des choix :

Choix ++ :

Planche VIII-X : c'est claire la couleur.

Choix -- :

Planche II-IX : j'ai rien compris

3.4- Psychograme :

Le psychograme de (3) cas(Ghanou):

Résultats	Type de la perception	Déterminants	Contenu
R=11 Refuse=2 T. total=47',9" Tps/R=48',82" Tps Lat=295" T.R.I=0K/1,5C E.Comp=0K/0E F.C=0 RC%=27,27% Ban=3 F%=81,81% F ⁺ %=44,44% A%=27,27% H%=18,18%	G=2 G%=18,18% D=9 D%=81,81% Dd=0 Dd%=0% Dbl=0 Dbl%=0	F ⁺ =4 F ⁻ =15 F ⁺ =0 K=0 Kan=2 C =0 E=0	A=4 Ad=3 H=0 Hd=2 Anat=0 Obj=0 Frag=0 Geo=0

3.5- L'analyse de protocole de Ghanou :

Ce protocole est caractérisé pas l'insuffisance quantitative des réponses par rapport ou temps total(11R/7Mn) ce qui veut dire (01R/48s),et la qualité des réponses ne sont pas riche ,elles sont simple et petites et discontinus, et il suffit de donner des réponses formelles de type (F⁻ =15) de temps en temps (F⁺=04)sans qu'il pénètre la dimension fantasmatique par la description et les

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

commentaires pour liquider et finir rapidement les planches par rapport à l'angoisse suscitée par ces derniers.

Ce qui caractérise les réponses en général c'est les réponses de type animal (A :=04) et les détails animaux (Ad=03), détails humain (Gd2). sont qu'il y a des activités démontions, qui sont inhibé et refoulé par les (F) contre l'angoisse suggéré par les planches se qui renvoie à l'agressivité tourné sur soi et à l'angoisse de perte narcissique. C'est-à-dire ou lieu qu'il cherche une défensive contre les objets angoissant de monde extérieure, il essaye de chercher un nettoyage et l'attachement infantile à l'objet et ce qui va compliquer son fonctionnement psychologique c'est l'absence des contenus humains(H) ce qui renvoie au défaut ou absence de mentalisation chez le patient, ce protocole est caractérisé par le choc(II-IV.) et les défenses maniaque(I sourire) associé à un objet « vase » archaïque ce qui veut dire le patient trouve des difficultés à se contacter avec les objets ambigus, un nouveau objet(cancer) qui renvoie à l'angoisse et qui le menace par la castration, pour se défendre par le refus de la planche(II), et la résistance se continue mais après il déplace l'angoisse d'identification sexuée vers le haut(deux têtes planche III) pour essayer de le mentaliser par la tête, et après par l'absence de mentalisation, il déplace l'objet vers le bas (pied, les ailes) ce qui peut renvoyer au pouvoir phallique suscité par la planche (V papillon) pour être écrasé par les pieds et se retrait narcissique renvoie à l'angoisse de castration après il étayer sur réalité(PLV papillon) mais y a pas d'assise narcissique suffisants pour s'attacher aux objets extérieure ce qui renvoie à l'inhibition affectives et aux agressivité primitive centré sur l'objet.

Synthèse de quatrième cas :

A travers l'analyse de l'entretien clinique et le protocole de rorschach qu'il renvoie à la fragilité du cas et des enveloppes psychique pour contenir (l'angoisse de perte de soi) à cause de régression et le recule des défenses préparé pour résisté et faire face devant l'angoisse de mort.

4.1- Présentation de quatrième cas :

Mme Rehanne, une femme âgée de 48 ans, originaire de la Kabylie, elle a un niveau secondaire, mariée à l'âge de 17 ans, elle a deux (2) garçons et deux (2) filles. **Mme Rihanne** a un cancer de l'utérus.

4.2- Analyse et discussion d'entretien clinique :

Notre recherche a été effectuée dans le bureau de la psychologue de service dans de bonnes conditions où elle a montré des attitudes coopératives, dès le début elle se mit très à l'aise et répond à nos questions d'une manière claire et brève.

