

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

En vue de l'obtention du Diplôme Master en Psychologie Clinique.

Thème

**La famille, angoisse de mort chez les
malades de crohn**

**Etude clinique de Cinq (05) cas réalisée
au sein du CHU Mustapha Bacha**

Réalisé par :

AKROUR Zahoua

BECHIR Ghania

Encadré par :

Mr: GACI Khelifa

Année universitaire

2015-2016

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

En vue de l'obtention du Diplôme Master en Psychologie Clinique.

Thème

**La famille, angoisse de mort chez les
malades de crohn**

**Etude clinique de Cinq (05) cas réalisée
au sein du CHU Mustapha Bacha**

Réalisé par :

AKROUR Zahoua

BECHIR Ghania

Encadré par :

Mr: GACI Khelifa

Année universitaire

2015-2016

REMERCIEMENTS

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

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

Un grand merci pour le Professeur BERKAN et à toute l'équipe du service d'Hépatogastro-entérologie, pour leur aide précieuse à toutes les étapes de la réalisation de l'étude (recrutement, prélèvement...), ils ont grandement facilité le travail. Et aussi on remercie toute l'Equipe du service de Médecin Homme au CHU d'El Harrach à leurs têtes le Professeur LAADOUL.

, et Dr BOUGUERMOUH Yacine au CHU de Blida qui nous à fourni les outils nécessaires à la réussite de l'étude, à DEBBOUZ Lyes pour son aide précieux,

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

Gh/ BECHIR

Z/ AKROUR

DEDICACES

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

*À mes chers parents qui sont la source spirituelle de mon éducation et tous ce qui
j'ai appris de cette vie, grâce à leurs efforts et leurs sacrifices pour réussir durant
ma vie,*

À Mr GACI (KH), pour son aide et son soutien,

*À mes frères et sœurs, qui m'ont soutenus et m'encouragés au cours de ces années
d'études et dans la réalisation de ce travail,*

À mes oncles et tantes,

À tous(es) mes amis(es).

Gh/ Bechir

DEDICACES

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

*À mes chers parents qui sont la source spirituelle de mon éducation et tous ce qui
j'ai appris de cette vie, grâce à leurs efforts et leurs sacrifices pour réussir durant
ma vie,*

À Mr GACI (KH), pour son aide et son soutien,

*À toute ma famille qui compte énormément pour moi ainsi que tous mes amis en
particulier mes chères copines.*

Z/Akrour

Tables des Matières

Remerciement

Dédicaces

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Introduction I-II

Le cadre générale de la problématique

1- Problématique	01
2- Hypothèse	04
3- Objectif de la recherche.....	05
4- Opérationnalisations des concepts	05

Partie théorique

Chapitre I :

La maladie de Crohn, épidémiologie, causes et traitements.

Préambule.....	07
1- Définition	08
2- Historique	10
3- Epidémiologie	10
3-1- Population concernées.....	10
3-2- Données géographiques	11
4- Cause de la maladie.....	11
5- Symptômes.....	11
6- Diagnostic	14
7- Diagnostic différentiel.....	14
8- Evolution.....	15
9- Complication.....	15
9-1- Complication locale	15
9-2- Retentissement générale.....	17

10-	Traitement	17
10-1-	Traitement médicale	17
10-1-1-	Traitement médicaments anti-inflammatoires.....	17
10-2-	Traitement chirurgicales	18
10-3-	Nutrition artificielles	19
10-4-	Traitement des poussées	19
Conclusion	20

Chapitre II :

L'angoisse de la mort, ses types et ses classifications.

Préambule	22
I- L'angoisse	23
1-	La conception d'angoisse avant Freud	23
2-	La conception Freudienne de l'angoisse	23
3-	Les différentes définitions de l'angoisse	23
3-1-	Selon Freud.....	23
3-2-	Selon Lacan	24
3-3-	Selon le vocabulaire de la psychanalyse.....	24
4-	L'étymologie du terme angoisse.....	25
5-	Les types d'angoisse	25
5-1-	L'angoisse réelle.....	25
5-2-	L'angoisse névrotique.....	25
5-3-	Angoisse automatique.....	26
5-4-	Angoisse de morcèlement	26
5-5-	Angoisse de séparation	26
5-6-	Angoisse de castration	27
6-	La classification de l'angoisse selon les structures	27
II- La mort	28
1-	L'étymologie de terme	28
2-	Définition de la mort	28
3-	Types de la mort.....	28
3-1-	La mort physiologie	28
3-2-	La mort superficiel.....	28
3-3-	La mort clinique.....	29
3-4-	La mort réel	29

III- L'angoisse de mort	29
1- La définition d'angoisse de mort	29
1-1- Selon Freud.....	29
1-2- Selon Klein	30
2- Les types d'angoisse de mort.....	31
2-1- Angoisse de mort chronique	31
2-2- Angoisse de mort aiguë.....	31
IV- Les variables associées à l'angoisse de mort	31
1- La relation entre l'âge et l'angoisse de mort	31
2- La relation entre l'angoisse de mort et la santé physique	32
3- La relation entre le sexe et l'angoisse de mort	32
4- La relation entre l'anxiété générale et l'angoisse de mort	32
V- Les théories de l'angoisse de mort	33
1- La théorie psychanalytique.....	33
2- Approche comportementale.....	33
3- Approche cognitivo-comportementale.....	33
Conclusion	34

Chapitre III :

La famille et ses caractères.

Préambule	36
1- Les différentes définitions de la famille.....	37
1-1- Etymologiquement.....	37
1-2- La définition psychologique	37
1-3- La définition sociologique et anthropologique	37
1-4- Définition de la famille selon le code de la famille	37
I- Le fonctionnement familial	37
1- La communication au sein de la famille	38
2- Les types de la famille.....	38
2-1- Les familles nucléaires	38
2-2- Les familles multi générationnelles	39
2-3- Les familles communautaires	39
3- Les fonctions de la famille.....	39
3-1- La famille lieu d'éducation.....	39
3-2- La famille lieu d'affectivité et de protection	39

3-3-	La famille comme agent primaire de socialisation	40
3-4-	La famille lieu de la solidarité.....	40
4-	La personne, sa famille	40
5-	Les règles familiales, rituels, hémotase	40
6-	Les familles algériennes	41
6-1-	Pendant la période de colonisation	41
6-2-	Après l' dépendance	41
II-	Le système familial	42
1-	Le cycle de vie de la famille	43
2-	Le fonctionnement du système familial	43
3-	Le dysfonctionnement familial	44
3-1-	Les conflits.....	44
3-2-	La violence familiale	45
4-	Les raisons principales d'un dysfonctionnement familial	45
	Conclusion	46

Partie pratique

Chapitre IV :

Le cadre méthodologique

Préambule	48
1- La pré-enquête	49
2- La méthode de recherche	50
2-1 Etude de cas	50
3- Présentation de groupe de recherche.....	51
3-1- les caractéristiques de groupe d'étude	52
4- Présentation de la durée et lieu de la recherche	53
5- Les outils de la recherche	54
5-1- L'entretien clinique semi-directif	54
5-2- Le test du FAT	56
6- Déroulement de la recherche	67
Conclusion	70

Chapitre V :

Présentation, analyse et discussion des résultats

I- Présentation et l'analyse de discours de l'entretien et de test du FAT	72
.....	72
1- 1 ^{er} cas, M ^{elle} Tounsia.....	72
2- 2 ^{eme} cas, M ^r Bachir	83
3- 3 ^{eme} cas, M ^r Mouloud	91
4- 4 ^{eme} cas, M ^r Haïtem	101
5- 5 ^{eme} cas, M ^{elle} Ratiba.....	110
II- Discussions générale des hypothèses	120
Conclusion	123
Liste bibliographique	125
Annexe	

Liste des tableaux :

N°	Titres	Page
01	Les caractéristiques des groupes d'études	52

Liste des figures :

1. **Figure N° 1** : Appareil digestif.....09
2. **Figure N° 2** : Uvéite, inflammation oculaire.....12
3. **Figure N° 3** : Ulcération.....13
4. **Figure N° 4** : Erythème noueux.....13
5. **Figure N° 5** : Sténoses.....16
6. **Figure N° 6** : Abscesses et fistules.....16

Liste des abréviations :

LAP: Lesion ano-périnéale.

FID: Fausse ileal droite.

MC : Maladie de crohn.

MAP : Manifestation ano-périnéale.

MICI : Maladie inflammatoire chronique intestinale.

CHU : centre hospitalier universitaire.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

RCH : Rectocolite hémorragique.

CIM : Classification international des maladies.

FAT:Family Apperception Test.

ORL: L'oto-rhino-laryngologie

TDM : Tomodensitométrie.

5 ASA : L'acide amino-5 salicylique.

LAR:Localisation ano-rectales.

TNF: Tumor Necrosis Factors.

Nod2:Nucleotide-binding oligomerization domain containing 2.

CDAI : Annexe N°3.

CDEIS: Annexe N°4.

Introduction

Depuis quelque année, la question des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) qui peut atteindre tout le tube digestif de la bouche à l'anus, touche tous les âges de la population, et menace la santé actuelle et le future du patient, qui bouleverse son équilibre intérieur ainsi que celui de sa famille et de son entourage, fait partie des grande interrogations des chercheurs contemporaines.

En effet, la maladie de crohn est une maladie inflammatoire chronique intestinale de cause inconnue, le plus souvent retrouvée au niveau de l'iléon et du colon, qui serait d'origine multifactorielle.

Par ailleurs, le réel espoir de guérison offre, l'amélioration du dépistage et de traitements n'empêche pas la confrontation à l'angoisse de mort et à la vulnérabilité.

Le sentiment d'angoisse de fin de vie peut être donc apparait régulièrement chez les malades atteints de la maladie de crohn, ainsi les influences des angoisses de mort, dans les modifications de la relation à soi comme dans celles de réaction à autrui.

De tout le temps, la famille a présenté deux visages opposée vers le patient qui atteint la maladie de crohn, l'un favorable ; source de plaisir, accomplissement, soutien, et l'autre défavorable ; source de souffrance de contrainte et de dérive vers différentes troubles pathologiques. Le dysfonctionnement familial peut aggraver l'état psychique du patient et renforcé l'angoisse de mort chez lui, ainsi que son déni pour la maladie.

De notre part, nous envisageons d'investir ce domaine avec le présent de recherche qui s'intitule : La famille, angoisse de mort chez les malades de chron.

Pour répondre aux objectifs de notre recherche, nous avons choisir CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Mustapha Bacha à Alger. Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de travail, on la divisé en trois parties

théorie et deux pratique. D'abord, on à commencer par l'introduction générale suivit de la problématique, l'hypothèse de la recherche, ainsi que les définitions et l'opérationnalisation des concepts.

La partie théorique est divisée en trois chapitres, le premier est consacré à la maladie de crohn, Définition, Historique, Epidémiologie, Cause de la maladie, Symptômes, Diagnostic, Diagnostic différentiel, Complication, et à la fin le Traitement.

Le deuxième chapitre est consacré à la définition et à la description clinique de l'angoisse et l'angoisse de mort et les différentes théories qui ont abordé ce dernier.

Le troisième chapitre est consacré à la famille ; sa définition, ses types, ses fonctions et le fonctionnement familiale ainsi que le système familial.

Le quatrième chapitre qui est inclus dans la partie pratique, est réservé au cadre méthodologique, à travers lequel nous avons suivi une méthode bien déterminée : la méthode de recherche ses outils d'investigations, présentations de lieu de stage et le groupe d'étude de recherche, ainsi que le déroulement de l'enquête.

Enfin, le cinquième chapitre est consacré à la partie pratique qui est divisée aussi en deux parties :

- La première partie est destinée à la présentation et analyses des informations recueillies concernant nos cas.
- La deuxième partie est consacrée à la discussions d'hypothèse proposée au début de la recherche.

Enfin, on termine par une conclusion générale et la liste bibliographique.

*Le cadre générale de
la problématique*

1- Problématique

La maladie se définit par rapport à la santé, comme un état de bon fonctionnement de l'organisme. Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1998), elle se caractérise par un « état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Selon le dictionnaire médical Larousse, une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paraclinique, une évolution, un pronostic et un traitement. (Ybert. E, et al, 2001, P.559).

Durant la vie quotidienne, l'être humain pourrait être atteint de quelques maladies comme les maladies inflammatoires chroniques.

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès, ou par complication d'une maladie aiguë ». (Berube, L, 1991, P. 130).

Les maladies sont répertoriées et classifiées dans le CIM-10, et classé parmi les problèmes de santé connexe, établie par l'OMS.

Parmi les maladies chroniques aux quelles l'homme fait face durant sa vie quotidienne, on évoque la maladie de crohn MC, maladies dénommé MICI (Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales).

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 psychique.

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 la maladie de Crohn. Cette dernière est caractérisée par une inflammation qui peut atteindre une ou plusieurs parties du tube digestif. C'est une maladie chronique au cours de laquelle alternent périodes de poussées et d'accalmies. Les poussées se manifestent généralement par des douleurs abdominales, une diarrhée avec des glaires et parfois du sang, et souvent de la fatigue. La maladie peut aussi se traduire par des symptômes articulaires, cutanés ou oculaires.

En France, la maladie de Crohn touche environ une personne sur mille. Elle survient le plus souvent chez les jeunes adultes, mais peut apparaître à tout âge, y compris chez les enfants. Les causes de la maladie ne sont pas précisément connues. On sait cependant qu'il existe des prédispositions génétiques, des désordres du système immunitaire, et des facteurs liés à l'environnement, notamment le tabac. (Malla. Moussa. M, 2010, P 28-29).

La maladie de Crohn forme avec la rectocolite hémorragique (RCH) un groupe de maladies dénommé MICI.

La bonne prise en charge de la maladie de Crohn permet d'avoir une vie normale ou proche de la normale (scolarité ou vie professionnelle, loisirs, vie sexuelle...). Cependant, les poussées peuvent occasionner des difficultés au quotidien.

L'apparition de MC constitue une véritable effraction dans la vie psychique du sujet, La simple signification de cette maladie c'est conséquence de la souffrance, douleur et la mort, « l'annonce de cette maladie se brisant les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : avoir une maladie de Crohn c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaine, désaffecte ».

Cette maladie peut créer chez la personne un sentiment d'angoisse de mort fort ou modéré, cela dépend du fonctionnement de la structure familiale et la solidité de fonctionnement psychique de la personne, et ses défenses adoptées à ce genre de situation angoissantes, ainsi le sentiment de mort dépend de soutien familiale et 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 engendrer un désinvestissement de sa vieillesse, et de ses occupations, et la personne se voit comme incapable, et inutile de faire quoi que ce soit à cause de la maladie et son angoisse face à la mort.

La personne va résister à ce sentiment et remonter chez eux l'espoir de vivre, et de construire ses représentations que le soi a des capacités individuelles à faire face aux situations de danger, et elle va la traiter comme des expériences de la réalité, ce qui va pousser le malade à armer ses défenses d'une manière efficace pour vivre.

Alors, l'angoisse de mort est une réaction émotionnelle ressentie par les malades de Crohn face à la mort et à la maladie d'une part, d'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 à résister face à la mort pour remonter chez les malades leurs espérances de vivre.

La douleur physique est la souffrance psychologique nécessite une compréhension de la part d'un milieu qui s'appelle « la famille » qui est la première communauté de vie, un foyer, elle nécessite une assurance d'éducation pour les enfants, lieu d'amour et d'affection, elle est une « cellule de base » qui contient de père, mère, frères et sœurs, cette dernière joue un rôle très important dans l'environnement familiale.

Dans notre sociétés, la collectivité a besoin de la famille surtout parce que celle-ci est la seule instance où l'enfant reçoit des mêmes personnes, la satisfaction de ses désirs et l'ordre de les limiter ; où la loi prend le visage des

êtres les plus proches. Grâce à cette association originelle et stable de «plaisir» et de la «réalité», garçons et filles entrent progressivement dans l'autonomie de l'âge adulte. Autrement dit, la famille rend la société acceptable, en témoignant que celle-ci n'est pas tout et que la loi laisse sa place au bonheur.(Jacque. G. M.1993. P.6). On peut dire que le corps et le psychique sont une unité complexe et que l'un dépend de l'autre, car les troubles psychiques engendrent des séquelles physiques, et de même la maladie chronique influe sur le côté psychique.

Tenter de comprendre l'angoisse de mort chez les malades de crohn n'est pas un travail facile. Dans notre recherche, en faisant référence à une psychothérapie, parmi les, on a l'approche psychanalytique qui est connue une « norme d'excellence », c'est-à-dire le meilleur type de thérapie pour ce genre de problèmes. (Neil. A et Rector. Ph, 2010, P1).

Et aussi la psychothérapie familiale, lorsque les différents membres de la famille souhaitent s'investir dans un travail en commun. D'après tout ce qu'est dit, on pose la question suivante :

Questions de recherche :

- Est-ce que les personnes atteintes de la maladie de crohn souffrent d'angoisse de mort et comment qu'ils perçoivent leur dynamique familiale ?

2- L'hypothèse de recherche :

- Les personnes atteintes de la maladie de crohn souffrent d'angoisse de mort et perçoivent que leur dynamique familiale est caractérisée par les conflits et les résolutions négatives.

3- Objectifs de la recherche :

Essayer de déterminer les facteurs qui peuvent influencer sur le degré d'angoisse de la mort chez les patients qui atteintes de la MC.

Voire la nature de la prise en charge la plus adéquate pour lesaider à supporter cette angoisse.

Comprendre leur souffrance physique et psychique pour l'aider à accepter 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.

4- Opérationnalisations des concepts :

- Dynamique familiale :

C'est la note et les réponses des patients qui souffrent de la maladie de crohn sur le teste du FAT.

- Angoisse de mort :

L'angoisse de mort est un sentiment ou une réaction émotionnelle qui se déclenche dans l'inconscient, par la pulsion de mort ou encore le désir de mourir. Il peut se ressentir d'une manière inconsciente chez les malades qui sont atteint des maladies grave-t-elle que la MC. Et ça selon les réponses de l'entretien.

Partie Théorique

Chapitre I :

*La maladie de Crohn,
épidémiologie, causes et
traitements*

Préambule :

La maladie de crohn c'est une maladie des temps modernes maladie de pays développés, maladie qui frappe la jeunesse, elle n'a pas encore livré son secret en dépit de l'extension qu'elle a prise et des recherches qu'elle a suscitées.

La maladie de Crohn forme avec la rectocolite hémorragique (RCH) un groupe de maladies dénommé MICI (Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales) .

La maladie de crohn est une affection qui peut atteindre la totalité du tube digestif, mais touche en priorité le grêle et le colon. L'évolution de la maladie de crohn est très souvent imprévisible et sa morbidité est lourde.

1- Définition :

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire qui peut atteindre une ou plusieurs parties du tube digestif mais plus particulièrement l'intestin grêle, le colon et la région ano-périnéale. **(fig.1)** C'est une maladie chronique au cours de laquelle alternent périodes de poussées et d'accalmies. Les poussées se manifestent généralement par des douleurs abdominales, une diarrhée avec des glaires et parfois du sang, et souvent de la fatigue et éventuellement de la fièvre. La maladie peut aussi se traduire par des symptômes articulaires, cutanés ou oculaires.

La maladie de Crohn touche environ une personne sur mille. Elle survient le plus souvent chez les jeunes adultes, mais peut apparaître à tout âge, y compris chez les enfants. Les causes de la maladie ne sont pas précisément connues. On sait cependant qu'il existe des prédispositions génétiques, des désordres du système immunitaire, et des facteurs liés à l'environnement, notamment le tabac.(Weill. J, P, et Weill. M, 1993, P 43).

La bonne prise en charge de la maladie de Crohn permet d'avoir une vie normale ou proche de la normale (scolarité ou vie professionnelle, loisirs, vie sexuelle...).

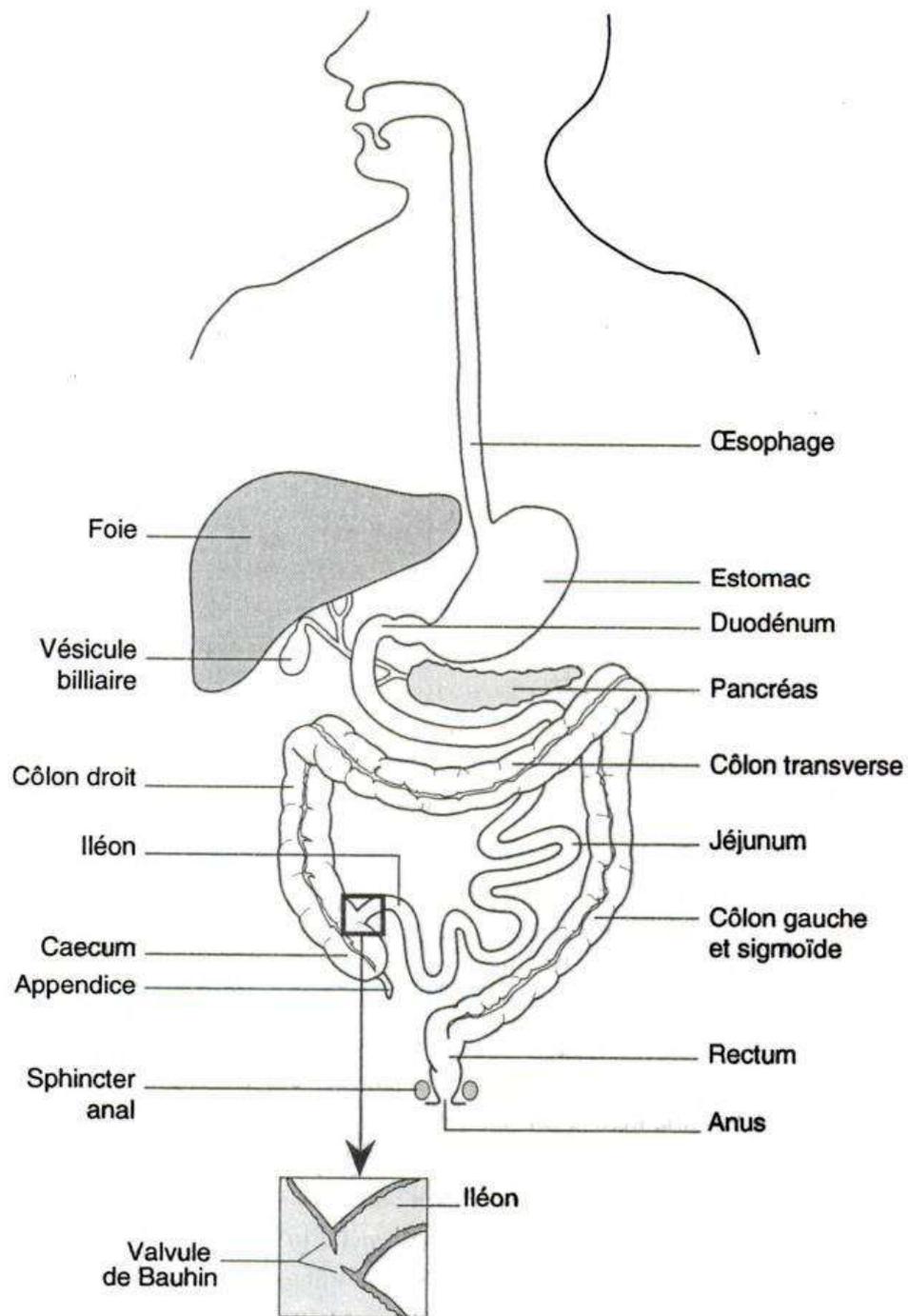


Fig. 1. Appareil digestif

2-Historique :

La MC est une maladie tient son nom de l'observation qu'en a faite, en 1932, un médecin américain, le Dr Burril B. Crohn. C'est en effet à cette époque que B. Crohn et ses collègues de New York, Ginzburg et Oppenheimer publie un premier article décrivant les symptômes de cette maladie. Appelée à l'époque « entérite ou iléite régionale », elle ne sera rebaptisée que plus tard du nom du premier auteur à l'avoir décrite. (Crohn. B, B et al, 1952, P 583).