Mme Rihanne souffre de cancer de l'utérus depuis un an, cette tumeur a commencé par des douleurs insupportables au niveau de son ventre, elle a consulté un médecin où il a informé qu'elle a une tumeur maligne de l'utérus. Elle a fait la chirurgie et la chimiothérapie puis la radiothérapie.

Mme R ne souffre pas des autres maladies à part la tumeur, elle nous a dit : « Je ne souffre de rien, sauf le cancer qui me stresse, il a changé toute ma vie ... ». Ce qui montre son inquiétude de cette maladie et l'effet négatif de cancer sur sa vie.

À propos de quelqu'un de sa famille qui souffre de cette maladie, elle nous a dit : « j'ai ma sœur, elle souffre de cancer de sein, je l'aime beaucoup, quand elle est hospitalisée j'étais sa garde malade mais malheureusement elle est morte à cause de cette maladie ... ». Ce qui montre sa peur et son désespoir à l'égard de la maladie.

Sur ses pensées d'avoir cette maladie, elle nous a dit « j'ai jamais pensée d'avoir cette maladie mortelle ». Ce qui montre son angoisse.

Concernant son vécu lors de l'annonce de diagnostic, elle nous raconte : « c'est un choc pour moi, mon médecin m'a dit vous avez une tumeur, j'ai vraiment pleuré comme si je n'avais jamais pleuré de ma vie surtout quand j'ai

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

arrivé a la maison, j'été virement désespéré comme même c'est une partie indispensable de corps ». Ce montre sa dépression et la peur de perdre cette partie de corps.

Au sujet de changement des activités après l'annonce de diagnostique, Mme R nous a dit : « toute mes activités on été changer, je ne suis pas comme avant, actuellement je suis fable ». Ce qui montre l'influence de la maladie sur sa vie.

Sur le renseignement sur le vécu psychologique devant la maladie et sa relation avec sa famille, elle nous dit : « je suis bien, comme si je ne suis pas malade ».Ce qui montre sa résistance.

Ce qui concerne sa relation avec sa famille, elle nous dit : « rien n'a changé, ils me concédaient comme je ne suis pas malade ».Ce qui montre son étayage sur le soutien social.

A propos de son saintement dans le service, elle nous a dit : « l'accueil est bien, ils mon beaucoup idées a s'adapté avec cette maladie. »

Sur son vécu avec cette maladie, elle nous a dit : « je la vivre come les autres maladies ». Ce qui montre sa résistance.

Concernant la peur de cette maladie, elle nous a dit : » j'ai peur, j'ai perdre ma sœur et ma mère ».Ce qui montre la peur de la mort et son angoisse.

Sur la relation avec sa famille et son conjoigne, elle nous a dit : « je vie avec au normal comme si je ne suis pas malade ».Ce qui montre l'environnement favorable et la résistance a cause le l'étayage sur sa famille.

Sur la question de la réception des visites pendant l'hospitalisation, elle nous dit : « j'ai reçus les visite de mes frères ma grand sœur, mes oncles, tantes, cousins, ma belle sœur ».

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Sur l'avenir, elle nous dit : « je souhaite arrawiw adsalhan, uhalaknara » « je souhaite que mes enfant se comporte bien et soient ont bonne santé ». Ce qui montre qu'elle a peur de perdre ses enfants parce qu'elle a l'angoisse de mort.

4.3- Protocole du 4^{eme} cas (rihanne) :

Les planches	Test	L'enquête	cotation
01	16 '' -deux têtes de loup -on dirait un animal habille une robe. 53''	[grand saille latérale supérieure] -deux têtes de loup (la forme) [partie médian entière] -On dirait un animal habillé une robe.	D F ⁺ A D D F ⁻ A obj.
02	27'' -deux éléphants -un avion qui va décoller. 1'.11''	-Deux partie latérales noire] - Deux éléphants à cause de la forme. [les points médians supérieurs avec lacune centrale] - a cause de la forme c'est un avion qui va se décollé.	D F ⁺ A D b/ D F Obj.
03	17' -deux personnes..... Prend des bébés. -c'est comme un papion. 50''	[deux partie noire latérale] -A cause de la forme. [rouge médian] -C'est la forme d'un papion.	D K H DF ⁺ A Ban
04	5' -on dirait un monstre avec ces grands pieds. 20''	[toute la planche] -C'est un monstre qui fait peur. A cause de la couleur et la forme.	G CF clob (A)

05	6'' -c'est une chauve souris -des crocodiles, c'est tout. 31''	[La partie médiane entière] -C'est la forme d'une chauve souris noir. [coté entière] -C'est la forme de deux têtes de crocodile.	D F E A D F Ad
06	41'' -La peau d'un mouton 52''	[toute la planche] -C'est la forme d'une peau d'un mouton.	G F ⁺ A Ban
07	1' -<^ je ne sais pas. > deux têtes de loup entrain de crié. 1'.20''	[deux tiers] -C'est la forme de deux têtes de loup avec des nez entrain de crié.	D kan Ad
08	27'' -< ^ deux grand rats sauvages -deux tigres. 46''	[la partie rose latérale] -C'est la forme de deux grand rats. -[rose et orange en bas] -C'est la forme de deux tigres	D F ⁺ A ban D F A
09	12 '' -C'est une carte géographique. 19''	[toute la planche] -C'est la forme d'une carte géographique.	G F ⁺ Geo ban

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

10	16'' -des oiseaux. -des araignées. -poissons.	[jaune latérale] - C'est la forme et la couleur des oiseaux. [bleu latérale] -C'est la couleur et la forme sont des araignées 52'' [rose latérale] -C'est la forme et la couleur des poissons	D FC A D FC A Ban D FC A
----	--	--	--------------------------------

Les preuves de choix :

Choix ++ : 1- Planche II : c'est un éléphant et je l'aime bien

2-Planche X : se sont des belles couleurs

Choix - - : 1-planche VI Ils ont ni corps ni forme.

2-planche VII : c'est pareille.

4.4- Psychogramme :

Le psychogramme de (4) cas(Rihanne) :

Résultats	Type de la perception	Déterminants	Contenu
R=17 Refuse=0 T. total=7',9'' Tps/R=27',88'' Tps Lat=227'' T.R.I=1K/2,5C E.Comp=1K/0,5E F.C=2 RC%=35,92% Ban=5 F%=52,94% F ⁺ %=66,66% A%=82,35% H%=5,88%	G=3 G%=17,64% D=13 D%=76,47% Dd=0 Dd%=0% Dbl=1 Dbl%=5,88%	F ⁺ =5 F ⁻ =4 F ^{+/-} =0 K=0 Kan=1 C =0 E=0	A=10 Ad=3 H=1 Hd=0 Anat=0 Obj=2 Frag=0 Geo=1

4.5- Analyse de protocole de Rehanne :

Sur le plan quantitatif, le taux des réponses (17) est peut par rapport au temps consommé (8Mn) ce qui peut envoyer que la patiente a la tendance de liquidé le matérielles qui lui suggère des menaces et de l'angoisse, elle essaye dans la (PLI) de voir deux tête par rapport à la force de la castration mais elle a essayé de le contrôler par un détail (DF) et ça pour ne pas reconnaître la différence des sexe pour recourir à un objet fétiche (Robe), ce qui caractérise le protocole c'est les réponses (A :10), (AD :03) et une seule (H :01) ce qui peut renvoyer à l'objet archaïque chargé de l'agressivité et de l'angoisse et de la toute puissance de la castration qui envahisse les processus de la défense chez la patiente et les tentative de cette dernière de résisté (BAN :05) et de fuir (KH), mais les défenses sont affaiblies à par le refoulement qui essaye de ne pas donner la activité ni la dynamique au objet menacent (GEO) (OBJ) mais rapidement il se fuit souvent de la puissance et la agressivité des objet extérieur et intériorisé, ce qui peut détruire les défenses de mentalisation face à l'angoisse

Synthèse de quatrième cas :

A travers l'analyse de l'entretien clinique et le protocole de rorschach, on a constaté que Madame Rehanne souffre de l'angoisse de mort.

II- Discussion des hypothèses

Discussions des hypothèses :

Nous voulant donc, par le biais de cette étude, décrire puis analysée la situation de l'angoisse de mort chez les cancéreux, mais aussi l'influence de soutien sociale sur l'état physique et psychique du sujet.