3-Epidémiologie :

D'après les dernières estimations, la MC touche 60 000 à 100 000 personnes en France ; 3 600 nouveaux cas sont déclarés chaque année, ce qui correspond à une incidence annuelle de 6 pour 100 000 habitants.

La prévalence (nombre de cas cumulés) de la MC dans les pays occidentaux est d'environ 50 à 100 pour 100 000 personnes L'incidence (nombre de cas nouveaux) de la MC présente une grande variabilité d'un pays à l'autre. Elle a augmenté régulièrement (multipliée au moins par deux) en Europe et en Amérique du nord depuis les années 1950, mais est globalement restée stable depuis 5 à 10 ans. (Husson. M, C, 2001, P 5).

3-1-Populations concernées

La MC touche essentiellement l'adulte jeune, avec une incidence maximale à 20 à 30 ans (12 pour 100 000 personnes par an). Dans 45 % des cas, le diagnostic est effectué entre 16 et 25 ans (6). Il existe une prédominance féminine, le ratio femme/homme étant de 1,2.

3-2-Données géographiques

La répartition géographique de la MC est inégale même au sein d'un même pays. Cependant, un gradient géographique décroissant nord-sud (pays industrialisés ou non), résultant des évolutions d'incidence, a été constaté. En Europe, les MICI en général semblent moins fréquentes dans le pourtour méditerranéen que dans les pays scandinaves. (Husson. M, C, 2001, P 6).

4-les causes de la maladie :

Aujourd'hui encore, près de trois quart de siècle après sa première description, on comprend mal les mécanismes de cette maladie. Différents facteurs ont été avancés comme étant susceptibles de jouer un rôle dans l'apparition de la maladie :

- Des bactéries et virus, facteurs environnementaux : Mycobacterium para tuberculosis, Listeria, le virus de la Rougeole.
- Des facteurs génétiques : sites génétiques de probabilité découverts sur le gène Nod2 ou Card15 du chromosome 16 et sur le chromosome 12.
- Le tabagisme : on sait aujourd'hui qu'il augmente le risque de développer la maladie et aggrave son évolution.
- Les habitudes de vie : alimentation, stress. (Hugot. T, P, et al, 1996, P 821).

5-Les Symptômes :

La maladie se manifeste par des symptômes cliniques variés et par une évolution chronique avec une succession de poussées plus ou moins intenses, entrecoupées de phases de rémission plus ou moins longues. Les lésions inflammatoires sont secondaires à une activation du système immunitaire muqueux intestinal, due à l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux qui commencent à être mieux connus. (Lamrani. A .G, 2015, P 7).

Elle se révèle le plus souvent à une diarrhée aigüe ou chronique avec perte de l'appétit, amaigrissement et anémie. Elle se complique de fistules et, parfois, d'abcès siégeant en générale a l'anūs d'occlusion intestinale et de fistules internes. Elle peut également être à l'origine d'une uvéite « inflammation oculaire » (**Fig. 2**), et d'une spondylarthropathie « affection inflammatoire chronique caractérisé par une atteinte articulaire vertébrale ». (Dictionnaire Larousse médicale. 2000, P 255).

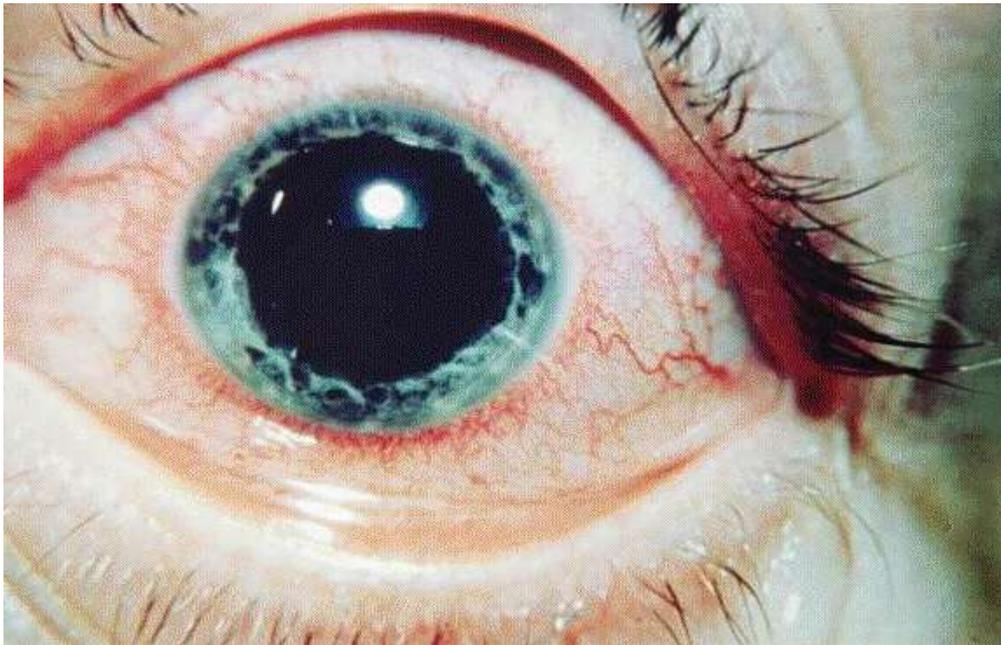


Figure N°2 : d'une uvéite « inflammation oculaire ».

Les atteintes inflammatoires les plus fréquentes sont celles de l'iléon terminal et du côlon droit. Les douleurs abdominales sont très fréquentes au cours des poussées. Les diarrhées sont prolongées et rarement sanglantes. Les rectorragies massives sont peu fréquentes.

Les manifestations ano-périnéales récidivantes sont évocatrices : fissures et ulcérations(**Fig. 3**), sténoses, abcès et fistules.

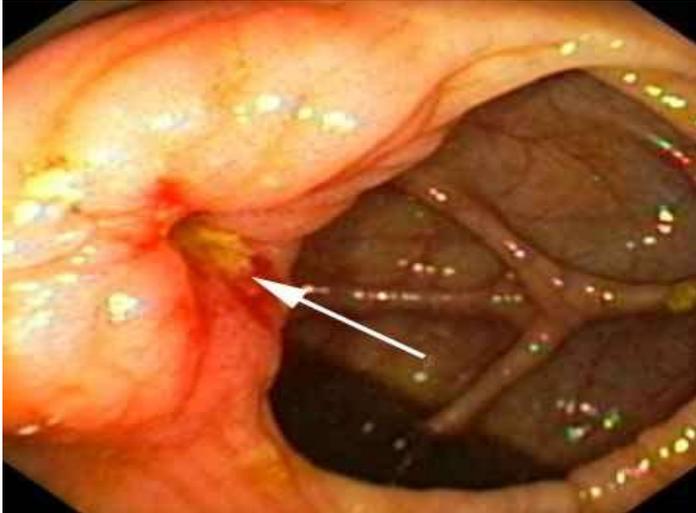


Figure N°3: Ulcération (Flèche) au niveau de la valvule.

Les complications intestinales sont des sténoses, des fistules et des abcès. Les manifestations extradigestives (le plus fréquemment rhumatismales, mais aussi érythème noueux(**Fig.4**), atteintes oculaires sont généralement associées aux signes digestifs.



Figure N° 4: érythème noueux« inflammation articuloires ».

Trois indices sont couramment utilisés pour évaluer l'évolutivité de la MC et juger de son évolution sous traitement : l'indice CDAI, l'indice IBDQ et l'indice CDEIS. (Husson. M, C, 2001, P 10).

6-Le diagnostic :

Le diagnostic de la maladie de Crohn, repose sur les résultats de l'anamnèse, de l'examen physique, des analyses de laboratoire et des études radiologiques, endoscopiques et histologiques. Il faut d'abord exclure les autres causes possibles d'inflammation intestinale.

Dans la phase aiguë de la maladie de Crohn, il faut exclure la gastro-entérite virale et l'appendicite. Si la maladie de Crohn se présente sous la forme d'une maladie chronique récurrente, il faudra procéder à une coproculture et à une biopsie de la muqueuse rectale pour exclure la possibilité d'une giardias, d'une amibiase ou d'une tuberculose intestinale, qui peuvent reproduire les symptômes de la maladie de Crohn.

Lorsque l'inflammation se limite au côlon ou au rectum, une colite ulcéreuse, une colite ischémique, une diverticulite et parfois un cancer du côlon peuvent simuler une maladie de Crohn. (Moussa Malla. M, 2010, P 8-9).

7- Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel est difficile à faire car la maladie peut avoir, à tort, été étiquetée comme un trouble fonctionnel digestif intestinal, appelé également côlon irritable.

On peut confondre facilement une rectocolite hémorragique (ne touchant que le côlon) et une maladie de Crohn (pouvant toucher tout le tube digestif), toutes deux des formes de MICI.

Le diagnostic peut ne pas être porté avec certitude entre ces deux entités lors des premières poussées, on parle alors de colite indéterminée. Dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie et de ses signes cliniques permet, après

plusieurs mois ou années, de finir par déterminer avec précision la maladie concernée et donc d'adapter au mieux la stratégie thérapeutique. Il arrive cependant que la colite reste indéterminée, le débat actuel étant de savoir si la cause n'est pas une troisième entité des maladies inflammatoires chroniques intestinales.

Certaines colites infectieuses peuvent aussi présenter un tableau trompeur, par exemple l'infection à Yersinia ou une tuberculose à localisation digestive.

8- Evolution :

La maladie de crohn est une affection chronique évoluant par poussées dans l'intensité est la fréquence varié d'un sujet a un autre. Il semble exister deux grands de patients :

- Les malades présentant des poussés peu fréquentes et d'activité modérée.
- Les malades avec de multiples rechutes, d'évolution grave, nécessitant le recours précoce et répété à la chirurgie.

Le risque de cancer colorectal est beaucoup plus faible que pour la RCH. La morbidité est importante (50% de récidence a 1 an) mais la mortalité est faible, et l'espérance de vie est quasi-identique a celle de la population générale. (Frexinos. J, et Buscail. L, 2002, P 322).

9-Complication :

Il faut distinguer les complications locales et le retentissement général de la maladie.

9-1-Complications locales :

1 - Les sténoses iléales (**Fif. 5**), coliques, ou sur anastomose chirurgicale, peuvent être responsables d'occlusions. Elles sont souvent transitoires et cèdent au traitement médical. Les sténoses anciennes deviennent par contre fibreuses, nécessitant alors le recours à la chirurgie.

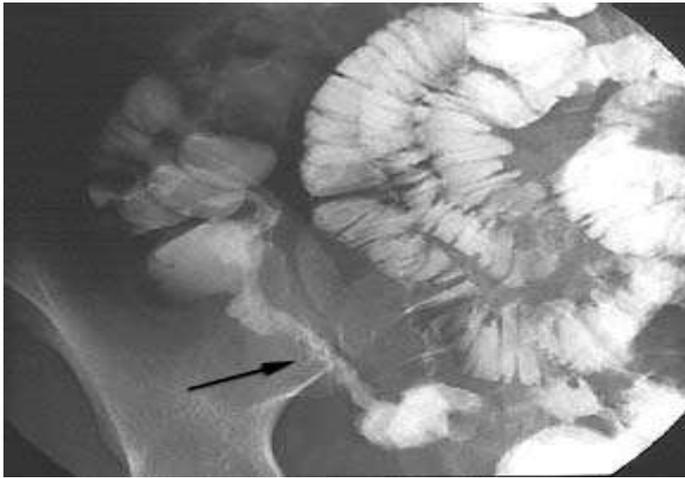


Figure N°5: Sténose (**Flèche**) de l'iléon sur un transit du grêle

2 - Les abcès profonds peuvent compliquer une poussée de la maladie nécessitant la réalisation d'un scanner abdominal. Ces abcès se manifestent par d'importantes douleurs associées à une hyperthermie franche. (**Fig.6**)

3 - Les fistules entéro-entérales, entéro-cutanées, entéro-vésicales ou ano-périnéales sont les plus fréquemment rencontrées. Il existe un état fébrile et des douleurs continues. En cas de fistule entéro-vésicale, le patient peut présenter une fécalurie ou une pneumaturie. (**fig.6**)

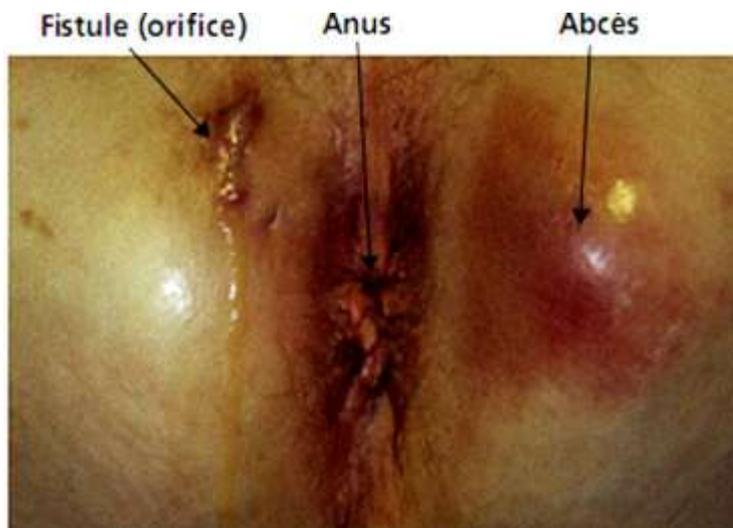


Figure N°6. Maladie de Crohn avec lésions péri-anales.

4 - Plus rarement que dans la RCH, la maladie de Crohn peut se compliquer de colectasie qui se traduit par des douleurs abdominales

importantes, de la fièvre, une pâleur cutanéomuqueuse, une tachycardie. L'examen clinique peut retrouver des signes de péritonite. La biologie met en évidence un syndrome inflammatoire sévère, une hyperleucocytose, une anémie et une hypo-albuminémie témoignant d'une exsudation protéique. La radiographie de l'abdomen sans préparation et le TDM abdominal montre une aérocolie majeure sans obstacle. Ce tableau de colite grave est une urgence médicale et chirurgicale nécessitant le plus souvent une colectomie en urgence.

([Http://www. Medicine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1, htm](http://www.Medicine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1.htm)).

9-2-Retentissement général :

L'inflammation chronique se traduit par une anémie microcytaire. Les lésions étendues ainsi que la résection chirurgicale du grêle peuvent être responsables d'une mal absorption, entraînant une stéathorrhée et une hypoprotidémie. La déficience nutritionnelle est souvent aggravée par une réduction volontaire par le malade des apports alimentaires visant à supprimer les douleurs abdominales ([http://www. Médecine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1, htm](http://www.Médecine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1.htm)).

10- Traitement :

10-1- Traitement médicale :

10-1-1-Médicaments anti-inflammatoires :

- Dérivés salicylés :

La Salazo-sulfapyridine (Salazopyrine^o) à une posologie de 4 à 6 g par 24 H, lors des poussées. Ses nombreux effets secondaires lui font préférer les nouvelles formes moins toxiques de 5 ASA.

L'acide 5 aminosalicylique (5 ASA^o) ou mésalazine (Pentasa^o, Rowasa^o, Fivasa^o) à la dose de 3 à 4 g par 24 H pendant 4 à 6 semaines lors d'une poussée puis à une posologie de 2 g par jour en traitement d'entretien. Les dérivés du 5-ASA existent aussi en forme lavement ou suppositoire pour les LAR.

- **Corticoïdes :**

C'est actuellement le traitement le plus efficace des poussées de MC. La prednisone (*Cortancyl*©) ou la prednisolone (*Solupred*©) à la dose de 0,75 à 1 mg/kg/j permettent l'obtention d'une rémission clinique entre 3 à 7 semaines dans 90 % des cas.

Le Budésonide (*Entocort*©) est une nouvelle forme de cortisone orale dont l'intérêt est d'avoir moins d'effets indésirables systémiques en raison d'une métabolisation importante lors du premier passage hépatique. Il peut être prescrit dans les formes légères à modérées atteignant l'iléon ou le colon droit (3 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines). Des formes rectales (lavements : *Betnésol*©, *Rectovalone*© ou mousses : *Entocort*©, *Colofoam*©) sont également disponibles dans les localisations digestives basses.

- **Les antibiotiques :**

Le métronidazole (*Flagyl*©) à la dose de 20 mg/kg/jour et la ciprofloxacine (*Ciflox*©) à la dose de 1,5 g/jour seraient efficaces dans les localisations ano-périnéales de la MC.

- **Les anti-TNF-a :**

L'infliximab (*Rémicade*©) est actuellement la seule molécule ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché. Ses indications sont très limitées compte tenu de son coût et de l'absence de recul quant à son innocuité. Ses indications sont réservées aux formes sévères réfractaires aux traitements classiques (une perfusion IV de 5 mg/ Kg) ou à la MC fistuleuse (3 perfusions de 5mg/Kg en 6 semaines). (Zeitoun. J. P, et al, 2014, P 117).

10-2- traitement chirurgicale :

Les indications chirurgicales doivent être soigneusement pesées en raison du risque important de récurrence après chirurgie. Ne doivent être opérées que les formes compliquées et résistantes au traitement médical. La résection intestinale

doit être la plus limitée possible. Devant la présence d'une sténose intestinale courte et fibreuse, responsable de syndrome occlusif, on pourra proposer la réalisation d'une stricturoplastie consistant à ouvrir l'intestin suivant l'axe longitudinal et à le suturer transversalement. (Lacaine. F et al, 2011, P 52).

10-3- Nutrition artificielles :

La nutrition parentérale ou entérale élémentaire permet dans certains cas une rémission des poussées évolutives de la maladie de Crohn de façon équivalente à une corticothérapie. Elle est principalement utilisée en cas de corticoïde-résistance ou de formes graves.

10-4- Traitement des poussées :

En cas de poussée modérée, les dérivés salicylés (5 ASA) par voie orale sont utilisés en première intention. Pour les poussées d'intensité sévère, une corticothérapie est le plus souvent indiquée. Une nutrition artificielle pourra également être proposée. En cas de poussée résistante au traitement (Corticothérapie, Imurel) ou fistuleuse, un traitement par anti-TNF sera discuté.(Zeitoun. J. P, et al, 2014, P 118).

Conclusion :

La maladie de Crohn se caractérise par une inflammation focale granulomateuse du tube digestif, d'évolution chronique et de cause à ce jour encore inconnue. Elle peut atteindre n'importe quel site du tube digestif, mais se localise principalement au niveau du côlon, à la partie terminale de l'intestin grêle et à la région ano-périnéale. Elle débute souvent chez les adolescents ou les adultes jeunes et pose un problème de Santé publique important du fait de sa fréquence, de sa chronicité et de sa sévérité potentielle. Elle fait partie des affections de longue durée prises en charge à 100% par l'assurance maladie. Elle expose peu à un risque vital, mais altère parfois fortement la qualité de vie.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments, cliniques et para cliniques, est habituellement établi en période de poussée. Les manifestations cliniques dépendent de la localisation de la maladie : douleurs abdominales, diarrhée et/ou syndrome dysentérique, le plus souvent muco-hémorragique, atteinte de la région ano-périnéale, avec parfois signes généraux et/ou manifestations systémiques. S'y associent volontiers des anomalies biologiques (syndrome inflammatoire, carences...).

Environ 50% des sujets doivent un jour subir une intervention chirurgicale. Les traitements médicaux sont souvent lourds, encore dominés par la corticothérapie à fortes doses.

Chapitre II :

*L'angoisse de mort, ses types
et ses classifications*

Préambule :

La réaction d'angoisse est un état psychologique voisin de l'anxiété, qui touche tout être humain. C'est une manifestation profonde d'inquiétude, elle peut survenir de manière ponctuelle et disparaître rapidement. La mort est une vérité absolue et un sentiment que prévoit n'importe qu'être vivant et qui désigne une fin de vie. Et quand l'individu reçoit un danger qui menace sa vie, il va réagir à cette situation avec une certaine angoisse qui représente l'angoisse de mort. Elles ne sont pas systématiquement déclarées ou visibles : elle peut être masquées par des comportements limites ; c'est par des comportements pathologiques ou par des attitudes qui tout simplement dérangent.

I- Angoisse

1. La conception d'angoisse avant Freud :

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

Etude de cas de Janet en 1890 qui va le premier à sortir l'angoisse de sa place de réaction contre le monde extérieur. 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 « l'angoisse toute la situation (non seulement à l'égard de l'abstract, mais encor l'objet lui-même) se trouve concerné dans l'intrapsychique ».cite par (Diel. P, 1954, P 60).

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 :

Pour Freud, il la aborde l'angoisse d'une façon générale, elle apparait comme : « la monnaie courante » contre laquelle sont échangée toute les excitations libidinales qui ne trouvent pas de débouchées. L'angoisse étant le grand danger intérieur, les symptômes névrotiques sont donc des symptômes de défense contre l'angoisse ; (les symptômes ne se forment que pour empêcher le développement de l'angoisse). (Freud. S, 1926, P 307).