Pour cela nous avons formulés deux hypothèses :

1- L'angoisse de mort est ressentie d'une manière déferente chez les cancéreux et ce selon leur capacité défensives :

Pour la vérification de cette hypothèse, il nous faut confronter les résultats de test de rorschach avec les données recueillis par l'entretien semi directif utilisé auprès de quatre(04) cas que nous avons sélectionné en respectant certains critères : On a pris des patients uniquement atteint d'un cancer, on a choisis les malades qui ne souffrent pas des troubles de la personnalité, tous sont des adultes on évitant les adolescents et les gens âgées.

Lors du déroulement de l'entretien, nous avons constaté que tous les cancéreux se plaignaient de leur état douloureux qui engendra chez eux un état d'angoisse au garde de la mort.

En effet, dans l'axe de renseignement sur les antécédents de la maladie tout les cas plaignaient qu'ils ont de mal à continuer avec cet état d'angoisse qui interfère sur leur qualité de vie et sur leur activité. De plus nous avons constaté chez eux des symptômes dépressifs

Après avoir obtenu les résultats de test de rorschach nous avons constaté un degré remarquable de l'angoisse de mort qu'est ressentie d'une manière déferente selon les capacités défensives de chaque cas:

Le premier cas souffre d'angoisse de mort qui se défend par la religieuse, elle gère son angoisse par la réalité externe à cause du manque des KA et KH.

Le deuxième cas défend son angoisse par la foi religieuse et par la défense maniaque « Sourire » dans la planche II, IV, VI, ce qui montre qu'elle gère son angoisse par la réalité externe et toutes ces réponses sont des types phobiques, la peur et l'angoisse

Le troisième cas son angoisse de mort est vraiment remarquable par sa résistance de répondre a chaque foi, et par ces réponses limitées et son refus de répondre sur quelque planche alors il se défend par une réaction maniaque « P1 Sourire », il gère son angoisse de mort par la réalité interne par son utilisation des KA, ce cas renvoie sa fragilité parce qu'il souffre de l'angoisse de la perte de soi.

Le quatrième cas on s'aperçoit qu'il a utilisé les H et beaucoup de réponses A(10) qui montre qu'il est rentré dans la réalité externe, ce cas défend de son angoisse de mort par les défenses maniaque, elle donnent des critères stables et régisse.

A partir de cela, il est évident que notre première hypothèse est confirmée par tous les cas.

2- L'étayage joue un rôle important dans la résistance à l'angoisse de mort :

Pour confirmer cette hypothèse, il nous faut confronter les résultats obtenus au test et données recueillies par l'entretien semi directif qui nous avons utilisés au près de la population d'étude.

Lors de l'entretien, dans l'axe de renseignement sur leur relation avec leur famille nous avons constaté que notre cas souffre d'angoisse de mort et que l'étayage joue un rôle important dans la résistance à l'angoisse de mort. On cite le deuxième cas qui a donné un caractère stable et régisse dans l'utilisation des objets fétiches (pierre) et la même chose avec le

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

quatrième cas qui défend cette angoisse par son étayage par l'utilisation des objets fétiches (robe), par contre le premier cas il se réfère à la religion. D'après l'observation dans notre entretien on a conclu que toutes les cas sont angoissés, dépressifs et peurs de la mort. Ils ont espéré que quelqu'un vienne pour les aider, comme le premier cas dans la planche trois elle a déclaré « dans les mains de deux médecins qui cherchent à comprendre le cancer » ; presque elle a pleuré dans toutes les planches, ce qui montre son angoisse de mort.

Par contre le troisième cas son angoisse est distinguée à travers ces réponses limitées et sa résistance dans les planches et même dans l'entretien.

À partir de cela, il est évident que notre deuxième hypothèse est confirmée par tous les cas.

Conclusion

Général

Conclusion

Malgré les études scientifique et validée ; les réflexions fondamentales sur l'état psychologique et psychique des malades atteint d'un cancer demeure rares dans les services d'oncologie, aujourd'hui des nombreuse professionnels de santé ressentent un malaise et cherchent des nouvelles semainières de donner des soins, de prendre soin en respectant la globalité de chaque personnes.