3. Les différentes définitions de l'angoisse :

3-1. Selon Freud :

En accord avec S. Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objet- l'angoisse est assimilée à de l'énergie libre : une excitation

pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de décharger met en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action, et dans sa sensation corporelle : elle entre dans le registre plaisir / déplaisir. (Le Goff. I, 2010, P 58).

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, P 199).

L'angoisse donc, est un ensemble de sentiment et de phénomènes affectifs, caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement, et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance, devant lesquelles l'être humain se sent démuni et totalement dans le corps comme un réflexe archaïque. (Grand Dictionnaire de la psychologie, 1999, P 57).

3-2. Selon Lacan :

Lacan avait référé l'angoisse au « corps morcelé » dans ses écrits d'avant-guerre, auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir, l'angoisse est en signal, se structure et s'il y a de l'affect, c'est l'affection qu'il s'agit : l'affection, l'assignation de l'être vivant partant propulsé dans l'humanité traumatisante, morcelé jusqu'à l'entrée dans le langage.

Il agit donc, d'une affection à l'objet petit à cause du plaisir, identifiant le sujet dans le fantasme. (Collinet. PH, 2011, P 6).

3-3. Selon le vocabulaire de la psychanalyse :

L'angoisse signifie que le sujet est en attend de quelque chose, un danger connu ou inconnu, et 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. (La Planche. J, Pantalès. J, B, 1967, P 2).

En générale, on définit l'angoisse comme « affect pénible en relation, soit avec une situation traumatisante actuel, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé ». (Bergeret. J, et all, 1995, P256).

4- L'étymologie de terme angoisse :

Le mot angoisse vient du latin angustiae qui veut dire étroitesse, August en allemand fait précisément ressortir le gène, 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. (Freud. S, 1916, P 109).

5- Les types d'angoisses :

5-1- L'angoisse réelle :

Cette angoisse est déclenchée par la perception d'un danger extérieur, et elle est associée à un reflex d'autoconservation. Freud considère cette angoisse comme une réaction qui contient de l'angoisse, qui est une peur sans objet, une abstraction. La peur 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. (Freud. S, 1916, P 46).

5-2- L'angoisse névrotique :

Pour Freud, chez les névrotiques, il ne s'agit pas d'une libido momentanément inemployée, mais d'une libido détaché d'une reproduction refoulée. Freud répond la théorie d'Otto Rank, dans laquelle il persiste que l'angoisse névrotique, Freud (1905) établit une relation entre la sexualité et les symptômes. L'angoisse névrotique correspondrait à une dérivation de l'excitation sexuelle utilisée de manière anormale. Elle constituerait la réaction du sujet face à des excitations internes incontrôlables, se manifestant par une expression somatique dénuée, de sens organise autour d'un noyau qui constitue

la répétition d'un certain événement important, et significatif qui appartient au passé du sujet, cet événement ne peut être que la naissance. (Hazotte. E, 2007, P 50).

5-3- Angoisse automatique :

L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Freud. S, 1926, P 16).

C'est la réaction de l'individu à chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique d'origine externe ou interne, il est incapable de maîtriser. (La Planche. J, Pantalès. J. B, 1967, P 8-9).

5-4- Angoisse de morcèlement :

Désignent une modalité d'angoisse très précoce dans le fonctionnement psychique. L'angoisse de morcèlement 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 sujets qui présentent des troubles psychotiques. (Paul-Laurent. A, 2006, P 34-38).

5-5- Angoisse de séparation :

L'angoisse de séparation correspond au sentiment douloureux de crainte, éprouvée par un sujet lorsque la relation affective établie avec une personne importante de son entourage, se trouve menacé d'interruption ou interrompue, il peut s'agir d'une interruption par suite de la perte de lien affectifs, ou d'une rupture consécutive à une perte réelle de la personne importante. (Quindoz. J. M, 2002, P 16).

Pour M. Klein, l'angoisse de séparation est liée à la position dépressive, période pendant laquelle le nourrisson doit établir en son Moi un objet interne suffisamment bon et stable. Au cours de celle-ci, demeure le fantasme sadique selon lequel le bon objet peut continuer à être agressé par la haine du mauvais objet. La crainte de voir disparaître l'objet entier persiste. Ce fantasme, et les

pulsions qui l'accompagnent, jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'angoisse infantile. Cette dernière résulterait du danger provenant du travail interne de la pulsion de mort. Selon le point de vue kleinien, l'angoisse et la culpabilité seraient liées et présentes dès la naissance, la culpabilité dérivant de l'expression des pulsions agressives à l'égard de l'objet maternel. La capacité à surmonter l'angoisse de séparation dépend donc de l'intériorisation. (Patoiseau. F, 2008, P 62).

5-6- Angoisse de castration :

Elle marque l'accès au désir génital, à la loi, à la relation triangulaire des personnes totales et sexuées. (Bergeret. J, 2008, P 183-184).

Dans la théorie freudienne, l'angoisse de castration possède une relation étroite avec le complexe œdipien et plus spécialement avec sa fonction interdictrice et normative. Ce complexe universel et imposé à tous les êtres humains renvoie à un ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents, par rapport aux quels il se situe dans une relation de type triangulaire. (Patoiseau. F, 2008, P 69).

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

Ya trois types d'angoisses sont différenciés qualitativement selon trois structures pathologiques :

***Chez les névrotiques :**

Elle signifie l'angoisse de castration, relation triangulaire.

***Chez les états limite (Border line) :**

La relation anaclitique et gérée l'angoisse de perte.

***Chez les psychotiques :**

Elle provient de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement. (Goff. I, 2009, P 31).

II. La mort :

1. La mort ; étymologie de terme :

Le mot **MORT** est issu du latin {**MORTUUS**} accusatif de {**Mors**} : cessation de vie. Remarquons déjà que le mot (mort) ne peut avoir de sens autonome séparé du mot (vie). C'est le cessé de vivre. (Larousse, 1980, P 671).

2. Définition de la mort :

La mort est la cessation définitive des fonctions vitales d'un organisme. L'idée de la mort suscite généralement, de l'anxiété car elle est la conséquence d'un néant inconcevable.

La mort est l'un des fait fondamentaux de la réalité, une fois l'individu est conscient qu'il est incapable de faire à la réalité de la mort, il devient abstrait de trouver des méthodes de s'adapter pour être en mesure de supporter l'idée de la mort. De croire qu'il existe une autre vie après la mort, et l'idée qu'il vaut mieux que celle que nous vivant dans ce monde, sont toutes des tentatives visent à réduire la sévérité de l'angoisse de mort. (Nobert. S, 1999, P 172, 173).

3. Les types de la mort :

3-1. Le coté physiologique :

Ya deux types de la mort, corporel et organique.

Corporel signifie l'arrêt de pulsation de cour, la respiration, le reflexe 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 15minutes, et les cellules de foie après 30 minutes. Et organique signifie la mort des cellules et de leurs composants.

3-2. La mort superficiel :

C'est la diminution des agitations vitales, coma. L'arrêt d'agitation vitale et l'activité de cœur, perte de sensation relâchement des muscles, de l'arrêt de souffle.

3-3. La mort clinique :

C'est l'arrêt total de la circulation sanguin, mais on trouve des moyennes de réanimation.

3-4. La mort réel :

On peut dire que c'est la mort superficiel, clinique, physiologique ; c'est l'arrêt total de tous les cellules nerveuses et les autres cellules. (Chauchard. P, 1972, P 65).

III. L'angoisse de mort :

Angoisse de mort C'est bien parce que nous ne savons rien de la mort qu'elle nous angoisse. Comment concevoir de ne rien en savoir, de ne rien en avoir vécu et de tendre ainsi chaque jour vers elle, inexorablement. Quoi de plus angoissant que de savoir qu'une séparation définitive nous attend, séparation d'avec la vie, d'avec les autres et d'avec soi-même, sa conscience d'être au monde.

Naître à la mort « L'expérience de la naissance est la première expérience de l'émergence de la mort », déclarait Françoise Dolto dans « Parler de la mort ». Notre venue au monde nous installe parmi ceux qui vont mourir. Elle implique d'emblée une perte : celle du placenta protecteur vécu par le nouveau-né comme une part de lui-même. Cette notion de perte est importante car c'est elle qui tout au long de notre vie réactive l'angoisse de la mort.

1- Définition de l'angoisse de mort: Points de vue psychanalytiques

1-1- Selon Freud : L'angoisse de mort comme analogon de l'angoisse de castration.

Pour lui, l'inconscient étant convaincu de son immortalité, la peur de mourir correspond essentiellement à la punition du délit œdipien. Il ne proviendrait que du sentiment de culpabilité généré par ce dernier. « C'est pourquoi je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit

être conçue comme analogon de l'angoisse de castration, et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le sur-moi protecteur - les puissances du destin - , par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers. » (Freud. S, 1926. P 44).

L'angoisse de mort est liée à la structure personnelle, le moi, le ça, le surmoi, et il confirme que la dette est les mécanismes de défenses contre l'angoisse de mort.

1-2- Selon Klein :

C'est la conséquence d'une menace de pulsion de mort, qui se trouve dans l'inconscient depuis la naissance et aussi un combat levé la vie et la pulsion de mort.

M. Klein, pour sa part, confère une place centrale à la peur de mourir en le considérant comme cause première de l'angoisse. Elle soutient, contrairement à S. Freud, que la peur de mourir existe dans l'inconscient. Elle prendrait naissance dans la pulsion de mort et dans le jeu d'introjections et de projections qui constitue la psychose infantile. L'origine de l'angoisse de mort serait archaïque et précoce, ce qui laisse sous-entendre que nous pouvons bien sûr la déceler chez le nourrisson.

L'angoisse de mort, qui sous d'autres vocables est appelée angoisse de morcellement, de désintégration ou d'anéantissement, renvoie à une représentation concernant le sentiment d'unité du sujet.

Le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et « cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa

substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, (...) et ceci sans recours et sans fin ». (Pasche. F, 1996, P 52).

2- Les types d'angoisse de mort :

2-1-Angoisse de mort chronique :

On distingue ce type chez les patients qui ont une maladie chronique ou une maladie incurable, cette angoisse est lie alors à la maladie.

2-2-Angoisse de mort aigue :

Cette angoisse se manifeste pendant une courte durée, elle est lie à des expériences de la vie réelle, comme la mort d'un proche soudainement, d'une façon surpris qui rend le patient dans un état de traumatisme.

IV. Les variables associées à l'angoisse de mort :

Il existe plusieurs variables associées à l'angoisse de mort, parmi lesquelles on a :

1. La relation entre l'âge et l'angoisse de mort :

La relation est très complexe entre l'âge et l'angoisse de mort, les études de Stivess, Cepler, Levenson et Thomas qui ont résultent que l'âge de l'individu peut être important à expliquer le degré de l'angoisse de mort. Et aussi les études de Djanine Djhonson dit que y a une relation négative entre les deux, elle exprime que la personne âgée accepté plus la mort que la personne jeune.

Par contre, les études qui à été faite sur des conseillers psychologues, qui participent à la rééducation professionnelle des travailleurs, perdu despartie de leurs corps ou à une fonction organique, confirme que il n'existe pas une relation entre l'âge et l'angoisse de mort chez les conseillers.

(احمد محمد عبد الخالق ' 1976 , ص 84-86).

2. La relation entre l'angoisse de mort et la santé physique :

L'angoisse de mort est en augmentation chez les personnes qui souffrent d'une maladie physique. Cornel par son guide médical, il arrive à éprouver que l'angoisse de mort est reliée dans sa grande partie à la santé physique, ou à la complémentarité du corps, les malades hémodialysées peuvent souffrir d'une angoisse de mort très élevée. (احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 121).

La douleur, la maladie, la mort, si la douleur de la maladie est plus importante, la maladie entrains généralement la mort, et la mort survient dans la plus part des cas, le résultat de la maladie, les trois la maladie, la mort et la douleur, fortement sont liée entre eux. (احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 147).

3. La relation entre le sexe et l'angoisse de mort :

Il est apparu que le degré de l'angoisse de mort chez les femmes, est plus élevée que chez les hommes. Dans une étude, en 1936, par Middleton, on a constaté que les femmes sont plus angoissantes par la mort que les hommes.

Kopler et Ross confirment que les femmes se sentent moins sécurité que les hommes, et alors leurs préoccupations de mortalité est plus élevée que les hommes, et ce n'est pas seulement par rapport à leurs mort, mais également à la mort de leurs maris. (احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 95).

4. La relation entre l'anxiété générale et l'angoisse de mort :

Il existe une relation étroite, ou il est possible de considérer l'angoisse de mort sous-catégories de l'anxiété générale. L'angoisse de mort est un type de l'anxiété qui s'appuie sur la mort, la séparation et l'anxiété générale à plusieurs intérêt, compris ce qui est fondé sur la mort. La relation qui est entre eux, c'est une relation corrélation positive, avoir une angoisse de mort élevée chez les cas angoissés et les cas de névrose d'angoisse. (احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 147).

V. Les théories de l'angoisse de mort :

1. La théorie psychanalytique :

Freud explique dans « la morale sexuelle civilisée » en 1908, que la répression sexuelle s'accompagne d'une augmentation des angoisses de la mort. Il dit : « Je pense que l'angoisse de mort se déroule entre le moi et le surmoi », là où il pense qu'il faut le soulager à la métapsychologie de la mélancolie. « Le moi se sacrifié par ce qu'il se sent haï et persécuté au bien d'être aimé par le surmoi », et devant un danger réel auquel le moi, ne peut pas parer ses propres moyens, le moi se voit alors abandonnée par les puissances protectrices et se laisse mourir. (Claude le Guen et all, 1996, P 6-10).

2. Approche comportementale :

Cette approche observe que l'angoisse de mort est une douleur, un danger, une peur, ou une punition probable, mais qu'elle n'est pas confirmée. Elle était considérée aussi comme une émotion acquise, composée de peur et douleur, et l'anticipation de mal, et peut être reliée à la mort, si elle est intense et qu'elle ne permet pas à l'individu dans son comportement de récupérer son équilibre.

(احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 25).

3. Approche cognitivo-comportementale :

Angoisse de mort est un comportement émotionnel, résultat d'un ensemble des idées que l'individu construit de lui-même, tel que les maladies qui peuvent lui affecter, et ces idées qui sortent de la logique, on une faute relative. Et pour éliminer ce trouble, il faut faire un changement constructif de l'idée- changement de registre cognitif, par le renforcement de l'individu qui souffre de ce trouble psychique par des nouveaux concepts cognitif.

(احمد محمد عبد الخالق ' 1976, ص 26).

Conclusion :

L'angoisse c'est l'inquiétude profonde entraînant un sentiment de malaise psychique et physique.

Mourir c'est ne plus s'appartenir, c'est être physiquement et psychiquement désincarné. C'est n'être plus rien ni personne. Ou seulement dans le souvenir des autres par contre l'angoisse de mort est l'un des réactions majeures qui touche l'individu, qui se déclenche à cause de plusieurs facteurs. Cette peur ou se malaise ce différent d'un individu a l'autre et aussi selon la situation dans qu'elle il est.

Chapitre III :

La famille et ses caractéristiques

Préambule :

Dans toute société il existe une cellule social appelée famille qui est une unité fondamentale de la vie ; vus que c'est le premier groupe dans lequel les individus se socialise et apprennent à vivre en société, c'est une base au sein de laquelle se réalise une grande part des opérations quotidiennes comme la dit Michel Houll Becq « l'homme n'est fait ni pour la solitude ni pour la multitude il est fait pour vivre d'abord en famille et en communauté ».

1- Les différentes définitions de la famille :

1-1- Etymologiquement :

Aux origines romaines la famille désigne le maître et l'ensemble de ses esclaves (familus=le domestique) par extension, personne habitant sous le même toit puis apparition de la notion de lien du sang, ensemble des personnes vivant sous le même toit et unis par les liens du sang. (www:psycalicia.scarpati desclouds).

1-2- La définition psychologique :

Pour Robert Neburger : « la famille est une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de stabilité, de pérennité malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer et aussi un lieu de constitution de l'identité individuelle ». (Neburger.R, 1995, P 10).

1-3- La définition sociologique et anthropologique :

La famille est une institution ; c'est à dire un ensemble de normes et de règles régissant les relations entre les membres de la famille, pour eux la famille demeure une valeur essentielle, elle est fondée sur le couple, les enfants et solidarité entre ses membres.

1-4- La définition de la famille selon le code de la famille :

La famille est la cellule de base de la société, elle se compose de personnes unies par les liens de mariage et de parenté. (Code de la famille, P 03).

I. le fonctionnement familial :

Les propos des praticiens sociaux traduisent une vision éco systémique du fonctionnement familial, ceux-ci voient la famille comme un système ouvert sur son environnement, ils font référence aux dimensions intrafamilial de fonctionnement mais font aussi ressortir des facteurs familiaux, individuel et environnemental qui facilitent ou font obstacle au fonctionnement de la famille.

La dimension intrafamiliale du modèle du fonctionnement familial (résolution des problèmes, communication, rôles, maîtrise des comportements ...) est parmi les premiers éléments mentionnés par les praticiens lorsqu'ils parlent des processus qui caractérisent les interactions entre les membres de la famille. (Broussrau. M et Morel. E, 2007, P 01).

1- La communication au sein de la famille :

La façon dont les membres de la famille communiquent entre eux est une variable essentiel au fonctionnement du système familial, on estime par exemple que la communication dans la famille s'exerce principalement en deux domaines : le domaine instrumentale et le domaine affectif, on tient compte également de deux autre paramètre, le fait que la communication est clair ou masqué et le fait qu'elle est discrète ou indiscrete ,d'autre chercheurs éclairent la façon de la communication dans la famille est au service des fonctions expressives , interactionnel et transactionnel.(Salem. G, 2005, P 65).

2- Les types de la famille :

2-1- Les familles nucléaires :

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

2-2- Les familles multi générationnelles :

Appelées aussi familles souches ou la famille maison, sont unies a la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage pluri générationnelle : parents + enfants +petit enfants.

Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir au tour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale. (Alberhme.k et alberhm.T, 2004, P 104).

2-3- Les familles communautaires :

Sont un revanche élargie à l'horizontale, les enfants mariés ou non agglutinés en cellule conjugale pouvant cohabiter, l'expression de famille recomposée est malheureusement pour Gun Ausloos 1998: il ne s'agit pas de recomposition il s'agit d'une famille nouvelle , recrée qui constitue à son tour un nouveau système , je préfère donc parlé de familles né formées ou recrées pour insister sur le fait que l'on a à faire avec système et non des morceaux d'anciens système , on peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelle .(Alberhme.K et alberhm .T , 2004 ,P 105).

3- Les fonctions de la famille :

3-1- La famille lieu d'éducation :

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

3-2- La famille lieu d'affectivité et de protection :

En général pour tout individus la famille est synonyme de refuge, elle garantit en effet le bien être d'une personne en la soutenant face aux aléas de la

vie et elle contribue en fait à son épanouissement. Cité par (Les familles dans le monde, 2011, P 02).

3-3- La famille comme agent primaire de socialisation :

La famille reste le lieu privilégié dans lequel l'enfant apprend très tôt les normes et les valeurs qui composent la culture de la société dans laquelle il est immergé, c'est ainsi un lieu où il apprend à communiquer avec les autres. (Étude de l'histoire de la famille, 1999, P 16).

3-4- La famille lieu de solidarité :

La famille reste le cadre d'une solidarité intergénérationnelle où elle s'exprime par des échanges de service, ou la transmission d'un capital social à travers lesquels les parents préviennent et font jouer au profit de leurs enfants tout un réseau de relation. (Étude de l'histoire de la famille, 1999, P 17).

4- La personne, sa famille :

Dans une vision du monde refusant l'anthropologie au profit du phénoménologique, l'épistémologie systémique nous propose une autre modélisation de la notion de la famille qui n'est plus alors considérée comme une autre réalité avérée, en se référant à la théorie des systèmes la famille est alors comprise non pas comme un ensemble d'individus unis par des liens de sang ou d'alliance, mais comme un ensemble d'éléments en interaction qui échange de l'information avec l'extérieur. (Watzlawick, 1972, P 58).

5- Les règles familiales, rituel, héméostasie :

En tant que système ouvert, l'unité familiale échange continuellement des informations avec son environnement extérieur, de même qu'avec son milieu intérieur, en d'autres termes toutes les informations nouvelles en provenance de l'extérieur ou de l'intérieur peuvent influencer l'équilibre de l'unité familiale. (Salem.G, 2005, P 57).

Il est bien entendu naturel qu'une famille tend à préserver sa stabilité, à sauvegarder son équilibre, comme tous les systèmes vivants et cette stabilité est nécessaire n'est pas toujours la même elle varie d'une famille à l'autre et au sein d'une même famille, selon son stade évolutif la variabilité de l'hémostase dépend des normes en présence c'est-à-dire des impératifs communs répétés par tous les membres, ces normes familiales se concrétisent sous formes de règles qui régissent les comportements des membres entre eux et à un degré variable vis-à-vis de l'environnement extérieur. (Salem.G, 2005, P 58).

6- Les familles algériennes :

6-1- pendant la période de la colonisation :

Comme la plupart des pays du tiers monde l'Algérie a subi l'impact de la colonisation plus de cent trente ans, d'occupation française ont influencé le mode économique des familles et ont introduit de nouveaux modèles, vivant sur un équilibre précaire, une économie rurale de subsistance ignorant largement le signe monétaire, la terre appartenant collectivement à la tribu ou bien exploitée sinon possédée par une petite paysannerie sur le mode familial, l'unité de production demeurent fondamentalement la grande famille, le tout suffisant à un système de besoins relativement simple et constant.

La colonisation a rompu cet équilibre en attaquant à ces racines pour attirer et fixer les européens, l'administration française leur a attribué d'immenses étendus de terre qui sont exploités selon leur technique moderne, les terres restreintes et demeurant cultivées de façon traditionnelles ne suffisent pas à leurs subsistances de l'unité familiale. (Benali. R, 2009, P 90).

6-2- Après l'indépendance :

Après 1962 la politique suivie par l'état algérien a favorisé l'industrialisation et l'urbanisation, ce qui a poussé les cellules du clan familial pauvre à investir les villes où elles trouvent plus facilement un emploi dans des

entreprise de type moderne, des appartement équipés et un style de vie plus facile, cette mobilité fut précisément une modification brutale et irréversible de l'organisation traditionnel.

Au moins de 20 ans, les traits du monde paysan en Algérie ont complètement changé, des milliers de ruraux ont immigré vers les agglomérations urbaine en peu de temps, un tel déplacement de la population a provoqué des mutations sociologique et a mis en péril tout un ordre social au point de donner naissance a une nouvelle société loin de celle du système patrilignage. (Benali. R, 2009, P 90).

D'après cette comparaison on constate que l'Algérie a vécu un peu de temps des changements rapides, envahissant et incontrôlé, qui ont Pa laissé a ses membres le temps de s'adapté , cette rapidité a conduit parfois s des conflits graves et a des réactions sociales et psychologiques négatives, les membre de la famille algérienne aujourd'hui vivent dans une sorte de contradiction, d'une part il ne peuvent Pa reproduire les rôles et les statuts traditionnel idéalisé et de l'autre ne peuvent pas vivre les transformations sans conflits .(Benali. R, P 94).

II. Le système familial :

La famille est système de l'organisation sociale sur la société par le rôle qu'y jouent les membres de la famille (travail, participation à des associations, vie sociale ...) et aussi distraite des autre organisations sociales par des rôles de solidarité des fonctions spécifiques.

Définir un type donnée d'une famille suppose la mise en évidence d'un ensemble de modèle culturels de comportement qui règlent les relations , et qui définit les rôles masculins et féminins les type des comportements à l'égard du travail , des loisirs , de la sexualité et des taches au sein du foyer , donc le

système familial est variable selon les modèles culturels et le type d'économie. (Lusengo. M, 2008, P 33).

1- Le cycle de vie de la famille :

Le cycle de vie familiale permet de suivre les différentes étapes de l'évolution d'une famille, il recouvre plusieurs cycles de vie individuelle : celui du père, celui de la mère et celui de chacun des enfants présents dans la famille, un cycle de vie individuelle dure toute une vie alors que le cycle de vie familiale commence au moment où un homme et une femme décident de se marier ou de faire vie commune et se termine avec la fin du parentage.

Le cycle de vie familiale peut être marqué de rupture par décès ou divorce et les réunions par remariage ou union de fait, dans ce dernier cas la famille recomposée peut vivre des stades communs antérieurement, de plus ce cycle de vie peut être vécu par une personne seule qui décide d'avoir un ou plusieurs enfants. (Pisant.M, 1990, P 567).

2- Le fonctionnement du système familial :

Puisque les conditions de vie diffèrent d'un type de famille à l'autre, la vie familiale peut être conçue comme un système, celui qui comprend des individus en interaction, le père, la mère et les enfants c'est aussi un ensemble de rôles complémentaires : ceux d'époux, épouse de pourvoyeur, d'éducation ...ect, c'est également une variété de composantes interdépendantes, l'investissement dans la vie familiale.

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

3- Le dysfonctionnement familial :

La crise familiale, plus ou longue d'ailleurs marquée et permet le passage d'un état familial plus au moins heureux mais fonctionnel à un autre, pas forcément plus heureux mais différent, cette période de crise ne s'accompagne pas toujours de souffrance intrafamiliale tant les protagonistes peuvent alors faire preuve d'activisme en effet la crise survient quand la rétroaction négative ne permet plus aux règles familiales habituelles de réagir les interactions entre les différents membres de la famille, si dans le cas de la disparition de l'aidant le processus qui ouvre la période de crise est une évidence, dans ce cas la disparition brutale et non programmée de l'aidant offre de nombreuses possibilités d'amplification d'éléments (darnaud.T,2006,P 129).

3-1- Les conflits :

La famille est un thème très sensible chez l'Humain et les conflits familiaux peuvent prendre des proportions considérables, Parfois même cela provoque des drames Mais sans aller jusque-là, on peut observer combien certaines personnes peuvent se prendre la tête pour la famille et combien elles consacrent d'énergie jusqu'à s'en rendre malade, pour gérer des histoires familiales qui bien souvent ne les concernent même pas directement et ou sont finalement sans gravité, mais encore faut-il comprendre pourquoi Il faut d'abord savoir que la notion de famille n'est pas une exclusivité humaine puisque tous les animaux sociaux sont confrontés à des problématiques similaires aux nôtres eux aussi se prennent la tête pour des histoires de clan, de meute ... ect démontre que le problème est bien plus vieux que l'humanité. Il faut le comprendre. (daillie.L, 2001, P 01).

3 2- La violence familiale :

La violence familiale se démarque des autres formes de violence rencontrées dans nos sociétés par le caractère intime du rapport existant entre l'agresseur et la victime et par la nature privée de leurs relations, cette forme de violence comprend plusieurs catégories parmi lesquelles figurent la violence des parents à l'égard de leurs enfants et la violence entre conjoint. Outre ces deux types facilement identifiables, le terme inclut aussi la violence dans la fratrie, la violence des adolescents à l'endroit de leurs parents et finalement la violence infligée aux parents âgés par leurs enfants d'âge adulte.

Au-delà du fait qu'il s'agit d'une violence qui se produit à l'intérieur du cadre familial, on peut observer des points communs à l'ensemble des catégories on constate ainsi que d'une part la violence engendre un certain nombre d'effets similaires, tels la perte de l'estime de soi, la honte, le sentiment d'impuissance et que, d'autre part elle se caractérise par une différence de pouvoir marquée entre les agresseurs et leurs victimes. (Rondeau. R, 1994, P 01).

4- Les raisons principales d'un dysfonctionnement familial :

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

Conclusion :

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

Partie Pratique

Chapitre IV :

Le cadre méthodologique

Préambule :

La méthodologie est une étape importante dans notre recherche, elle comporte les données relatives à la durée de l'étude, à son terrain d'investigation, aux outils employés et à la population impliquée dans un tel processus.

L'auteur peut également choisir de préciser comment il a respecté la déontologie, incontournable dans toute étude, particulièrement dirigée sur la personne humaine. C'est la clé, l'axe principale autour duquel se construit une étude, sa rigueur et sa cohérence qui feront l'intérêt et la qualité de la recherche, et donc de l'article la présentant (Charlotte. M et all, 2006, P, 28).

Dans notre thème de recherche, nous avons abordés le dysfonctionnement familial et l'angoisse de mort étant qu'une réaction qui peut accompagner les personnes atteintes de maladie de crohn.

1- La pré-enquête :

C'est parmi les étapes les plus importantes dans la préparation d'un mémoire, dont l'objet est de recueillir plus de données et d'informations sur le sujet étudié. L'étape de la pré-enquête est une étape qui permet de vérifier sur le terrain la pertinence des données sollicitées relativement à ses hypothèses et de réajuster en conséquence la portée de son enquête définitive. Elle permet, de plus, de juger de la qualité et de la clarté des questions formulées. Cependant, avant de déterminer le type d'enquête que l'on fera (Robert. J. G, 1980, P 10-11).

La pré-enquête elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments-questionnaire, analyses de documents- prévus pour l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs, cite par, (Grawitz. M, 2001, P 526).

Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. Il existe plusieurs types de pré-enquête qui sont généralement combinés sous forme d'étapes successives dans la même pré-enquête. (Aktouf. O, 1987, p 102).

La pré-enquête nous permet à la fois d'envelopper notre thème de recherche, et d'être auprès des personnes concernées et même non concernées par le sujet, tout ça pour mieux cibler le projet.

Durant la pré-enquête, on a essayé de nous renseigner sur les établissements qui prennent en charge les personnes qui sont atteints de la maladie de Crohn.

La première fois on s'est dirigé vers l'établissement de Zemirli Salim-El Harrach à Alger puis Frantz Fanon- Blida, [ou ont à tester quelques questions et appliqué notre test du FAT sur deux cas, pour voir si la consigne est claire pour

eux, afin de commencé notre recherche sur le terrain], et CHU de Mustapha Pacha, on a opté pour ce dernier qui est adéquat à notre étude de recherche après avoir rendu visite si on trouve notre groupe étude.

On s'est présenté autant qu'étudiantes en Psychologie clinique Master II à l'Université de Bejaia en vue d'obtention d'un Diplôme de fin de cycle.

Au début, après avoir l'accord du chef de service de l'hôpital, on s'est présenter ainsi de la même manière face aux patients, ensuite on leur à donner une idée sur notre thème de recherche, on s'est informé sur leurs état psychique et physique, on consultations de leurs dossiers médicales afin de renseigner sur nos sujets et avoir l'accord de notre groupe d'étude pour qu'on puisse valide notre thème, et commencé notre recherche sur le terrain

2- La méthode de recherche :

On a utilisé La méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas qui a été définit comme une qui consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personne à propos de leurs comportements ou de leurs opinions on utilisant des questionnaires ou des interviews. La manière dont les questions sont formulées est décisive dans la mesure où elle peut induire les réponses des sujets. (Chahraoui.K et Bénony.H, 2003, p 131, 132). Dans on à utiliser la technique de l'étude de cas :

2-1- L'étude de cas :

Consiste l'observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, d'après cette étude, on décrit le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passés. Pour cela, elle rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet, mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants. Cette étude pris en compte différentes niveaux d'observation et de

compréhension : organisation de la personnalité, évènement présent et passés. L'ensemble de ces données, le clinicien essaye de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essayera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chahraoui. Kh et Benony. H, 2003, P 125, 126).

On peut encore définir l'étude de cas comme « l'histoire singulière d'un patient interprétée à la lumière d'une doctrine, avec l'idée que la pathologie est toujours abordée à partir de l'histoire singulière d'un sujet ».

Elle se distingue de l'observation qui met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et sur le matériel recueilli, alors que l'étude de cas porte davantage sur le travail d'analyse et la présentation globale du matériel concernant une personne en situation clinique. L'étude de cas constitue là, en quelque sorte, un « aboutissement » de la méthode clinique en ce sens qu'elle peut incarner une analyse synthétique des autres méthodes ; ainsi, une étude de cas pourra prendre appui sur les données issues de l'observation, sur les entretiens cliniques ou encore les tests, et présentera aussi bien les données de l'anamnèse, que les données sémiologiques, structurelles, transférentielles, les mécanismes de défense, le diagnostic, le pronostic etc....

3- Présentation de groupe de recherche :

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté à choisir cinq (05) cas d'une manière volontaire pour des patients qui souffrent de la maladie de crohn à l'hôpital de Mustapha Bacha à Alger, et ce selon notre groupe d'étude, la disponibilité des critères d'inclusions suivants : adulte âgé entre (30-46 ans) de deux sexes, qu'il ne soit pas atteint d'un trouble psychique ou mental ou qui peut empêcher la perception chez eux.

3-1 - Les caractéristiques de groupe d'étude :

Tableau N°01 : Récapitule des caractéristiques de groupe d'étude :

Cas Caractéristique	Age	Niveau d'instruction	Type de maladie	Situation familial	Situation
M^{elle} Tounsia	34 ans	3 ^{eme} année lycée	Maladie de crohn iléo rectale	Célibataire	Femme au foyer
Mr Bachir	46 ans	Ingénieur	Maladie de crohn mal nutrition	Marie	Ingénieur en mécanique à Sonatrach
Mr Mouloud	32 ans	1 ^{er} année lycée	Maladie de crohn	Célibataire	Agent de sécurité
Mr Haïtem	30 ans	3 ^{eme} année lycée	Maladie de crohn colique droite, un retard de croissance	Célibataire	Son statut particulaire
M^{elle} Ratiba	30ans	1 ^{er} année lycée	Maladie de crohn, inflammation intestinale au colon	Célibataire	Son statut particulaire

Le tableau N°=01 récapitule les cas de groupe d'étude, il s'agit de cinq (05) cas déferents, deux (02) cas féminin (Tounsia et Ratiba) et trois (03) autres cas masculins (Bachir, Mouloud et Haïtem). Les cas leurs âge entre 30ans et 46ans, et d'un niveau d'étude du lycée à l'ingéieure, porteurs de type différents

de la maladie de crohn, à propos de la situation familiale, sont tous célibataires sauf un qui est marié, d'un statu de travail différents, au niveau du service Castro entérologie à l'hôpital de Mustapha Pacha à Alger.

4- Présentation de la durée et le lieu de la recherche :

Nous avons effectué notre stage pratique au sein du centre hospitalo-universitaire de **Mustafa Bacha à Alger** au service Gastro-entérologie. D'une durée de 40jours.

Cet hôpital fondé en 1854 dans la commune de Mustapha, devenue Sidi M'Hamed, est le plus grand hôpital d'Alger. Il s'agit en fait d'un hôpital de type militaire constitué de baraquements, sur un terrain de 8 Hectares. Le 20 Mai 1855 les médecins civils ouvrent des cours aux étudiants et, le 18 Janvier 1859, les cours officiels sont inaugurée dans le cadre de la nouvelle Ecole de Médecine d'Alger crée en 1857.

C'est après 1877 que sont édifiés les 14 pavillons en dur sur les plans les 1^{er} services ouverts sont ceux de Pédiatrie en 1883 et d'Obstétrique en 1884. Décidés en 1920, les agrandissements, exigés par l'accroissement démographique et les exigences de soins, vont faire que le nombre de pavillons va doubler en 1930 pour atteindre la trentaine. Poursuivis en 1944, ils n'ont jamais cessé, y compris après l'indépendance du pays.

Dans cette recherche en s'intéresse au service ou l'unité Gastro-entérologie qui se situer à proximité du service ORL et en face le service Gynécologie.

Le service à des Activités : Poncréa, hospitalisation, endoscopie, oncologie, exploration fonctionnelle, maladie inflammatoires. Il a eu une capacité d'hospitalisation de 44lits avec 14 lits en hôpital de jour.

5- Les outils de la recherche :

5-1. L'entretien clinique semi-directif :

Un entretien est « un rapport oral, en tête à tête, entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé ». C'est une discussion orientée, un « procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés ». (Aktouf, O, 1987, P, 87).

L'entretien est d'abord une méthode de recueil des informations, au sens le plus riche, il reste que l'esprit théorique du chercheur doit rester continuellement en éveil de sorte que ses propres interventions amènent des éléments d'analyses aussi fécondes que possible. (Raymond. Q, 2011, P, 170).

Il existe trois formes d'entretien selon l'objectif recherché : entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif.

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif comme dispositif de recueil des données, il aborde assez librement une série de thèmes à partir d'une consigne large, permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques : le sujet pouvant organiser la dynamique de son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation. (Catherine. C, 2003, P, 10).

L'entretien semi-directif est une technique directe d'investigation scientifique, fréquemment utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (Angers, M, 1997, P, 144).

On a associé cet entretien semi-directif à un guide d'entretien ou le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées

à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son écrit. (Chachraoui. K et Bénony. H, 2003, P, 143).

- Le guide d'entretien :

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire. (Blanchet. A et Gotman. A, 2007, P, 58).

Ce guide comprend aussi des axes thématiques à traiter : le clinicien prépare des questions à l'avances, elle est nécessairement identique pour tous les sujets, ses questions ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thème à abordée. Le clinicien veille à ce que la formulation de la consigne ne soit pas inductive. (Chahraoui. Kh, et Benony. H, 1999, P 68. 69).

Ce guide nous a permis d'obtenir des informations personnel sur le sujet

Axe n°1 dont l'objectif est d'identifier les sujets.

Axe n° 2, Informations sur les Antécédents de la maladie dont l'objectif est de recherche des antécédents antérieur de la maladie de chron.

Axe n°3, Informations sur le vécu psychologique du patient devant sa maladie et sa relation avec sa famille, objectif de cet axe est de cerner le vécu du patient au moment où la maladie a émergé sur le plan psychique et émotionnel, et aussi sur le plan comportemental.

5-2- Le test du FAT :

Le FAT a été élaborée afin de réunir dans la pratique clinique l'évaluation individuelle et l'évaluation familiale. Dans le champ de la santé, et plus particulièrement dans la mise en place de programmes thérapeutiques, la prise en compte des caractéristiques du système familial est de plus fréquente.

Le FAT comprend une série de 21 planches, un manuel et une feuille cotation. Les 21 planches, décrites ci-dessous mettent en scène des situations, des constellations et des activités familiales habituelles. Elles suscitent un large éventail d'associations projectives sur les processus et les structures familiales, ainsi que des réactions affectives en rapport avec des interactions familiales spécifiques. (Manuel du FAT, 1999, P 1).

Planche1 : Le diner.

Le coté manifeste : Un homme, une femme et trois enfants (deux garçon et une fille) sont assis autour de la table du diner, les adultes discutent, alors qu'un seul mange.

Le coté latent : suggère le conflit familial ou conjugal. La qualité relationnelle et les processus de définition des frontières. Les enfants à problèmes évoquent souvent la thématique du divorce et les implications affectives que cela peut avoir pour eux.

Planche2 : La stéréo.

Le coté manifeste : Un garçon agenouillé devant une chaîne stéréo tient un disque. Un personnage féminin se trouvant en premier plan lui tend un objet rectangulaire.

Le coté latent : Cible la dynamique et la qualité des relations frère/sœur ou mère/fils. Contient des informations sur la qualité des interactions, la résolution des conflits et, à l'occasion, sur la définition des frontières. Dans

certains cas, cette planche apporte des informations sur la définition des frontières lorsque les parents sont amenés à résoudre une dispute. Les récits suscités par cette planche sont relativement neutre.

Planche3 : la punition.

Le coté manifeste : Un garçon est agenouillé à côté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversés. Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.

Le coté latent : Met en évidence le type de définition des limites utilisé dans la famille, l'existence potentielle d'une maltraitance physique et les sentiments de l'enfant sur l'application des règlements familiaux. L'adulte est habituellement, mais pas systématiquement, perçu comme le père.

Planche 4 : Le magasin de vêtements.

Le coté manifeste : Dans un magasin de vêtements, une femme montre une robe à une fille. La jeune fille croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.

Le coté latent : Met en évidence la nature des relations mère/fille, surtout en ce qui concerne la résolution de conflits, la définition des limites et la fusion. Les filles indisciplinées donnent habituellement à cette planche des réponses anodines.

Planche 5 : le salon.

Le coté manifeste : Un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévisions. Une jeune fille à la main posé sur les boutons de la télévision, un cinquième personnage, debout au font de la pièce, fait face aux autres, sa mains est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.

Le coté latent : Met en évidence le même type d'information que la planche 1, mais se situe dans un contexte plus nature. L'expression de conflits à

des planches neutres devrait indiquer un plus grand degré de conflit à l'œuvre au sein de la famille. Ainsi, un enfant qui entre ou sort de scène suggère souvent des thèmes de désengagement et renseigne sur la qualité des relations fraternelles, la réaction des parents ou la fusion.

Planche 6 : le rangement.

Le coté manifeste : Un personnage féminine, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est face à un garçon qui, assis sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.

Le coté latent : Évoque la nature des relations mère/enfant, surtout en ce qui concerne la définition des limites, la résolution de conflits, les frontières et la circularité dysfonctionnelle. L'enfant, ici, est habituellement perçu comme étant un garçon. Les garçons indisciplinés donnent habituellement à cette planche des réponses anodines.

Planche 7 : le haut des escaliers.

Le coté manifeste : Un enfant regarde depuis une chambre à coucher vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11h30.

Le coté latent : Par son contenu non spécifié, cette planche suscite un matériel plus projectif. Dans les groupes cliniques, les thématiques se référant à l'existence d'un conflit familial ou conjugal et elles se retrouvent, dans une certaine mesure, chez des enfants fusionnels issus de contextes conjugaux conflictuels. Un autre type fréquent de réponse, chez des adolescents, se réfère à la transgression des lois et, en conséquent, à la définition des limites.

Planche 8 : la galerie marchande.

Le coté manifeste : Une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessous, devant un magasin où sont présentées, dans la vitrine, des chaussures

ainsi qu'une pancarte : « soldes ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.

Le coté latent : Suggère des informations sur la nature des relations mère/enfants, frère/sœurs et des relations aux pairs. Les thématiques évoquées sont souvent en rapport avec la fusion, la dépendance, la rivalité fraternelle et, en conséquent, mettent en évidence les processus de résolution de conflits, de définition des limites et le fonctionnement ouvert ou fermé du système familial.

Planche 9 : la cuisine.

Le coté manifeste : Un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main, une femme, debout devant une gazinière, tourne une cuillère dans une casserole. Sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.

Le coté latent : Suscite des thèmes liés aux conflits familiaux et conjugal, à l'établissement de coalitions, à l'abus de substances, à la maltraitance physique, à la résolution de conflits et à la définition des limites. La circularité dysfonctionnelle apparaît souvent dans les groupes cliniques.

Planche 10 : le terrain de jeux.

Le coté manifeste : Deux garçons en tenue de base-ball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de base-ball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière-plan.

Le coté latent : Informe sur les sous-systèmes fraternels et les relations aux pairs comme indicateurs de l'ouverture ou de la fermeture du système familial. L'attitude de l'enfant face aux compétences non scolaires est souvent dévoilée.

Planche 11 : la sortie tardive.

Le coté manifeste : Deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparaît à travers une fenêtre.

Le coté latent : suscite les conflits familiaux et le style de résolution de conflits autour d'un sujet typique de l'adolescence. Met en évidence les coalitions entre les générations et l'existence de conflits sur trois générations. Cette planche apporte également des informations sur la nature ouverte ou fermée du système familial. Une circularité dysfonctionnelle est souvent présente. Les enfants indisciplinés donnent habituellement à cette planche des réponses anodines.

Planche 12 : les devoirs.

Le coté manifeste : Une jeune fille. Tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main, devant elle, un livre et un cahier sont ouverts. Un homme et une femme sont debout derrière elle et regardent par-dessous son épaule.

Le coté latent : Cible la dynamique familiale en rapport avec des tâches intellectuelles et scolaires. Principalement dans ses aspects conflictuels, de résolution de conflits, de définition des limites et des frontières. Cette planche fournit souvent une information utile sur les attitudes de l'enfant et de sa famille quant à la responsabilité personnelle, l'apprentissage et la réussite. Dans les populations cliniques, les thématiques de dépendance, d'évitement, de passivité-agressivité sont fréquentes.

Planche 13 : l'heure du coucher.

Le coté manifeste : Un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, son autre main est posée sur ses propres genoux.

Le coté latent : Cette planche cible, le plus souvent, la nature des relations au père dans ses aspects fusionnels ou de désengagement et, parfois, la résolution de conflits ou la définition des limites dans les relations père/enfant. Des thématiques d'abus sexuel peuvent apparaître. Un autre aspect abordé par cette planche se réfère aux modalités familiales de gestion du mal-être ou de la détresse émotionnelle chez un des membres de la famille. Le personnage dans le lit est souvent perçu comme étant un garçon, une fille ou une épouse.