Alors dans notre recherche nous avant l'un des phénomènes psychologiques majors qui touchent les sujets cancéreux qui est l'angoisse de mort, et sa manifestation chez ces personnes. En particulier nous avant choisi un échantillon qui se compose de quatre (04) cas âgée entre (29-49 ans). Notre recherche a pour objectif de savoir si les sujets cancéreux présent une angoisse de mort, le rôle de l'étayage de minimiser l'angoisse de mort chez les cancéreux.

Afin de réaliser notre recherche, on a suivi une méthode qui s'agit d'une méthode clinique et une technique qui s'agit d'étude de cas, et on a utilisé des outils de recherche (l'entretien semi-directif et test de Rorschach) qui correspondent aux informations recherchés.

Pour la collection des données, on a utilisé l'entretien semi-directif pour confirmé les réponses et pour évité le refoulement de sujet.

Notre recherche s'est déroulée au sein du CHU de Bejaia pendant la durée de 45 jours.

D'après l'analyse des donnés, on a trouvé que l'ensemble de nous cas (4/4) ont un niveau d'angoisse de mort élevé. Ce qui valide notre hypothèse.

Nous avons arrivé a confirmé notre hypothèse par rapport a notre population d'étude,

Bibliographie

Bibliographie

Les ouvrages

- 1 Ablkhalk. (1987), angoisse de la mort, aalam almaarifa, Ed Kuwait
- 2 Aktouf .O, (1987), méthodologie des sciences sociales et approche qualitatif des organisations, et l'introduction a la demarche classique est une critique, les presses universitaires, Qubec, Ed les presses de l'université de montreal.
- 3 Angers. M, (1997), Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Alger, ed casbah université.
- 4 Bellesoeur. A, (2015), cancérologie, Ed Vernazobers-Grego (VG), Module 10.
- 5 Bergere .J, (2008), la psychologie pathologique, Ed MASSON, Paris.
- 6 Chahraoui. K, et Benony. H, (2003), méthodes, évaluation, et recherche en psychologie clinique, paris, Ed Dunod.
- 7 Chabert.C, (1961), les méthodes projectives, presse universitaires de France, PUF ;
- 8 Chauchard. P, (1972), la mort, 6eme édition, presse universitaire la France.
- 9 Collinet. Ph, octobre, (2008), Inhibition, symptôme angoisse, (note de lecture de Freud 1925), Ed Paris, PUF.
- 10 Collinet. Ph, octobre, (2011), angoisse et culpabilité, Ed Paris.
- 11 Diel. P, (1954), la peur et l'angoisse, Ed Paris, Payot (édition 1929).
- 12 Freud. S, (1915), pulsion et destin des pulsions, in métapsychologie, Ed Paris.
- 13 Freud. S, (1915), considération actuelles sur la guerre et sur la mort, Ed Pairs.
- 14 Freud. S, (1916), Introduction a la psychanalyse, Ed, paris, times 12.

- 15 Freud. S, (1915, 1916,1917), nouvelles conférences sur la psychanalyse, Ed Paris(2002).
- 16 Freud. S, (1926), inhibition, symptôme, et angoisse, Ed Paris.
- 17 Fernandez. L, et CATTE .M, (2001), la recherche en psychologie clinique, Ed Paris, collection Fac ψ .
- 18 Isabelle. LE GOFF, (2009), passage a l'acte et l'angoisse poroxystique, these de doctorat en psychologie, sous la direction de professeur Loick.M, université renne, S2.
- 19 Jean Louis .P, (1999), Approche de la recherche clinique et psychologique, Ed Paris.
- 20 Kliem. M, (2008), même pensée vivent, Ed Paris, PUF.
- 21 Lorient. Y, Mordant, (2011), cancérologie, Ed Masson, Paris.
- 22 Maryléne. B &al, (2010), tumoraux, Ed Paris
- 23 Paul-Laurent .A, (2006), leçon de la psychanalyse sur l'angoisse, 3^{eme} Ed, Paris.
- 24 Raynaud. C, (2004-2005) l'angoisse comme organisateur psychique, thèse de doctorat, Dess de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence, Ed paris.
- 25 Rivet.B, et Roche.F, (2000), névrose d'angoisse, Ed Marseille cedex
- 26 Roger. L, (2007), cancérologie fondamental, Ed paris.
- 27 Scotte. F & al,(2009), Cancèrologie, Ed Paris
- 28 Tshibwila .I, (2007-2008), cours d'initiation à la recherche scientifique, G2 science, UNILU, 3^{eme} édition, Ed Congo.
- 29 Tubina. B .M, (2002), cancers: prévention et depistage, Ed Masson, Paris.