Planche 14 : le jeu de balle.

Le coté manifeste : Un homme et jeune garçon sont debout, face à face. Ils sont des gants de base-ball et ne balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.

Le coté latent : Indique la nature des relations au père. Indique aussi la qualité de la relation fraternelle, surtout par apport à la perception d'un favoritisme au sein de la famille. La fusion ou le désengagement sont des thèmes fréquents dans les populations cliniques.

Planche 15 : le jeu.

Le coté manifeste : Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.

Le coté latent : Indique la nature des relations fraternelle et la relations des conflits dans le sous-système fraternel. Des informations sur l'ouverture ou fermeture du système sont fréquente. Le personnage debout est souvent perçu

comme étant la mère, information ainsi sur la résolution des conflits, la définition des limites et des frontières.

Planche 16 : les clefs.

Le coté manifeste : Un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clefs.

Le coté latent : Suscite des thématiques autour des aspects conflictuels dans la relation père/fils, de la résolution de conflits et de la définition des limites. Apporte également des informations sur la perception parentale de la compétence de l'enfant. Les populations cliniques donnent souvent des réponses liées à l'abus de substances.

Planche 17 : le maquillage.

Le coté manifeste : Un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.

Le coté latent : Explore la nature des relations entre les sœurs et la nature des relations mère/fille. Suggère des informations sur les réactions familiales vis-à-vis de l'attrait physique de la fille et de ses fréquentations ; l'ouverture ou la fermeture des systèmes peuvent être mentionnées suscite parfois des thématiques d'infidélité conjugale.

Planche 18 : l'excursion.

Le coté manifeste : Un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture. Un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.

Le coté latent : De manière typique, cette planche évoque des conflits chez différentes populations. Elle informe sur l'existence d'un conflit conjugal,

d'un conflit familial, sur la résolution de conflits, la définition des limites, des frontières, sur la qualité des résolutions, la circularité dysfonctionnelle.

Planche 19 : le bureau.

Le coté manifeste : Une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.

Le coté latent : Apporte des informations sur la relation père/fille. Cette planche suscite souvent des récits où la fille demande une faveur à son père, ou des récits où la fille est punie pour avoir fait une bêtise. Ces thèmes renvoient à la résolution du conflit, à la définition des limites et des frontières, et à la qualité des relations père/fille.

Planche 20 : le miroir.

Le coté manifeste : Un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

Le coté latent : Cette planche et une des planches les plus projectives du test. Elle apporte des informations sur le concept de soi, la vie affective et contribue parfois à l'identification de problèmes de confusion identitaire, voire d'identité sexuelle. Les réactions familiales à ce type de conflit sont facilement obtenues par l'enquête. Des conflits familiaux sont rarement évoqués spontanément.

Planche 21 : l'étreinte.

Le coté manifeste : Un homme et une femme sont debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il y a un porte-documents. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout près d'une porte ouverte et regardent le couple.

Le coté latent : Apporte une information similaire aux planches, le diner, la cuisine et l'excursion. Bien qu'apparemment neutre dans sa tonalité, cette planche suscite des réponses hautement conflictuelles et agressives dans les populations cliniques. Des récits racontant l'intervention de l'enfant pour protéger la mère du père ne sont pas rares dans ces populations. Peut également contenir des informations sur l'expression des affects dans la famille. (Manuel du FAT, 1999, P 1-2).

A. procédures d'administration :

Le FAT a été conçu pour être utilisé par des psychologues formés à la passation et à l'interprétation des tests projectifs, la passation du FAT ressemble à celle des autres techniques projectives, mais la consigne met l'accent sur l'évocation d'un cadre de référence cognitif et affectif centré sur la famille la pièce ou le lieu de la passation doit être bien éclairé, calme et exempt de toute possibilités de distraction. Les 21 planches doivent toutes être présentées au sujet. Une passation complète prend approximativement 30 à 35 minutes. Une version abrégée du FAT peut faire l'objet d'une cotation indicative et permettre l'élaboration d'hypothèses cliniques. Les réponses doivent être notées mot pour mot sur des feuilles séparées.

La consigne suivante est recommandée lors de l'utilisation du test avec des sujets de moins de 18 ans :

« J'ai une séries d'image qui montrent des enfants et leur famille. je vais te les montrer une à une. A toi de me dire, s'il te plait, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et, surtout, rappelle-toi qu'il n'y'a ni bonne réponse ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter tes réponses pour que je puisse m'en souvenir. »

Pour des sujets adultes, la même consigne peut être utilisée, avec une modification de la première phrase qui devient :

« J'ai une séries d'images sur lesquelles figurent des familles. »

Les consignes seront perçut comme claires et explicite par une grande majorité. Certains sujets, cependant, pourrait avoir plus de difficultés à comprendre la tache.si une réponse contient un récit incomplet, une enquête additionnelle doit être effectuée pour d'obtenir des réponses complètes et cotation. Cette enquête s'articule autour de cinq questions de base :

1. Qu'est-il en train des se passer ?
2. Que s'est-il passe auparavant ?
3. Que ressent-il /elle ?
4. De quoi parle-t-il/elle ?
5. Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

B. La cotation :

✓ Catégories de cotation

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémique. Cette cotation permet la formulation d'hypothèses sue le fonctionnement du système familial à partir des réponses d'un seul membre de la famille. Les catégories de cotation suivant permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.(Manuel du FAT, 1999, P 9).

- **Conflit apparent**

- Conflit familial

- Conflit conjugal

- Autre type de conflit

- Absence de conflit

- **Résolution du conflit**
 - Résolution positive
 - Résolution négative ou absence de résolution
- **Définition des limites**
 - Appropriée/adhésion
 - Appropriée/non- adhésion
 - Inapproprié/ adhésion
 - Inappropriée/non-adhésion
- **Qualité des relations**
 - Mère=alliée
 - Père=alliée
 - Frère/sœur=alliée
 - Conjoint(e)=alliée(e)
 - Autre=alliée
 - Mère=agent stressant
 - Père=agent stressant
 - Frère/sœur=agent stressants
 - Conjoint=agent stressant
 - Autre=agent stressant
- **Définition des frontières**
 - Fusion
 - Désengagement
 - Coalition mère/enfant
 - Coalition père/enfant
 - Coalition autre adulte/enfant
 - Système ouvert
 - Système fermé
- **Circularité dysfonctionnelle**

- **Mauvais traitement**
 - Maltraitance
 - Abus sexuel
 - Négligence/abandon
 - Abus de substance
- **Réponse inhabituelles**
- **Refus**
- **Tonalité émotionnelle**
 - Tristesse/dépression
 - Colère/hostilité
 - Peur/anxiété

6- Déroulement de la recherche :

Après avoir fait plusieurs recherches dans plusieurs hôpitaux au niveau de la wilaya de Bejaia, on n'a pas pu trouver le groupe d'étude adéquat à notre recherche. Donc, on était obligé de se déplacer à Alger, ou on a été en premier lieu à l'hôpital de Salim Zemirli- El Harrach, puis à Frantz Fanon de Blida, mais sans résultat positif, ensuite on s'est dirigé vers l'hôpital universitaire- Mustapha Bacha, ou on s'est présenté au service Gastro-entérologie comme des stagiaires en Psychologie clinique, et après avoir fait un entretien avec le chef du service, on lui a expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, il nous a accordé un avis favorable pour effectuer notre stage pratique.

Vus qu'il n'y a pas de psychologues au sein du service, on était obligé d'être dirigé par le professeur lui-même, le chef du service.

Notre premier jour à l'hôpital, on s'est renseigné d'abord auprès des médecins des personnes atteintes de la maladie de Crohn.

Alors, ont a été pour leurs rendre visite, et se présenter comme des stagiaires en psychologie clinique pour l'obtention d'un Diplôme de fin de cycle, sous thème : « La famille, angoisse de mort chez les malades de crohn ».

On leurs a expliqué nos objectifs, et demandé leur consentement libre et éclairé afin de participer à notre recherche, on na pas eu de difficultés vus qu'on a insisté sur le secret professionnel des données, et garantie la confidentialité de leurs vie privé, et leurs identités, on disant que tout reste dans l'anonymat.

On a commencé avec les cinq (05) cas, qui sont adéquat à notre recherche par l'entretien clinique puis le test du FAT, nos patients nous ont parler de langues différentes, M_r Bachir nous a parlé en français, Mouloud en Kabyle, Haïtem et M^{elle} Radia en Arabe, et enfin, M^{elle} Tounsia qui nous a parlé pendant l'entretien en Français, mais lors de la passation du test, elle a fait recoure à la langue maternelle « le kabyle».

On a remarqué que tous les patients de notre groupe d'étude, parlent trop sur leur maladie, même si on leurs pose une question concernant leurs famille ou leurs angoisse, ils nous rependaient brièvement, et directement commencent à nous racontaient sur leurs souffrance physique, douleurs, épuisement et leurs faiblesse qui les gênent à vivre tranquillement à cause de la maladie, donc on était obligé de répéter deux à trois fois la même question, mais différemment afin d'avoir plus d'informations.

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

Vue la gravité de la maladie de crohn, qui induit à nos patients une fatigue intense, on n'a pas pu faire l'entretien et le test au même temps, car le test est trop long pour eux.

A la fin, on les a remerciés pour leurs participations dans notre recherche, on leurs souhaitant un bon rétablissement.

Ce travail, nous a permis de voir le milieu professionnel, de connaître le terrain et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager leurs souffrances.

Conclusion :

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, en c'est basé sur la méthode clinique pour recueil et la collecte des données et des informations proprement dite peut se faire après testé, sur une population d'étude bien préciser à laquelle se réfère l'hypothèse, puis les outils de 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 hypothèses*

I- Présentation et l'analyse du contenu de l'entretien et de test du FAT :

1-1- Présentation du 1^{er} cas :

M^{elle} Tounsia âgée de 34ans, célibataire, demeurant à Bouira, cadette d'une fratrie de deux (02) filles et un (01) garçon, femme au foyer, connue comme porteuse de maladie de crohn type (LAP) fistules et abcès, diagnostiqué en 2010, admise au niveau du service Gastro-entérologie depuis le 15-02-2016 à l'hôpital Mustapha Bacha.

1-2- Analyse du contenu de l'entretien avec M^{elle} Tounsia :

Au début de l'entretien, M^{elle} Tounsia nous a révélé que le début de la maladie remonte à six (06) ans, elle dit : « *Depuis six ans que je me souffre, mon état d'aujourd'hui n'est pas dû à un mois ou à deux, il date de six ans, c'est beaucoup comme même* ».

Elle ajoute aussi que le début est marqué par l'apparition d'une diarrhée chronique : « *J'avais une diarrhée aiguë, je ne pouvais pas me concentrer sur quoi que ce soit, car ma diarrhée était chaque 03 minute, c'est vraiment dégoûtant* ».

Ainsi qu'une fièvre avec des douleurs abdominales à type colique, ce qui peut créer chez elle un état d'angoisse ou un malaise, et la peur de mourir surtout qu'elle est jeune : « *Ma fièvre monte jusqu'à 43°, et les douleurs au ventre me stressent tellement, et je ne pense qu'à la mort, j'ai peur de mourir aussi jeune* ».

La patiente souffre d'une poussée sévère, ce qui a induit en elle une anxiété et un état d'angoisse : « *Mon crohn devient de plus en plus terrible et menaçant, et moi de plus en plus faible et vulnérable. Mon genou est enflé et douloureux, mais ça se compare pas à mes douleurs au ventre. J'aimerais me sentir mieux.*

Regarder tout mon corps qui est devenu tout bleu sa m'angoisse, et j'ai la peur de mourir et même ya certain moment, ou je me dis que tout ça est injuste, pourquoi c'est moi ? Ce n'est pas cette vie dont je rêvais ».

Notre patiente est désespérée de son état qui s'aggrave de plus en plus, et qui lui à crée des fortes angoisse de mort, face a cette maladie qui envahit ses processus psychiques, et ses défonces de contenir ses angoisse, ainsi que les idées de la mort qui se projetait, et se vouloir des forces de l'extérieur, qui sont responsables de sa maladie ou leurs reprochant, sont état c'est comme si elle ne voulait pas reconnaître sa maladie, elle la vit comme un agresseur imposé à elle par le destin.

M^{elle} Tounsia avait des larmes aux yeux, elle pleuré d'une manière discrète en cachant le visage avec sa main, mais son discours ne reflète pas son état, elle voulait se montrer forte contre ses angoisses, mais ses douleurs l'ont empêchée de résister longtemps on disant : « *Je pleure.....mais ne croyez pas que mes pleurs sont par rapport à ma peur de mourir, je me sens juste horriblement mal c'est tout*».

L'épuisement de M^{elle} Tounsia qui est du à la longue durée d'hospitalisation, l'as rendu de plus en plus malheureuse on se disant : « *Je ne souhaite qu'une chose, c'est de retrouver la santé. Le traitement que je reçois n'est pas efficace, mon crohn me fait mal, ma vie est en danger, je me sens tellement malheureuse* ».

La majorité du temps, notre patiente est jeuné, car elle souffre d'une mal absorption et de dénutrition, ce qui l'as poussée à s'inquiété sur la gravité de son état, elle nous a dit : « *Je vais recevoir un nouveau traitement, immunosuppresseur, j'espère de tout mon cœur que ça fonctionne. Si ce médicament ne fonctionne pas, ils devront m'opérer et moi j'attends, j'attends et j'attends le miracle du bon dieu* ».

On a remarqué un changement brusque sur son visage, lorsqu'elle s'est mise à nous décrire sa relation avec les autres, et le changement de leurs comportements envers elle, et le sentiment de la honte qui est toujours présent en elle on disant : « *Ya une chose qui me gêne vraiment, et qui m'angoisse, et ce qui est pénible aussi, c'est le* »un silence, après elle continue, « *Je dis, de raconter et faire accepter aux autres et expliquer ma maladie, c'est être contradictoire, j'essaye d'avoir ou de montrer que j'ai de la peine de vivre normalement* ». Elle rajoute aussi : « *J'ai hante de raconter sur ma maladie, car toujours quand je sors ou allez en ville, dans le bus ou quand je suis dans des endroits au les toilettes sans pas forcément collez à nous, donc, voilà j'ai de la hante à raconter aux autres par peur d'être mal juger et me comprennent pas* ».

Cette situation, sans doute va compliquer son état psychique, car elle ne s'exprime pas à l'aise, la patiente devient comme une proie envers ses angoisses et sa dépression, en se plongeant dans sa détresse et sa tristesse, surtout de voir l'environnement extérieur comme une situation stressante au lieu de la voir comme source de soutien et d'étayage.

Ensuite, elle nous a raconté sur la relation avec sa famille, avec un sentiment de tristesse, elle se sent seule car, elle est seule à la maison, bien qu'elle est bien équipée chez elle : « *J'ai tout à la maison, une chambre bien équipée, et une famille qui me traite bien, mais toujours, je me sens isoler et à l'écart de tout le monde* ».

L'inquiétude de sa mère, lui renforce ses angoisses : « *Lorsque je vois ma mère pleure mon état, ça me gêne et ça me fait mal* », C'est pour cela qu'elle préfère d'aller chez sa sœur, ou elle se sentirait tranquille, calme, à l'aise, car elle lui encourage à surmonter son anxiété et séduire sa souffrance : « *Je me sens toujours à l'aise à la maison de ma sœur, plus que chez moi car je me permets*

de faire tout, et n'importe quoi, j'ai une liberté totale, et elle m'aide à oublier et de dépasser toute mes douleurs ».

La patiente à fait plusieurs opérations chirurgicales, des fistules (03) fois, La première en 2013, la deuxième en février 2014, la troisième en Mai 2015, et une autre, pas encore faite mais elle est programmé, elle souffre on disant : « *Je souffre, y a que de souffrance d'intervention dans ma vie, je me fais opère pour vivre, ce n'est pas pour survivre ».*

Ses angoisses augmentent de plus en plus, crainte de mourir, tout ça, après le lancement du médecin, de faire une stomie (c'est une poche, un anus artificiel), et qu'elle va vivre le reste de sa vie avec elle, elle nous a dit : « *Je ne veux pas vive comme ça, ma tête me dit que la mort serait plus douce que souffrir et vivre avec une poche ».*

Elle rajoute aussi que c'est impossible de se marier, ni de faire l'amour et même de ne pas avoir des enfants : « *Je ne peux pas ni me marier, ni de m'avoir des enfants, et je dis à mon dieu, aide-moi je vous en supplie ? J'ai tellement mal, la mort aurait probablement été plus douce. Etre malade, c'est se retrouver au beau milieu d'une tempête, mais la tempête finir toujours par se calmer un jour, bientôt, je vais me reposer de tout ça, et survive »*. La maladie, ses douleurs, ses défonces psychiques qui sont affaiblis, tout ça lui a compliqué l'existence de partie d'espoir et le gout de vivre, ni d'investir sur le plan relationnel, à part le recoure eu dieu pour le supplié de la guérir.

Le souhait de M^{elle} Tounsia, c'est d'avoir enfin une bonne qualité de vie : « *Je suis épuiser de me battre sans cesse, des complications s'enchaînes, je rêve d'une meilleure vie tranquille et calme sans douleurs et sans fatigue».*

Le 2^{ème} entretien, M^{elle} Tounsia refuse de parler et de collaborer avec nous, suit à une fatigue et la douleur intense. Le 3^{ème} entretien c'est la passation du test de FAT.

A travers cet entretien, nous constatons que M^{elle} Tounsia, vit des douleurs physiques causées par la maladie, et psychique aussi se forme d'angoisse de mort provoquée par son état de santé, autant que ses défenses psychiques ainsi que sa vie relationnelle, n'ont pas contenu ses angoisses de mort qui l'envahissent, surtout au moment de sentir les douleurs et de subir les interventions chirurgicales, comme des expériences proches de la mort, tout cela lui a crié une résistance de voir sa qualité relationnelle avec sa famille.

1-3- Présentation de protocole du FAT de M^{elle} Tounsia:

Planche 1 : Le Diner.

C'est une famille, « Wagi d baba, tagi d yamma » celui-là c'est mon père et celle-là c'est ma mère, ya trois enfants, comme notre famille, mais nous ya deux filles et un garçon. La fille « tettekamim » pense, les deux garçons, l'un mange et l'autre pense à quoi ? Je ne sais pas.

Planche 2 : La Stéréo.

« Tagi » Celle-là, c'est une femme qui « Tettecawar mis ney tqaras dacu itxadme-d su CD, ax ikayit-nik truhed atteyred » demande l'avis de son enfant, ou elle lui dit : tu fais quoi avec ce CD, tien tes cahiers est va réviser tes cours.

Planche 3 : La Punition.

« Tagi, aqic etturar umba3d ilheq le vase yeylid yarez, atan ittegma3it-id, yugad yemm-as »

Celle-là, c'est un enfant qui joue, après il a cassé le vase, il est entrain de le ramasser, car il a peur de la punition de sa maman.

Planche 4 : Le magasin de vêtements.

« tagi ttamettut teskanay-ed taqendurt i yell-is, teqqa-as ma tecbah iwakken as-ttiday, taqcict-nni cukay uzda3gib-ara ».

Celle-là, c'est une femme, elle montre une robe à sa fille, elle lui demande, si elle est belle pour qu'elle l'achète, mais la fille, je pense que sa lui plait pas.

Planche 5 : Le salon.

« Dacut akka tura umkanagi ? Wagi damyar, cukkay d babat-sen, ah tagi d la famille-ni tamezwarut, waqila atnad deg salon, temttut d warrgaz-nni hedren, taqcict-nni tettrigli deg la télé, ma d wagi uzriy-ara ma dakccem idekcem ney ittedu adifay ».

C'est quoi cette planche la ? Celui là c'est un vieux, je pense que c'est son père. Ah c'est la famille de la 1^{er} planche, je pense qu'ils sont réunies dans le séjour. La femme et l'homme entrain de parler, la fille règle la télé, et ce garçon-là, je ne sais pas est-ce qu'il est entré ou il veut sortir.

Planche 6 : Le rangement.

« Dacu ittaxamt-agi ? Dacu idarwi-agi ? A3gel berz-itt? ».

C'est quoi cette planche ? C'est quoi ce désordre ? Ranger la tout de suite ?

Planche 7 : Le haut des escaliers.

« Uzriy-ara ma daqcic ney ttaqcict ? Wissen ma yettragu hed adisub ney issawel i-hed i-wakken adiruh, taxxamt agi tebrez ».

Je ne sais pas si c'est un garçon ou une fille ? Peut-être il attend le descend de quelqu'un ou il fait appel à une autre personne pour sortir, cette chambre est bien arranger.

Planche 8 : La galerie marchande.

« Tagi ttamettut tettef mmis ttenhemmacen, seg deffir mmis nniden akk d yellisttedun attafed attayen kra, zzatthanutt illan, tella la plaque n le Solde ».

Une femme est un enfant bras dessus, bras dessous, derrière eux un autre garçon et sa fille, vont peut-être à acheter quelque chose. Se sont devant un magasin puisque ya une plaque de Solde.

Planche 9 : La cuisine.

Une femme et un homme entrain de parler, et leur petit garçon entre en cachette et entend le discoure de ses parents.

Planche 10 : Le terrain de jeux.

C'est des garçons qui jouent, c'est deux-là, parlent sur le match.

Planche 11 : La sortie tardive.

Les deux grands parents, la fille lit un livre et le garçon veut sortir, il leurs dit, je ne vais pas tarder, je rentre dans 30 minutes.

Planche 12 : Les devoirs.

« Taqcict » Fille en train de lire, son papa et sa mère debout derrière elle, ils la regardent.

Planche 13 : L'heure du coucher.

« Tagi ttamattut ttahlek, wagi dargaziz ».

C'est une femme qui est malade, celui-là, c'est un homme, je pense qu'il lui dit de ne pas s'inquier, je suis la ok.

Planche 14 : Le jeu de balle.

« Babas » Le père et ses enfants dans la cour de la maison.

Planche 15 : Le jeu.

Tout la famille dans le salon, les enfants entrain de jouer et « Yemmatt-sen tagarazend sla3qal-ken » Leur maman leurs dit : doucement ok.

Planche 16: Les clefs.

« Yiwan n warraw-is, itthalil baba-s azdifek les clefs n tonobil ».

L'un des deux enfants, supplie son père pour qu'il lui donne les clefs de la voiture.

Planche 17 : Le maquillage.

« Taqcict txadem le maquillage, yemma-s tteqar-as iwacu ».

C'est une fille qui met du rouge à lèvres, sa maman lui dit pourquoi ?

Planche 18 : L'excursion.

Tout la famille dans la voiture « Yemma-as cuqay tefqa3 ». Leur maman, je pense qu'elle est énervée.

Planche 19 : Le bureau

« Taqcict ttqar-as ibaba-s ifkiyid l'argent ».

C'est une fille qui dit à son père, donnée moi de l'argent pour acheter quelque chose.

Planche 20 : Le miroir.

Il se regarde dans un grand miroir, s'il est beau pour sortir.

Planche 21 : L'entretien.

« Argaz ittadu ar-ixadim, ttammatu ti-is tqar-as hader imanik, ma darac ad ruhen er ouarbaz ».

L'homme s'apprête à sortir pour aller au travail, et sa femme lui dit porte toi bien, les enfants partent à l'école.

1-4- Feuille de cotation de M^{elle} Tounsia :

FAT
 Alexander Julian III, Wayne M. Sotile,
 Susan E. Henry et Mary O. Sotile

Nom : Melle Tounsia Date : _____
 Age : 34 Position dans la famille : Cadette
(ex. père, mère, grand-mère)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																							Notes
	01er	02da	03tion	04gatin de vêtements	05alon	06rangement	07eur des escaliers	08giène marchande	09cuisine	10urnis de jeux	11onte toilette	12evois	13eure du coucher	14ur de bus	15u	16ets	17equillage	18excursion	19ureau	20mpor	21resse			
CONFLIT APPARENT																								
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	3
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	4
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	17
RESOLUTION DU CONFLIT																								
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Résolution négative	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	14
ou Absence de résolution																								
DÉFINITION DES LIMITES																								
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	3
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	4
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
QUALITÉ DES RELATIONS																								
Mère = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1
Frère/sœur = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1
Mère = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																								
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	5
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
CIRCULARITÉ DYSFUNCTIONNELLE																								
MAUVAIS TRAITEMENTS																								
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
RÉPONSES INHABITUELLES																								
REFUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																								
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Cotière / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Autre type d'émotion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0

Index Général de Dysfonctionnement 25

1-5- Analyse des huit (VIII) questions :

La feuille de cotation complétée et présent les notes obtenues par Tounsia pour toutes les catégories de cotation, et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de M^{elle} Tounsia est suffisamment long, car ya par de refus ou aucune repense inhabituelle.

- 2- Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément (15) ce qui peut renvoyer a une dynamique familiale qui communique avec non-dit, ou il y'en na pas trop d'interaction.

- 3- Ou le conflit se situe ?

Le protocole de M^{elle} Tounsia, et d'un niveau élevé de conflit familiale (n=03) ,par rapport au conflit conjugal (n=01), et de (n=00) pour le conflit extra familiale, ce qui peut le voyer que cette famille fonction dans le non-dit, et à la non discussion des problèmes et que la relation conjugale caractérise par la discussion affective, ou Tounsia est désigné comme un enfant victime de cette relation conjugale, et surtout elle n'a même pas parlé de son père dans l'entretien clinique.

- 4- Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille a propos de la gestion des conflits, apparait très significative, tous les conflits (n=04) ont était résolu d'une manière négative, c'est-à-dire, renvoi a nous dit de la communication, qui menant au mécontentement des membres de la famille, et

qui peut engendrer des frontières trop rigides pour signaler une défaillance parentale.

- 5- Quelles sont les hypothèses possibles sur la qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indications de la qualité relationnelle de cette famille, caractérisées par la peur et l'anxiété (n=03), et la colère/peur (n=02), ces sont des conséquences des conflits qui ne sont pas résolus, et bonheur et satisfaction (n=09), renvoient aux frontières rigides où la vie de chacun est privée, c'est comme si il n'y a pas d'interaction, ni une seule vie familiale protégée, change sans franchir les limites et frontières de la famille. Ou not (n=01) pour mère alliée et (n=01) pour le père, système ouvert (n=05) par contre (n=00) pour le système fermé, ce qui peut renvoyer que la famille recouvre dans son silence à l'extérieur, à cause du climat interfamilial qui est angoissant et insupportable.

- 6- Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systématiques des relations au sein de cette famille ?

Cette famille fonctionne d'une manière rigide, et que les sous-systèmes réagissent différemment à l'intérieure de la famille, ce qui à prouver la pyramide d'autorité sera renversé (absence de coalition) (n= 00)

- 7- Ya t'il des signes d'inadaptation majeurs ?

Ce protocole indique, un mauvais traitement (n=01) ce qui peut souligner une utilité d'un travail approfondie avec cette famille.

- 8- Existe-t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la fonction d'hypothèse clinique utiles ?

Ce protocole indique que les deux parents de Tounsia, sont défaillant, ce qui à pousser la dynamique familiale à fonctionner d'une manière rigide et transgression, des frontières par les sous-systèmes, et l'incapacité physique de Tounsia peut être compliquée par cette dynamique familiale, qui peut être vécu

par la patiente, comme négligence et désengagements, tout ça à contribuer pour la distribution du système familiale, qui sera perturbé avec le temps.

Synthèse du cas de M^{elle} Tounsia :

A travers l'entretien clinique et l'analyse de protocole du FAT, on à constater que Tounsia souffre d'une angoisse de mort, qui a envahi ses processus psychiques et ses défenses, qui n'ont pas pu la protégée, et elle perçoit que sa famille est perturbé malgré sa résistance de voir ça sur les planches.

2-1- Présentation du 2^{eme} cas :

M^r Bachir, âgé de 45ans, marié et père de deux enfants (9ans et 4ans) d'origine de Bejaia demeurent a Alger, travaille comme ingénieur en mécanique de profession à Sonatrach, souffre de maladie de crohn de type masse de (FID) et mal nutrition.

2-2- Analyse du contenu de l'entretien de M^r Bachir :

M^r Bachir nous a apparu comme une personne calme, gentille, ouverte, présentable et très sympathique.

Au début de notre premier entretien le patient nous a dit que la maladie de crohn est mal prise en charge en Algérie, *« cette maladie est mal prise en charge en Algérie ce qui pousse le malade a ce laissé aller dans le cycle vicieux de l'angoisse »*.

Il rajoute aussi qu'il souffre de cette maladie depuis 1mois (mai 2015) *« ma souffrance à cause de cette maladie date depuis 10mois »* ensuite il a commencé à nous raconter qu'au départ *« je ne connais pas cette maladie et je ne savais pas qu'elle était aussi grave, alors pour en savoir plus j'ai fait des recherche sur internet »*.

En outre quand on lui posé la question sur le changement de ses habitudes il nous a annoncé que depuis qu'il a eu cette maladie sa vie est bouleversé car

ses habitudes ont complètement changé, vus qu'il était une personne dynamique qui aime profiter de la vie, alors que maintenant c'est totalement l'inverse toujours enfermé a la maison dû a la fatigue « *ma façon de vivre a changer brusquement je ne sors plus comme avant et surtout le soir avec mes amis, être malade est un vrais combat ou on garantit pas toujours la victoire* »

Lorsque on lui demandé de parler sur sa relation avec sa famille, il nous a déclaré que c'est une situation vraiment difficile « *ma relation avec ma femme a complètement changé car elle souffre tellement à cause de cette maladie d'ailleurs elle supporte toute mes caprices de crise d'angoisse et je ne peux pas jouer avec mes enfants, et même de communiqué avec eux comme je le fait avant, ça me fait vraiment mal au cœur* ».

Il a pris un grand souffle et resté un bon moment sans parler car il pleure, il nous a signalé que cette situation avec sa famille lui rend de plus en plus malheureux « *je me sens tout le temps fatigué c'est ce qui m'empêche de sortir avec ma femme et mes deux anges afin de profité des bons moments comme avant, mais c'est la vie elle nous réserve beaucoup de surprises , ma femme me supporte car elle m'aime et elle est très compréhensive, mais mes enfants sont petits afin de comprendre et subir tout ça* ».

On a remarqué un changement brusque sur le visage de notre patient dès qu'il s'est mis a parler sur sa relation avec ses collègues après l'apparition de la maladie puisque ses collègues ont remarqué un changement dans ses habitudes car avant il sortait toujours avec eux pour mangé et passé du temps alors que maintenant ce n'est plus le même cas « *je ne peut pas mangé avec eux comme avant car je suie un régime alimentaire c'est pour cela que je m'isole et même aussi je ne peut pas raconté a tout le monde sur ma maladie, ca m'angoisse et me dérange énormément, cette maladie est un handicap pour moi* ».

Enfin, il nous a révélé que son souhait *«est d'être en bonne santé bien que je sais que cette maladie est incurable, et avoir une vie tranquille sans douleur et souffrance pour ma famille car cette maladie est un enfer »*.

Suite a la fatigue de notre patient, on n'a pas pu lui appliquer le test du FAT, c'est pour cela qu'on l'a reporté pour une autre séance.

2-3- Présentation de protocole du FAT de M^r Bachir :

Planche 1 : Le Diner.

C'est une famille réunis à table pour le diner, le couple discute ou dispute devant leurs enfants.

Planche 2 : La Stéréo.

C'est un garçon de 12ans qui est face à un appareil de musique, entre ses mains ya un disque, sa sœur lui donne un autre.

Planche 3 : La Punition.

Un garçon qui à casse un vase, ya des fleurs et des morceaux à terre, il a peur de sa mère, dalleur il est entrain de les ramassée.

Planche4 : Le magasin de vêtements.

Une femme est sa fille dans une boutique, elle lui montre une robe, peut-être, elle ne lui plaît pas.

Planche 5 : Le salon.

Toute une famille dans une même pièce, l'homme et sa femme parle, la fille règle la télé, un garçon qui veut sortir.

Planche 6 : Le rangement.

Un enfant dans sa chambre qui est mal rangé, ya sa mère qui est en face de lui qui l'embête.

Planche 7 : Le haut des escaliers.

Un garçon ou une fille qui regarde de sa chambre ou celle de ses parents, appelant quelqu'un.

Planche 8 : La galerie marchande.

Ya quatre personnes, il manque leurs père, la femme avec son petit enfant bras dessus, bras dessous, peut-être il est malade, les deux derrière elle, passant devant un magasin car ya le Solde.

Planche 9 : La cuisine.

Un homme est sa femme dans une cuisine entrain de discuter ou même peut être disputé, car la femme tourne le dos a son mari qui parle avec ses mains, et leurs enfants les écoute derrière la porte.

Planche 10 : Le terrain de jeux.

Deux garçons dans un stade avec une tenue de base-ball.

Planche 11 : La sortie tardive.

Ya les grands parents, un garçon qui est face à la porte, veut sortir et dit à sa mère : je reviens dans 2 minutes ok, c'est la nuit.

Planche 12 : Les devoirs.

Une fille qui fait ses devoirs, est ses parents sont debout derrière elle la regarde.

Planche 13 : L'heure du coucher.

Une femme dans son lit, peut être malade, son mari devant elle, il la console.

Planche 14 : Le jeu de balle.

Un homme avec son fils entrain de jouer, ils ont des gants, je pense, c'est le base-ball, derrière ya une fille et un garçon.

Planche 15 : Le jeu.

Celle-là, c'est tout une famille qui est là, deux garçons et une fille assis, leur maman les regarde et leur père allongé qui lit un livre sur un canapé.

Planche 16 : Les clefs.

C'est un adolescent qui dit à son père de lui donner les clefs de la voiture pour aller quelque part.

Planche 17 : Le maquillage.

C'est deux femmes, l'une qui fait du rouge à lèvres et l'autre debout devant la porte.

Planche 18 : L'excursion.

Une femme qui est fâchée contre son mari, ils sont dans une voiture avec leurs enfants.

Planche 19 : Le bureau.

Un homme qui est assis à un bureau en train d'écrire, et sa fille lui demande quelque chose ou elle s'excuse à lui.

Planche 20 : Le miroir.

Un jeune garçon face à un miroir.

Planche 21 : L'entretien.

Un mari et sa femme tenant les bras l'un à l'autre, peut-être le mari à un voyage, ya ses deux enfants devant une porte ouverte.

2-4- Feuille de cotation de M^r Bachir :

Nom: Mr Bachir Date: _____
 Age: 46 Position dans la famille: _____
 (ex. père, fils, grand-père)

Catégories	Numéros des planches																								Notes
	Diner	Salon	Poubelle	Magasin de vêtements	Salon	Rangement	Heure des escaliers	Closerie manœuvre	Cuisine	Terrain de jeux	Sortie arrière	Devoirs	Heure du coucher	Jeu de table	Jeu	Chais	Mariage	Excursion	Bureau	Misc	Événement				
CONFLIT APPARENT																									
Conflit familial	4	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	3		
Conflit conjugal	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	3		
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
RÉSOLUTION OU CONFLIT																									
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Résolution négative ou Absence de résolution	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	6		
DÉFINITION DES LIMITES																									
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
QUALITÉ DES RELATIONS																									
Mère = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Frère/sœur = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	1		
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	1		
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Mère = agent stressant	4	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	3		
Père = agent stressant	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	3		
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Conjoint = agent stressant	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	2		
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																									
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
MAUVAIS TRAITEMENTS																									
Maltreatment	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
RÉPONSES INHABITUELLES																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
REFUS																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																									
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Autre type d'émotion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		

Console
 Index Général de Dysfonctionnement: 19

2-5- Analyse des huit (VIII) questions :

La feuille de cotation complétée et présent des notes obtenues par Tounsia sous toutes les catégories de cotation, et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Bachir est suffisamment long et clair pour permettre la cotation, car, il n'y a pas de refus et une réponse inhabituelle.

- 2- Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modéré (n=19) ce qui peut renvoyer a une dynamique familiale ou il y'a un manque d'interaction entre ses membres et absence de conflits très fréquent (n=14).

- 3- Ou le conflit se situe ?

D'une manière assez intéressante, le protocole de Bachir fait état d'un faible niveau de conflit conjugal (n=03) qui renvoie à une relation exceptionnellement saine, et d'un niveau faible de conflit familial (n=03), et d'un niveau extra-familial (n=01) qui peut indiquer un fonctionnement efficace avec le monde extérieur. Ces observations suggèrent l'absence de conflit familiale.

- 4- Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille éclaire que la thématique résolution négative est à (n=6) qui renvoie au manque de communication qui mènent les membres de la famille a la défaillance.

- 5- Quelles sont les hypothèses possibles sur La qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la colère/hostilité (n=2), peur (n=1) et tristesse (n=1) se sont des conséquences des conflits qui ne sont pas résolus. On note pour mère aliéné (n=1), (n=1) pour père aliéné et (n=2) pour conjoint aliéné par contre (n=3) pour mère agent stressant ainsi que (n=2) pour conjoint agent stressant et (n=0) pour système fermé et ouvert ce qui renvoie que la famille recouvre un silence à l'extérieur à cause du climat interfamilial qui est stressant et anxieux.

6- Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systématiques des relations au sein de cette famille ?

L'analyse de ce protocole suggère que cette famille d'une manière rigide et que le sous-système réagissent différemment à l'intérieur de la famille, ce qui a influencé sur la coalition entre ses membres (n=00).

7- Ya t'il des signes d'inadaptation majeurs ?

Ce protocole ne contient pas de réponses faisant allusion à la maltraitance physique (n=00) et repenses inhabituel (n=00).

8- Existe-t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la fonction d'hypothèse clinique utiles ?

Ce protocole indique que ya une défaillance, ce qui à pousser la dynamique familiale à fonctionner d'une manière rigide et transgression, des frontières par les sous-systèmes, et l'incapacité physique de Bachir peut être compliquée par cette dynamique familiale, tout ça à contribuer pour la distribution du système familiale, qui sera perturbé avec le temps.

Synthèse du cas de M^r Bachir :

A travers l'entretien clinique et l'analyse de protocole du FAT, on à constater que Bachir souffre d'une angoisse de mort, et il perçoit que sa famille est perturbé.

3-1- Présentation du 3^{ème} cas :

Il s'agit de M^r Mouloud âgé de 32ans, célibataire, origine de Bejaïa demeurent a Tazmalt, 07^{ème} d'une friterie de(07) filles et (08) garçon, agent de sécurité, souffre de maladie de crohn qui a débuté en 2012, de type sténoses chronique.

3-2- Analyse du contenu de l'entretien avec M^r Mouloud :

M^r Mouloud nous a apparu comme une personne posée, sociable, avec beaucoup d'humeur et très dynamique.

Au début de notre entretien il nous a révélé qu'au départ il ne connaissait pas cette maladie « *Gtazwara, usiny-ara dacu id lahlakagi, surtout la maladie de crhon, je ne savais pas qu'elle est grave, luma3na dacu ara dxadmay, aqlih ttedawiy ayen yelan dgi* ». « *Au départ, je ne connaissais pas cette maladie, je ne savais pas qu'elle était aussi grave mais je ne peux rien faire juste me soigné, je fais de mon mieux*».

Qui concernant ses habitudes il nous a dit qu'il avait du mal a s'adapté au changement qu'il a eu lieux depuis l'apparition de cette maladie, car ses habitudessont complètement changes or qu'avant, il sortait beaucoup alors que maintenant ce n'est plus le cas, parce que les symptômes de la maladie l'empêchent de trop bouger vu que notre patient souffre d'une diarrhée aigue, fatigue, tremblement ainsi que les crampes abdominale « *avant je sortais beaucoup et j'aimais bien m'amuser avec mes amis alors que depuis l'apparition de cette maladie tout a changé, je n'est plus le gout à la vie, je pense qu'a la mort* ».

Le tout évoluent dans un contexte d'altération de l'état générale (amaigrissement de 10kg pendant 2jours) poussant le patient a consulté a titre extrême (Coloscopie, Ilioscopie, échographie...) tout ça n'a pas provoqué une crainte intense pour notre patient jusqu'au moment ou il a découvert la gravité de

cette maladie, c'est la que M^r Mouloud a commencé à se stresser et à s'angoisser sur son état « *Deg tazw-ara utqelqay-ara par ce que j'ai jamais entendu de cette maladie, mais après 3almay belli c'est grave yerna uhaluy-ara dinna iyisob le moral* », « *les premiers moments, je ne suis pas angoissé par ce que j'ai jamais entendu de cette maladie, mais après que j'ai cherché j'ai trouvé que c'est grave et même incurable, c'est à ce moment la que le moral est à plat* ».

Ensuite M^r Mouloud nous a annoncé que même pour le travail il ne peut pas choisir ce qu'il aime, c'est pour cela qu'il a opté pour le travail d'agent de sécurité, il nous a dit aussi ce qu'il le dégoûte le plus, c'est de voir ses frères travaillent à la maison, mais lui est incapable de les aider « *je me sens inutile et incapable de faire quoi que ce soit, alors que moi je reste dans un coin impossible de réagir* », il rajoute aussi que « *le travail en maçonnerie et un travail forcé et tout est fini, c'est dur pour moi* ».

Concernant sa famille, il nous a déclaré que leurs inquiétudes sur son état le dérangent tellement en disant « *voir ma famille s'inquiéter autant pour moi, ça m'angoisse beaucoup, et c'est ce qui m'enforce d'éviter encore de parler de ma souffrance car ça me stresse* ».

En plus, il rajoute aussi, que c'est très difficile de vivre avec cette maladie surtout pour un jeune ça lui gâche le goût de la vie « *c'est pénible pour un jeune de vivre avec cette maladie car il ne pourra pas planifier des projets pour son avenir* ».

Enfin, notre patient nous a informé que son souhait c'est de retrouver la santé et de dépasser la souffrance afin de penser à son avenir et fonder une famille. « *Je n'ai qu'une seule chose, c'est de retrouver la santé et d'avoir une meilleure vie, sans fatigue, sans maux de ventre et même de fièvre, voilà mon souhait* »

Vu la fatigue de notre patient, on n'a pas eu l'occasion de lui appliquer le test du FAT, donc on a programmé pour la 2^{ème} séance.

3-3- Présentation de protocole du FAT de Mr Mouloud :

Planche 1 : Le diner.

« Tagi d la famille, qimen ar tabla adaccen, argazagi-nny ttmettut-is, aqcic iny syeffus itett, ustiqi3-ara iwayen ig darun, taqcict agi g thlemmast tesmmahs-is ilwaldi-is, ma daqcic agi szelmed ittbinéd ihzen iwayen igsel ».

Une famille réuni à table pour manger, le mari dispute avec sa femme, le garçon à droite mange, il s'enfeu de ce qui se passe, la fille ou milieu écoute ses parents et l'autre garçon à gauche, me semble triste de ce qu'il entend.

Planche 2 : La Stéréo.

« Aqcic yettef un CD, u3limyara dacu izdefka wetmas ? Waqila dakayi adiyar ».

Un garçon qui tient un CD, je ne sais pas ce que sa sœur lui a donné ? Peut-être un cahier pour y aller réviser.

Planche 3 : La Punition.

« Ibane akk, aqcic agi irza le vase, emala baba-s atiwet yerna atibahdel ».

C'est évident, cegarçon à cassé le vase, donc son père va le taper et l'engoulé.

Planche4 : Le magasin de vêtements.

« Tayemmatt akk d yell-is deg thanutt, tseknnaz-d taqandurt iyell-is, tennay-as ma attidayed. Luma3na taqcict-nni uzda3gib-ara ».

Une maman avec sa fille au magasin, la mère montre une robe à sa fille et lui propose de l'acheter, mais ça ne plait pas, ça se voit d'après le geste qu'elle a fait.

Planche 5 : Le salon.

« Ttwaliy la famille nejma3ane, ferhen akken ma llan, hedren akk gaygaras-en, taqcict-agi tettnadi la chaine g la télé aken ad fargen, ma d-aqcic agi iffey yett haw-is kra ».

Je vois une famille réuni, ils sont tous content et entrain de discuter tranquillement, la fille cherche une chaine de télé à regarder, le garçon est sortis chercher quelque chose.

Planche 6: Le rangement.

« Ttwaliy ta-yemma-t tefqa3 yef mmis, iban tett3gg-id fell-as axatar yerwi akk taxxant-is ».

Je vois une mère qui est énervé contre son fils, et ça se voit qu'elle cris sur lui car il à fait un désordre dans sa chambre.

Planche 7 : Le haut des escaliers.