Les dictionnaires

1. La Planche .J, PANTALIS .J.B, (1967), vocabulaire de la psychanalyse, Ed Paris, PUF.
2. Morin. Y, (2009), Larousse médical, Ed Larousse, 30^{eme} édition.

Ouvrage consultés

1. Chemiama. R& AL, (2003), dictionnaire de la psychanalyse, Ed canada
2. Blooh. H &al, (2000), Larousse .grand dictionnaire de la psychologie, Ed canada
3. Daly .S-N, (2003), cancérologie clinique, 2^{eme} édition, Masson, Ed Paris.
4. Freud. S, (1904), cinq leçons sur la psychanalyse, Ed Paris.
5. Freud. S, (1990), au de la de principe de plaisir, Ed Paris.
6. Freud. S. (1920), Essais de la psychanalyse, Ed Paris.

Annexes

Annexe

Entretien semi-directif

Axe I : Renseignements général :

1. Quel âge a vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Depuis quand êtes-vous mariez ?
4. combien d'enfants avez-vous ?

Axe II : Renseignements sur les Antécédent de la maladie :

1. Avez-vous une maladie a par la tumeur ?
2. Y'a-t-il quelqu'un de votre famille qui a attient de cette maladie ?
3. Y'a-t-il quelqu'un de votre famille qui est décédé a cause de cette maladie ?
4. Est-ce que vous avez pensé un jour que vous avez atteint de cette maladie ?
5. pouvez-vous nous parler de votre vécu quand on vous a annoncé le diagnostic ?

Axe III : Renseignements sur le vécu psychologique devant la maladie et la relation du malade avec sa famille :

1. Est-ce que vous avez remarqué que vos activités ont chargé après l'annonce de diagnostic ?
2. Quel est votre sentiment au tau que vous êtes dans le suivi ?
3. Avez-vous peur de cette maladie ?
4. Comment votre famille avait réagit a l'égard de votre maladie ?
5. Pouvez-vous nous parlez a sur vos relation avec votre conjoint et votre famille avant et après la maladie ? Y 'a-t-il un changement ? Est-ce que ça changé ?
6. Pendant votre hospitalisation, vous avez reçu des visites, lesquels ?
7. Quels sont vous souhait ?

Annexe

Traduction en Kabyle

Axe I : Les renseignements personnels :

1. Achahal gul amrike ?
2. Achehal niveauynek thé stadawithe ?
3. guawktte itazawdjathe ?
4. Achehal igourdanne itessiette ?

Axe II : renseignement sur les antécédents de la maladie :

1. Ma seiette lahlake nattenne à part la tumeur ?
2. Est ce que isia hade guel afamill yenek lahlak ayi déjà ?
3. Est ce que hade gul afamill iguemouthenne islahlak ayi déjà ?
4. Est ce que khememette déjà belli a tessioutte lahlak ayi nelcacer ?
5. Est ce que zemrette a dahkoutte chewiya fe lahlahkimme guimi imdanane beli tissaitte elcancer ?
6. Est ce que theromarkitte beli lecheghalemme bedlenne guemmi thessaiette lahlake ayi ?

Axe III : renseignement sur le vécu psychologique devant la maladie et les relations du malade avec sa famille :

1. thachouttenne lisontimon yenek guemi thellette guelservice ?
2. amek ithetaichatte lahlake ayi ?
3. mathe touguathette lahlahike ?
4. amek idemenne la famillyenek lahlahike ?
5. mazemrette a dahkoutte fou reguazimme aoke thlafamillyeneme avant et aprez lahlahkime ?
6. est ce que et changé kherra ?
7. guemi thellette guessbitar, a ce que aussinede bezaf le »ibade rghouremme ?
8. annewa ide yessane ghouremme ?
9. thachouthenne les ouweyenneme ?