« Ttwaliy ssa3a, attan 11h30mn, waqila d la3ca, aqcic agi yebya adix dem kra luma3na yugad, yettalay ma yella hed ».

Je vois l'heure, elle est 11h30minutes, à mon avis, c'est la nuit, ce garçon veut faire quelque chose, mais il a peur, il regarde s'il n'est y a personne.

Planche 8 : La galerie marchande.

« Tt-yemma-tt akk d warraw-is, llan deg thanutt, yella deg-s le solde, imala tetta profité aday kra n lehwayeg i-warraw-is ».

Une mère avec ses enfant qui ont été dans un magasin, ya du solde donc elle profite d'acheter des affaires pour ses enfants.

Planche 9 : La cuisine.

« Ta-yemma-tt tseggay, argazis ihedraz-d isef halitt-id dacuten lekwayed ger ifasn-is, yettragu ad yecc, aqcic agi iban yelluz, ittallay ma tewjed lmakla ».

La mère cuisine, son mari parle avec elle, et il explique ce qui a dans le papier qui tient dans ses mains, et en attendant, il attend à manger, et le garçon sa se voit qu'il à faim, il regarde si c'est prêt afin de manger.

Planche 10 : Le terrain de jeux.

« Ttwaliy ssin n yilemz-iyen ttenayen, wayeqqar iwa iwacu igrrati iswi acu llan tturaren le base-ball ».

Je vois deux jeunes hommes qui se dispute, l'un demande à l'autre pour quoi il la rate le but, car ils sont entrain de jouer au base-ball.

Planche 11 : La sortie tardive.

« Ttagi tafamilt tenj-may deg salon, mmit-sen yeqqara-sen d lawan nyides, itwahe sufu-is ar sa3a attan 09h00 ».

Je vois une famille réunis au salon, je crois que leur fils le dis que c'est l'heure de dormir, il le montre avec son doigt, c'est 9h00.

Planche 12 : Les devoirs.

« Taqcict teqqar, waqila udegiw-ara les notes l3li, axatar lwaldin-is tt3assantt i wakken attekfu la révision ».

Une fille qui révise, je crois qu'elle n'a pas pu avoir des bonnes notes, c'est pour ça que ses parents la surveille afin de finir la révision.

Planche 13 : L'heure du coucher.

« Dargaz il en courage wetmas i-yudnen ».

C'est un homme qui encourage sa sœur qui est malade.

Planche 14 : Le jeu de balle.

« Darrac tturar-en degtebhirt, ferhen attas ».

C'est des enfants qui jouent dans le jardin, ils sont contents.

Planche 15 :Le jeu.

« Ssin warac, snat n teqcic-in tturaren dama,wagila taqcict agi texser, atten tett3aggid, aqcic nniden yedleq yef srir yeqqar adlis, yemmat-sen tettfarig fella-sen dacu ixad-men, waqila d l3id, llan atas n les jouets ».

Deux garçons et une fille jouent au dama, je vois que la fille à perdu, elle réclame, un autre garçon allongé sur le canapé entrain de lire un livre, leurs maman regarde ce qu'ils font, je crois que c'est l'Aïd vus qu'il y a des jouets.

Planche 16 : Les clefs.

« Wagi iban, yiwen n-ilemzi isinnan i baba-s azdirdel les clefs n tonobil, luma3na baba-s iguma asttidifek ».

Celle-là est claire, un jeune garçon qui demande à son père de lui prêter les clefs de la voiture, et le père refuse.

Planche 17 : Le maquillage.

« Yewet n tmettut tett-cebbih,tayed tettragu ddalay-nes ».

Une femme qui se maquille et l'autre attend son tour.

Planche 18 : L'excursion.

« Tafamilte daxel n tonobil, tteddun ar tmayra, babat-sen inahher, yemmat-sen tettalay la nature s-ttaq, arrawn sen ttenayen diffirn-sen ».

Une famille dans la voiture, je crois ils vont y allez à une fête, le père conduit, la mère admire la nature par la fenêtre de la voiture, et les enfants se bagarre derrière.

Planche 19: Le bureau.

«Ttaqcict tettalay baba-s, tebya yur-es kra, ahat tebya idrimen ney kra nniden ».

C'est une fille qui à été voir son père dans son bureau, peut-être elle a besoin de l'argent ou quelque chose d'autre.

Planche 20 : Le miroir.

« Itcebihd, daqcic igtalla-yen imanis deg lemri ma yecbah iwa kken adifay ».

Tu es beau. Un garçon qui se regarde au miroir s'il est beau pour sortir.

Planche 21 : L'entretien.

« Aqcic akk tteqcict uyalend deg uyarbaz, argu, argu dargaz yusad yer wetmas netta d warraw-is arrac ttragun babat-sen azendildi tawwurt iwakken adruhen, qim di lahna ».

Un garçon et une fille qui rentre de l'école, attend, attend, c'est un père qui vient rendre visite à sa sœur avec ses enfants, l'homme dit au revoir, les enfants attendent leur père afin de sortir.

3-4- Feuille de cotation de Mr Mouloud :

Nom : **Mr Mouloud** Date : _____
 Age **32** Position dans la famille : **Femme sur 15 enfants**
 (ex. père, fils, grand-mère)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																								Notes
	Diner	Séjour	Promenade	Mécanisme de vêtements	Salon	Parcours	Jeux des escaliers	Cuisine marchande	Cuisine	Terrain de jeux	Salle de lecture	Devant	Voiture de cochon	Jeu de bar	Jeu	Cats	Muséologie	Excursion	Bureau	Musée	Étranger				
CONFLIT APPARENT																									
Conflit familial	●	2	●	4	5	●	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Conflit conjugal	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Absence de conflit	1	●	3	●	●	6	7	●	●	10	●	12	●	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
RÉSOLUTION DU CONFLIT																									
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Résolution négative ou Absence de résolution	●	2	●	4	5	●	●	8	9	●	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	8		
DÉFINITION DES LIMITES																									
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	●	7	8	9	10	11	●	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
QUALITÉ DES RELATIONS																									
Mère = allié	1	2	3	●	5	6	7	●	9	10	●	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	3		
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	●	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Frère/sœur = allié	1	●	3	4	5	6	7	8	9	10	●	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	3		
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	●	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	3		
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Mère = agent stressant	●	2	3	4	5	●	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Père = agent stressant	●	2	●	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	●	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	●	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4		
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																									
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Désengagement	●	2	3	4	5	●	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Système ouvert	1	2	3	●	●	6	7	●	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	9		
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
MAUVAIS TRAITEMENTS																									
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0		
RÉPONSES INHABITUELLES																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
REFUS																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	0			
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																									
Tristesse / dépression	●	2	3	●	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Colère / hostilité	●	2	●	4	5	6	7	8	9	●	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2		
Bonheur / satisfaction	1	●	3	4	●	6	7	●	9	10	●	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	10		
Autre type d'émotion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	2		

Encouragement
 Index Général de Dysfonctionnement **32**

3-5- Analyse des huit (VIII) questions :

La feuille de cotation complétée et présent des notes obtenues par Tounsia sous toutes les catégories de cotation, et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Mouloud est suffisamment long et éclair pour permettre la cotation, car, il n'y a pas de refus et une réponse inhabituelle.

- 2- Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément élevé (n=32) qui suggère la présence de conflits d'une manière exagéré au sein de la famille, et absence de conflits très fréquent (n=12).

- 3- Ou le conflit se situe ?

D'une manière assez intéressante, le protocole de Mouloud fait état d'un faible niveau de conflit conjugal (n=01), et d'un niveau élevé de conflit familial (n=07) qui revoie a l'absence d'interaction familial, et d'un niveau extra-familial (n=02) qui peut renvoyer a une famille qui n'a pas de difficulté extra-familiale.

- 4- Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indicateurs de fonctionnement de cette famille éclaire que la thématique résolution négative est à (n=8) ce qui indique que cette famille ne communiquent pas d'une manière efficace.

- 5- Quelles sont les hypothèses possibles sur La qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indices de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la colère/hostilité (n=6), peur (n=2) et tristesse (n=2) sont des résultats de conflits

non résolu au sein de la famille, et bonheur/satisfaction (n=10) renvoie à la frontière rigide ou chaque un s'occupe de sa vie privé. On note pour mère=allié (n=3), (n=2) pour père= allié, (n=2) pour conjoint= allié, (n= 1) pour mère= agent stressant (n=2), (n=3) père= agent stressant et frère /sœur =agent stressant (n=4), pour système ouvert on note (n=9) ce indique que la famille encourage et permet véritablement un fonctionnement systémique ouvert.

6- Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systématiques des relations au sein de cette famille ?

L'analyse de ce protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière rigide ce qui induit un désengagement familial (n=4). L'absence dans ce protocole, l'indice de coalition (n=00) signifie qu'une relation ne paraisse pas très saine à l'intérieur de cette famille.

7- Ya-t-il des signes d'inadaptation majeurs ?

Ce protocole indique un mauvais traitement négligence (n=1) ce qui peut souligner un besoin d'un travail approfondie au sein de cette famille, et repenses inhabituel (n=00).

8- -t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la fonction d'hypothèse valide ?

Ce protocole indique que les deux parents de Mouloud, sont défaillant, ce qui à pousser la dynamique familiale a fonctionner d'une manière rigide et transgression, des frontières par les sous-systèmes, et l'incapacité physique de Mouloud peut être compliquée par cette dynamique familiale, qui peut être vécu par le patient, comme négligence et désengagements, tout ça, à contribuer pour la distribution du système familiale, qui sera perturbé avec le temps.

Synthèse du cas de M^r Mouloud :

A travers l'entretien clinique et l'analyse de protocole du FAT, on à constater que Mouloud souffre d'une angoisse de mort, et d'un dysfonctionnement modérément élevé (n=32).

4-1-Présentation du 4^{eme} cas :

Il s'agit de M^rHaïtem, âgé de 30 ans, d'origine d'El-kala, l'ainé de la famille et frère jumeau, à une sœur de 25ans, il travaille comme agent commerciale, souffre d'une MC depuis sa naissance.

4-2-Analyse du contenu de l'entretien avec M^r Haïtem :

Au début de notre entretien, notre patient nous a révélé qu'il souffre de la maladie de crohn depuis sa naissance, mais il n'a pas eu le diagnostic de cette maladie jusqu'à l'âge de 10ans, avant c'est la maladie de Cyriaque, il s'a mit sous un régime sans glottine pendant 10ans et ça lui causé un problème de croissance, et son état s'aggrave de plus en plus avec l'augmentation des symptômes suivants : diarrhée aigu, syndrome de mal absorption, fièvre et tremblement jusqu'au moment ou ils ont annoncés qu'il souffre d'une maladie, et c'est la maladie de crohn, il était content car maintenant, il mange bien que avant mais il suit un régime rigide.

"ملي زدت و أنا مريض بصح كنت نداوي على مرض واحد آخر و كي قالوا لي بلي عندك مرض الكرون وليت نأكل خير من قبل بصح دائما مع الرجيم"

« Depuis que je suis né j'étais malade mais, j'étais pris en charge pour une autre maladie et quand ils m'ont annoncé que je souffre de maladie de crohn je mange mieux mais toujours en suivant un régime ».

Ensuite notre patient nous a annoncé que c'est difficile de vivre constamment avec cette maladie vu qu'il ne pourra pas planifier pour son avenir

et avoir une vie normale comme les autres en voyant toujours la mort qu'il lui fait face.

"صح بان تعيش مع هذا المرض' مم نخم على المستقبل منقدرش' نخم غير على الموت"

« C'est difficile de vivre avec cette maladie et d'y pensé a l'avenir je pense qu'a ma mort », il rajouté aussi qu'il a toujours le sentiment d'infériorité surtout par apport a son frère jumeaux.

Quand on a lui posé la question sur la relation avec sa famille il nous a répondu que leur inquiétude l'angoisse encore plus, et défois ils suivent son régime alimentaire juste pour qu'il se sent pas seule et cela le dégoûte et le pousse à se sentir coupable de leurs souffrance.

Concernant le changement des habitudes de Mr Mohamed il nous a dit que même si il a cette maladie depuis sa naissance mais, défois son état s'aggrave ou il ne peut même pas sortir de sa chambre, c'est pour cela qu'il a des arrêts constant de travail alors cela le déstabilise complètement et perturbe sa vie quotidienne.

Enfin notre patient nous a déclaré qu'il souhaite d'avoir une vie normale sans stress et inquiétude pour sa famille est de penser à fonder une famille.

Vu que notre patient était fatigué on ne lui a pas passé le test du FAT dans la même séance alors on le reporté pour une deuxième séance.

4-3-Présentation de protocole du FAT de M^r Haïtem :

Planche 1 : Le diner.

"هذه عائلة' الأب' الأم و الأولاد قاعدين اهدرو يتناقشوا' الطفلة قاعدة تسمع' هدم عيال واحد اخم و الآخر مقلق"

C'est une famille, père, mère et enfants réunie manger à table, se parler et discuter entre eux, cette fille les écoute, et ses deux garçons, l'un pense et l'autre stressée.

Planche 2 : La Stéréo.

"هذا واش كاين فيها جات أم تعطيه تصاور' طفل قاعد في شميرا تاع' آه إبان لي سي دي"

Que-ce qu'il ya dans celle-là ? Une maman qui donne des photos, un garçon dans sa chambre, je vois un disque.

Planche 3 : La Punition.

"هذا طفل' كسر لفاز' راه الم فيها' خاف تعطيه يماه كف"

C'est un garçon qui a cassé un vase, il ramasse les morceaux pour que sa mère ne le frappe pas.

Planche 4 : Le magasin de vêtements.

"هذه طفلة راحة تشري لبسة' أمها قاعدة تخير ليها و هي تشوف باينة معجب هاش' كاين بلاكة تع
صولد"

C'est une fille qui va aller acheter des vêtements, sa maman lui choisi, mais sa ne lui plait pas, ya une plaque du solde.

Planche 5 : Le salon.

"هذه لا فامي' قاعدين يتفرجوا' الأب و الأم أهدروا' الطفلة تدير في الفيلم' الطفل راه داخل و لا راه
خارج و الآخرون يتفرجوا"

Cette famille sont assis regarder la télévision, le père et la mère discute, la fille change de chaîne pour faire un film, ce garçon va entrer ou sortir et l'autre regard la télé.

Planche 6 : Le rangement.

"هذه غرفة تاع الطفل هذا' راه طايش جات أمه و هو راه الم في حوا يجو' يماه إلي قالت لو سقم
شمبر اتاعك' راه و اعره"

Cette chambre à cet enfant, il n'est pas organiser, c'est sa maman qui la ordonner de l'arranger, elle est dure.

Planche 7 : Le haut des escaliers.

"هذا دار حاجة' راه مخبي و لا راه يلعب و لا اعيط على واحد' شنبرا تعو راهي منظمة"

Celui-ci a fait quelque chose, il est caché ou il joue ou cris sur quelqu'un, sa chambre est bien organiser.

Planche 8 : La galerie marchande.

"هذه امرأة مع أولادها رياحين يشروا حوايج ' كاين بلاكة تع لسولد"

C'est une femme avec ses enfants, ils vont acheter des vêtements ya une plaque du solde.

Planche 9 : La cuisine.

"هذه تطيب في القهوة' قاعدين باين عندهم مشكل يحكيو أعليه' و الطفل راح يتسنت بلما ايفيقو ليه"

Cette femme prépare du café, ils sont assis, ça se vois qu'ils ont un problème à régler, et leurs garçon prêt l'oriel secrètement.

Planche 10 : Le terrain de jeux.

"هدما العبوا في البز بول' وقل عندهم مشكل' راهم اهدرو أعليه و لا تعارك مع واحد وراه يحك لو"

Ses deux la, jouent au base-ball, normalement ils ont un problème ou il s'est bagarré avec quelqu'un, ensuite il raconte à lui.

Planche 11 : La sortie tardive.

"هذا راهق الق به يخرج وقل راهق لقوه وهما راهم يتفرجوا على كاش فيلم"

Celui-ci est stressé à cause de sa famille, et eux ils regardent un film.

Planche 12 : Les devoirs.

"هذه قاعدة تقرا' و هما راهم موراها جاينين اسقسبو أعليها' و هي تكتب و راه قلقة"

Cette fille révise, et eux assis derrière elle, elle écrit, elle à peur.

Planche 13 : L'heure du coucher.

"هذه راهي مريضة' و رجلها معاها اصبر فيها"

Cette femme est malade et son mari remonte la le morale.

Planche 14 : Le jeu de balle.

"هدما قاعدین العبوا و الآخرون اتفرجوا' بسح مقلقین علی واش معلا بلیش"

Ses deux la jouent et les autres regarde, mais ils ont stressé, je ne sais pas de quoi ?

Planche 15 : Le jeu.

"هذه عائلة و هذان قاعدین العبوا في الداما' الطفلة راهي تتفرج و الآخر یقرا في کتاب' و الآخر قلق اخم و لا یستن في دالتة"

C'est une famille, ils jouent aux damas, la fille regarde, un garçon lire un livre et d'autre stressé, il pense ou il attend son tour.

Planche 16 : Les clefs.

"طفل قال لأبيه أعطیني مفتاح تع الطنوبیل نروح نسوق' بباه راه اخم خاف أمدھا لو"

Un garçon dit à son père de lui donner la clef de la voiture pour aller faire un tour, son père hésite de les est donner.

Planche 17 : Le maquillage.

"هذه تدیر في rouge-à livre و الأخری تستن دالتھا' راهوم خارجین رایحین للعرس"

Cette femme fait du rouge-à livre, et l'autre attend son tour, ils vont aller à la fête.

Planche 18 : L'excursion.

"هذه عائلة رایحین کاش بلاصه' الأب ایسوق و المرأة راه تتخمم' و الأولاد یتصارعوا' واحد فیهم یتفرج"

C'est une famille vont aller quelque part, le père conduise, la mère pense et les enfants se dispute, et parmi eux un qui regarde.

Planche 19 : Le bureau.

"بباها اخدم و هي وقل کاش ما عندها تحکي و لا أمد لیها صوار دبه تخرج"

Son père travaille et la fille veut lui dire quelque chose, ou de la donner de l'argent pour sortir.

Planche 20 : Le miroir.

"هذا ايشوف روجو في المرأة عجاتو روجو"

Celui-ci regard dans un miroir, et il dit comme je suis beau.

Planche 21 : L'entretien.

"ماني عارف وين رايعين مسافرين' الرجل رايع يخدم و الأولاد رايعين يقرأوا استناو في باباهم به يديهم
معاه"

Je ne savais pas où ils vont aller, peut être voyagé, le père va allé au travail et les enfants vont aller à l'école, ils attendent leur père pour qu'il les amènes avec lui.

4-4- Feuille de cotation de Mr Haïtem :

Nom : **Mr Haïtem** Date : _____
 Age : **30** Position dans la famille : **l'aîné**
(un père, une, grand-mère)

Auteur : Alexander Julian III, Wayne M. Sotile, Susan E. Henry et Mary O. Sotile
 Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																				Notes
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CONFLIT APPARENT																					
Conflit familial	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
Conflit conjugal	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4
Autre type de conflit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
Absence de conflit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
RÉSOLUTION DU CONFLIT																					
Résolution positive	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
Résolution négative	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
ou Absence de résolution	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
DÉFINITION DES LIMITES																					
Appropriée / adhésion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4
Appropriée / non-adhésion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Inappropriée / adhésion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
Inappropriée / non-adhésion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
QUALITÉ DES RELATIONS																					
Mère = allié	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Père = allié	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Frère/sœur = allié	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Conjoint(a) = allié(e)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Autre = allié	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Mère = agent stressant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Père = agent stressant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Frère/sœur = agents stressants	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Conjoint = agent stressant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Autre = agent stressant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																					
Fusion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Désengagement	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Coalition mère / enfant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Coalition père / enfant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Coalition autre adulte / enfant	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Système ouvert	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Système fermé	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
CIRCULARITÉ DYSFUNCTIONNELLE																					
Mauvais traitements	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Maltreatment	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Abus sexuel	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Négligence / abandon	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Abus de substances	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
RÉPONSES INHABITUELLES																					
REFUS	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																					
Tristesse / dépression	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Colère / hostilité	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Peur / anxiété	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Bonheur / satisfaction	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
Autre type d'émotion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11

Index Général de Dysfonctionnement : **39**

4-5- Analyse des huit (VIII) questions :

La feuille de cotation complétée et présent des notes obtenues par Tounsia sous toutes les catégories de cotation, et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Haïtem est suffisamment long et éclair pour permettre la cotation, car, il n'y a pas de refus et une réponse inhabituelle.

- 2- Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément élevé (n=39) qui suggère l'existence de conflits non résolus au sein de la famille, et absence de conflits très fréquents (n=11).

- 3- Où le conflit se situe ?

D'une manière assez intéressante, le protocole de Haïtem fait état d'un faible niveau de conflit conjugal (n=01), et d'un niveau élevé de conflit familial (n=09) qui renvoie à la non communication normale et la discussion des problèmes entre les membres de cette famille, et d'un niveau extra-familial (n=02) qui peut renvoyer à une famille qui n'a pas de difficultés extra-familiales.

- 4- Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indicateurs de fonctionnement de cette famille éclaire que la thématique de résolution négative est à (n=11) ce qui indique que cette famille ne communique pas efficacement et n'a pas une bonne relation entre eux.

- 5- Quelles sont les hypothèses possibles sur la qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indices de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la colère/hostilité (n=03), peur (n=09) et tristesse (n=02) sont des résultats de conflits non résolus au sein de la famille, et bonheur/satisfaction (n=8) renvoie à la frontière rigide où chaque personne s'occupe de sa vie privée. On note pour mère = allié (n=04), pour père = allié (n=02), (n=01) pour conjoint = allié, pour mère = agent stressant (n= 04), (n=02) père = agent stressant, conjoint = agent stressant (n= 02) et autre = agent stressant (n=4), pour système ouvert on note (n= 07) cela indique que la famille encourage un fonctionnement systémique ouvert.

6- Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systématiques des relations au sein de cette famille ?

L'analyse de ce protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière rigide ce qui induit un désengagement familial (n=02). L'absence dans ce protocole, l'indice de coalition (n=00) signifie qu'une relation ne paraît pas très saine à l'intérieur de cette famille.

7- Ya-t-il des signes d'inadaptation majeurs ?

Ce protocole indique un mauvais traitement/négligence (n=02) ce qui peut souligner un besoin d'un travail approfondi au sein de cette famille, et repenses inhabituel (n=00).

8- Existe-t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la fonction d'hypothèse clinique utiles ?

Ce protocole indique que les deux parents de Haïti, sont défaillants, ce qui a poussé la dynamique familiale à fonctionner d'une manière rigide et transgression, des frontières par les sous-systèmes, et l'incapacité physique de Haïti peut être compliquée par cette dynamique familiale, qui peut être vécue par le patient, comme négligence et désengagements, tout ça, à contribuer pour la distribution du système familial, qui sera perturbé avec le temps.

Synthèse du cas de M^F Haïtem :

A travers l'entretien clinique et l'analyse de protocole du FAT, on a constaté que Haïtem souffre d'une angoisse de mort, et d'un dysfonctionnement familial modérément élevé d'une note de (39).

5-1-Présentation du 5^{eme} cas :

M^{elle} Ratiba âgée de 30ans, l'aînée de la famille d'une fratrie de deux garçons, célibataire d'origine et demeurent a Ain Defla, elle est porteuse de la MC de type inflammation intestinal au colon.

5-2- Analyse du contenu de l'entretien avec M^{elle} Ratiba :

Durant notre premier entretien, M^{elle} Ratiba nous apparut comme une femme très calme, sage, bien posé et sympathique.

Au début, elle nous a déclaré que avant son hospitalisation elle souffre depuis trois mois d'une inflammation intestinale aux niveaux du colon, ensuite, quand on lui a posé la question sur le changement de ses habitudes elle nous a parler sur son changement radical, puisque avant elle était une femme dynamique qui sort beaucoup ,mais depuis qu'elle est malade c'est tout à fait le contraire toujours dégoûté a la maison elle nous a dit : « *je ne sors jamais de ma chambre, je ne supporte plus de parler a personne même à ma mère qui est très proche de moi* ».

"جامي نخرخ من شمبرا تاعي' منحملش نهدر مع حتى واحد' مام يما الي كانت قريبة مني"

Durant cette période elle souffre des douleurs intenses au ventre, d'une diarrhée aiguë et parfois des hémorragies. C'est pour cela qu'elle se sentait toujours fatiguée et même elle s'évanouit. *نحس روحي عيانة.*

Notre patiente présente une animé, un amaigrissement très grave c'est ceux qu'elle empêche de bouger et de s'isolé tout le temps.

Concernant la relation avec sa famille, elle nous a déclaré qu'elle se sentait toujours seule, elle s'éloigne complètement des membres de la famille et ça ce qu'elle la gêne plus, c'est l'inquiétude et la souffrance de sa mère a cause de cette maladie.

"كي نكون في الدار ' نغلق على روجي و منهدرش مع واحد حتى يمي إلي نحكي ليها كل شيء "

« *Quand je me suis à la maison, je m'enferme dans ma chambre, je m'isole et je parle à personne même à ma mère laquelle à qui je raconte tout* ».

L'ignorance de la patiente pour le diagnostic final de sa maladie lui provoqué une angoisse et une peur de mourir.

"نحس روجي مخنوقة' خايفة نموت "

« *Je me sens étouffée, j'ai peur de mourir* ».

Son angoisse augmente de plus en plus et même elle fait des crises d'angoisse, tout ça du au syndrome de spondylar, des complications articulaires au niveau des genoux.

L'aggravation de tableau clinique, amaigrissement importante et altération marqué de l'état général 38Kg que avant baise 54Kg.

Depuis son hospitalisation, elle à vue des cas plus grave que elle, tout ça la aidée a se sentir mieux, et accepter de combattre sa maladie, par contre, au départ, elle nous a dit que : "غير أنا الي مرضانة' علاه أنا واش درت به نتعاقب في حياتي "

« *Sauf moi qui est malade, pour quoi c'est moi ? Qu'est ce que j'ai fait pour que j'aurai cette punition dans ma vie* ».

Mais شفت الآخرين كي, Plus grave que moi حسيت روجي خير منهم ' نحمد ربي "maintenant"

« *Mais maintenant, quand j'ai vu les autres plus grave que moi, je me sens mieux que eux, dieu merci* ».

De plus, M^{elle} Ratiba voyait pas son avenir heureux pour elle, car cette situation l'empêche de penser à quoi se soit, surtout à fonder une famille, car : « *personne n'acceptera de se marier avec une femme comme moi* ».

Après quand on a fini notre entretien avec elle, on n'a pas pu continuer la passation de test du FAT dans la même séance, ce qui nous a obligés d'organiser une deuxième séance avec elle, car elle était trop fatiguée.

5-3- Présentation de protocole du FAT de M^{elle} Ratiba :

Planche 1 : Le diner.

"نشوف في فاميليا سعيدة' يأكلون بصرح نشوف فيهم منير فين' وقل خلاقات الأسرة كيما اقولو' الأب و الأم و الأولاد مقلقين"

Je vois une famille heureuse mange a table mais ils sont énervé comme ils disent des problèmes familiaux, les parents et les enfants sont stressés.

Planche 2 : La Stéréo.

"طفل يسمع في الموسيقى' هذه امرأة' أمه أو أخته' نقول زعم كما إحسان باين في الصورة' المرأة عرفت كيفاه تعاملوا خاطر راه''''"

Un garçon qui écoute la musique c'ella là c'est une femme, c'est sa maman ou sa sœur on dirait du bien ça se voie sur la photo que la femme sait comment se comporter avec lui puisque il est souriant.

Planche 3 : La Punition.

"في الصورة نشوف مزرية' حقره"

Dans cette photo je vois de la misère, mal traitance.

Planche4 : Le magasin de vêtements

" حاجة مليحة' لوكان تشري ليها' الطفلة مع يماها"

C'est une quelque chose du bien si elle va lui acheter, une maman avec sa fille.

Planche 5 : Le salon.

"حرية التصرف' الجو هنا فيه نشاط' يقصروا' فيه حوار في الأسرة"

La liberté du comportement, je vois un mouvement actif au sein de cette famille ils discutent, il y'a un dialogue familial.

Planche 6 : Le rangement.

"أم تعيط على وليدها علاش مسقمتش الشومبا التاعك"

Une mère qui crie sur son enfant, pourquoi ta pas ranger ta chambre ?

Planche 7 : Le haut des escaliers.

"و الله مفهمتها' ز عما وحيد' يقعد وحدوا بالاك هكذا"

Je vous jure je n'ai pas compris cette photo, mais je crois qu'il est seule.

Planche 8 : La galerie marchande.

"ز عما هذا خير منوا' واش معنتها هذه الأم تمشي غير مع واحد منهم"

En dirait il celui –ci est mieux que l'autre ça veut dire quoi, cette maman est jute avec un seule.

Planche 9 : La cuisine.

"الأب' الأم و وليدهم' الأم تطيب' الأب يقر"

Un père, une mère et leur fils, la mère cuisine et le père lit.

Planche 10 : Le terrain de jeux.

"عائلة ز عما عياط' خاطر مكانش علامات الفرحة' نشوفهم ساكتين مقلقين"

Une famille, je crois que c'est un conflit vus qu'il y'auna pas d'indices de bonheur, je les vois stressés et sans discuté.

Planche 11 : La sortie tardive.

"مقلقين من حاجة' أعصاب متوترة"

Ils sont stressés sur quelque chose, ils sont énervés.

Planche 12 : Les devoirs.

"أقراي يا ابنتي تخرجي حاجة' الله يهديك و هي تتخمم معلاباليش في وين"

Révisé bien afin de réussir, que dieu te guide vers la bonne voie et elle pense je ne sais pas sur quoi.

Planche 13 : L'heure du coucher.

"هناك حديث بين الأب و الابنة' ايساعف فيها"

Il y'a une discussion entre un père et sa fille, il la console.

Planche 14 : Le jeu de balle.

"دراري يلعبوا مع بعضهم البعض حاجة مليحة"

Des enfants qui jouent entre eux, c'est une bonne chose.

Planche 15 :Le jeu.

"أطفال يلعبون ولا مقلقين بيناتهم"

Des enfants qui jouent ou ils sont stressés.

Planche 16 : Les clefs.

"هنا يقصدوا' يعطي لو ولا ما يعطي لوش"

Ici veut dire, il va lui donner ou non ?

Planche 17 : Le maquillage.

"بالاك غيرة من وقفنها' باينة غيرة"

Peut-être c'est de la jalousie.

Planche 18 : L'excursion.

"هادوما متشابكين بالاك زعاف"

Ces deux-là se dispute peut être c'est un conflit.

Planche 19 : Le bureau.

"مفهمت واش راه يقول ' محادثة كاين نقاش ' ماكانش عنف"

Je n'ai pas compris ce qu'il dise, c'est une discussion ya pas de colère.

Planche 20 : Le miroir.

"طفل يشوف روحوا في المرأة بالاك وسوسولو ' شيايب ماشي شيايب ' رقيق ولا سمين"

Un garçon qui regarde soi-même dans un méroire, peut-être ils lui ont dit que tu es beau, moche, ou mince, gros.

Planche 21 : L'entretien.

"موقف عائلي لطيف حاجة مليحة"

Une belle scène familiale, c'est quelque chose de bien.

5-4- Feuille de cotation de M^{lle} Ratiba :

FAT
Alexander Julian III, Wayne M. Sotile,
Susan E. Henry et Mary O. Sotile

Nom : M^{lle} Ratiba Date : _____
Age 30 Position dans la famille l'aînée
(ex. père, fils, grand-mère)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																					Notes
	Diner	Salon	Punition	Mégarin de vêtements	Salon	Rangement	Meat des escaliers	Galerie marchandise	Cuisine	Terrain de jeux	Salle lecture	Devants	Haute du couloir	Jeu de table	Jeu	Chiffre	Alphabetique	Excursion	Bureau	Miroir	Etrange	
CONFLIT APPARENT																						
Conflit familial	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	4
Conflit conjugal	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	6
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	44
RÉSOLUTION DU CONFLIT																						
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2
Résolution négative	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	44
ou Absence de résolution																						
DÉFINITION DES LIMITES																						
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	3
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Inappropriée / non-adhésion	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
QUALITÉ DES RELATIONS																						
Mère = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Frère/sœur = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Mère = agent stressant	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2
Père = agent stressant	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	4
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	4
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																						
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Désengagement	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	4
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0	
MAUVAIS TRAITEMENTS																						
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
RÉPONSES INHABITUELLES																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0	
REFUS																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0	
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																						
Tristesse / dépression	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	4
Colère / hostilité	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Peur / anxiété	●	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	0
Autre type d'émotion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	2

solitude

Index Général de Dysfonctionnement

34

5-5- Analyse des huit (VIII) questions de M^{elle} Ratiba :

La feuille de cotation complétée et présent des notes obtenues par Tounsia sous toutes les catégories de cotation, et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Ratiba est suffisamment long et éclair pour permettre la cotation, car, il n'y a pas de refus et une réponse inhabituelle.

- 2- Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément élevé (n=34) ce qui peut indiquer une dynamique familiale qui manque d'interaction et de communication.

- 3- Ou le conflit se situe ?

Le protocole de Melle Ratiba, fait état d'un niveau élevé de conflit familiale (n=04) ,par contre conflit conjugal (n=02), et de (n=06) pour le conflit extra- familiale, ce qui peut renvoyer à la non mécontente entre les membre de cette famille et la non résolution de leur problèmes, ainsi que la difficulté de la famille a fonctionner efficacement avec le monde extra- familial.

- 4- Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille à propos de la gestion des conflits, apparait très significative, tous les conflits (04) ont été résolu d'une manière négative, ce qui explique qu'il ya une distance affective entre les membres de la famille c'est ceux qu'ils les empêchent de résoudre leur conflits d'une manière positive.

5- Quelles sont les hypothèses possibles sur La qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indices de la qualité relationnelle de cette famille, suggère que la colère/hostilité (n=08) prédomine dans ce système familial, plus la tristesse/dépression avec une note de (n=03) que par la peur et l'anxiété (n=03), et la colère/peur (02) et la peur on note (n=01) sont des conséquences de conflits non résolu ainsi que bonheur/satisfaction(n=06) renvoie au frontières rigide ou chaque un des membres de cette famille est privé seulement da sa vie et non celle des autre membre. On note (n=02) pour mère allié et (n=00) pour père allié système ouvert (n=01) par contre (n=00) pour système fermé, ce qui peut renvoyer a une famille qui encourage pas le fonctionnement ouvert, et que les parents de Ratiba est considéré comme des générateurs de stress que comme allié surtout le père avec une note de (n=00) pour père allié.

6- Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systématiques des relations au sein de cette famille ?

Cette famille fonctionne d'une manière pas très saine, on note l'indice de coalition (n=02) ce qui indique que Ratiba vive dans une relation homéostasie.

7- Ya-t-il des signes d'inadaptation majeurs ?

Ce protocole contient deux (n=02) réponse de maltraitance et (n=01) négligence ce qui souligne l'utilité d'une investigation plus approfondie dans cette famille.

8- Existe-t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la fonction d'hypothèse clinique utiles ?

Ce protocole indique que les deux parents de Ratiba, sont défaillant, ce qui à pousser la dynamique familiale a fonctionner d'une manière rigide et transgression, des frontières par les sous-systèmes, et l'incapacité physique de Ratiba peut être compliquée par cette dynamique familiale, qui peut être vécu

par la patiente, comme négligence et désengagements, tout ça, à contribuer pour la distribution du système familiale, qui sera perturbé avec le temps.

Synthèse du cas de M^{elle} Ratiba :

A travers l'entretien clinique et l'analyse de protocole du FAT, on à constater que Ratiba souffre d'une angoisse de mort, et aperçoit que sa famille est dysfonctionnelle d'une note modérément élevé (34).

II- Discussion et vérification de l'hypothèse :

Cette partie sera consacrée à la discussion et la vérification de l'hypothèse qu'on a proposée au début de notre recherche d'étude.

Afin de décrire et analysé la situation de l'angoisse de mort et l'influence de la dynamique familial dysfonctionnel sur l'état psychique des malades de crohn, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

-les personne atteinte de maladie de crohn souffrent d'angoisse de mort et perçoivent que leur dynamique familiale est caractérisée par les conflits et résolution négative.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons effectué cinq(05) entretiens clinique -semi-directif-, puis la passation de test du FAT auprès des personnes qui atteinte de la maladie de crohn, âgée entre (30-46ans) qui ne souffrent pas de trouble psychique ou de trouble de personnalité, qui peut empêcher la perception chez eux.

Suite au résultat de l'entretien qu'on a effectué auprès de ces sujets, on constate que tous les cas souffrent d'angoisse de mort, on le trouve dans le 1^{er} cas, M^{elle}Tounsia : « *Regarder tout mon corps qui deviens tout bleu sa m'angoisse, et j'aila peur de mourir et même ya certain moment,ou je me dis que tout ça est injuste, pourquoi c'est moi ? Ce n'est pas cette vie dont je rêvais* », et le 2^{eme} cas M^r Bachir : « *je ne peux pas mangé avec eux comme avant car je suis un régime alimentaire c'est pour cela que je m'isole et même aussi je ne peux pas raconté a tout le monde sur ma maladie, ça m'angoisse et me dérange énormément, cette maladie est un handicap pour moi* », ensuite M^r Mouloud :« *voir ma famille s'inquiété autant pour moi, ça m'angoisse beaucoup, et c'est ce qui ma enfonce d'évite encor de parler de ma souffrance car sa me stresse* », puis M^r Haïtem : "صح بلي تعيش مع هذا المرض'مم نخم على المستقبل منقدرش' نخم غير على الموت"

Enfin M^{elle} Ratiba :

"كي نكون في الدار ' نغلق على روعي و منهدرش مع واحد حتى يمبالي نحكي ليها كل شيء "

Après avoir obtenus les résultats de test du FAT, ces donnée nous ont révélé que les notes du dysfonctionnement familial différent d'un patient a un autre, d'une note de (15) pour M^{elle} Tounsia, (19) pour M^r Bachir, ensuite (32) pour M^r Mouloud et une note de (39) pour M^r Haïtem, et à la fin on note (34) pour M^{elle} Ratiba.

De ce fait, on constate que les personnes atteintes de la maladie de crohn souffrent d'angoisse de mort et perçoivent que leur dynamique familiale est caractérisée par les conflits et résolutions négatives, donc notre hypothèse est confirmée par tous les cas.

Conclusion générale

Conclusion

Dans notre recherche, nous avons l'une des réactions émotionnelles majeures qui touchent les malades de crohn qui est l'angoisse de mort.

Suite aux données théoriques et à la confrontation des informations recueillies à partir des entretiens clinique, effectuer avec nos sujets de recherche, et aux résultat obtenu lors de la passation du test du FAT, on constatent que l'angoisse de mort est une réaction émotionnel forte que ressent les malades de crohn dans leur quotidien, et qui peut être renforcé par le dysfonctionnement familial d'une note différente d'un patient a un autre.

En particulier nous avons choisi un échantillon qui se compose de cinq (05) cas âgés entre (30-46 ans). Notre recherche a pour objectif de savoir si les malades de crohn souffrent d'une angoisse de mort, et s'ils perçoivent que la dynamique familiale est dysfonctionnelle.

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 qui est l'entretien semi-directif et le test projective du FAT.

Notre recherche s'est déroulée au CHU de Mustapha Bacha à Alger au sein du service Gastro-entérologie, d'une durée de 40 jours.

D'après l'analyse des données, on a trouvé que l'ensemble de nos cas (5/5) souffrent d'angoisse de mort et d'une note différente de dysfonctionnement familial ce qui valide notre hypothèse.

Nous somme arrivé a confirmé notre hypothèse par rapport a notre groupe d'étude qui indique que toutes les personnes atteintes de la maladie de crohn souffrent de l'angoisse de mort et perçoivent que leur dynamique familiale est caractérisée par les conflits et les résolutions négatives.

Liste
bibliographique

Liste bibliographique :

I- Ouvrages en Français :

- 1- Aktouf. O, (1987), Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations-une introduction à la démarche classique et une critique, Québec.
- 2- Alberhme. K et Thierry. (2004), Thérapie familial systémique, 2eme éd, Masson, Paris.
- 3- Anger. M, (1997), Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Dunod, Paris.
- 4- Benali. R, (2009), Rôle et statut dans la famille Algérienne contemporaine, université de Batna.
- 5- Bergeret. J, 2008, La psychologie psychopathologique, Masson, Paris.
- 6- Bergeret. J, et all, 1995, Psychologie pathologie, théorie et clinique, 6eme éd, Masson, Paris.
- 7- Berube. L, (1991), Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal. Éditions de la Chenelière.
- 8- Blanchet. A et Gotman. A, (2007), L'enquête- l'enquête et ses méthodes, 2em édition, Armand Colin.
- 9- Catherine. C, (2003), L'entretien en clinique, 2^{eme}éd, Dunod, Paris.
- 10- Chahraoui. K, et Benony. H, (1999), méthodes, évaluation, et rechercheen psychologie clinique, paris, Ed Dunod.
- 11- Chahraoui. K, et Benony. H, (2003), méthodes, évaluation, et rechercheen psychologie clinique, paris, Ed Dunod.
- 12- Charlotte. M et al, (2006), Réussir son 1^{er} cycle de psychologie, 4^{eme} éd, Paris.
- 13- Chauchard. P, 1972, La mort, 6eme éd, presse Universitaire, France.
- 14- Clero. J. P, 2002, Le vocabulaire de Lacan, Paris.
- 15- Collinet. PH, 2011, Angoisse et culpabilité, Paris.

- 16- Crohn. B, B. L. Ginzburg, and G.D. Oppenheimer, (1952), Regional ileitis; a pathologic and clinical entity.
- 17- Darnaud. T, (2006), L'approche systémique.
- 18- Diel. P, 1954, La peur et l'angoisse, éd Paris, Payot, édition 1929.
- 19- Dortier. J, F, (2002), Histoire et diversité des formes familiales.
- 20- Freud. S, (1916). Introduction à la psychanalyse, Paris.
- 21- Freud. S, (1926), Inhibition, symptômes et angoisse. Paris. PUF. 1995.
- 22- Frexinos. J, et Buscaill. L, (2002), Hépto-Gastro-entérologie proctologie pour le praticien 5eme édition, Paris.
- 23- Gilles. R, (1994), La violence familiale. Québec.
- 24- Grawitz. M, (2001), Méthodes des sciences sociales, Dalloz, 1^{er} éd, Paris.
- 25- Jacques Grand Maison, (1993), Les différents types de famille et leurs jeux.
- 26- Jean Louis .P, (1999), Approche de la recherche clinique et psychologique, Ed Paris.
- 27- Jimmy Z. et al, (2014), Genetic studies of Crohn's disease: Past, present and future. Best Practice & Research Clinical Gastro-enterology.
- 28- Lacaine. F, et al, (2011), Chirurgie générale et digestive. Masson.
- 29- Laurent. D, (2011), Les conflits familiaux.
- 30- Laurent. P, (2006), Leçon de la psychanalyse sur l'angoisse, 3eme éd, Paris.
- 31- Lusenge. M, (2008), Solidarité, famille et développement socio-économique en ville de Butembo.
- 32- Michel. B, et al, (2006), Fonctionnement familiale, représentation des pratiques sociales et pratique centrée sur la famille dans le domaine de la religion, université de Québec.
- 33- Michel. H, B, (2012), Les particules élémentaires.
- 34- Michel. R, (1982), Fondement et étapes de la recherche scientifique en psychologie, Canada.

- 35- Monique. P, (1990), Le cycle de vie familial utilisé comme cadre de référence dans l'étude de perception des problèmes sociaux et de santé les plus importantes des familles nord-côtières et planification de service adaptée à leurs besoins.
- 36- Neil. A, et Rector. PH, (2010), La thérapie Cognitivo-Comportementale. Canada, édition Camh.
- 37- Neuberger. R, (1995), Le mythe familial.
- 38- Peticollin. G, (2004), Les clés de l'harmonie familiale.
- 39- Quindoz. J.M, 2002, La solitude apprivoisée, 2eme éd, édition PUF.
- 40- Raymond. Q, (2011), Manuel de recherche en science sociale, 4^{eme} éd, Dunod, Paris.
- 41- Rober. J.G, (1980), Guide méthodologique de la recherche, les presses de l'université de Québec.
- 42- Salem. G, (2005), L'approche thérapeutique de la famille, 4eme éd, Belgique.
- 43- Wayne. M et al, (1999), Manuel de Family Apperception Test, Paris.
- 44- Weill. J, P, et Weill. M (1993), Vie quotidienne et réalité médicales dans la maladie de crohn et rectocolite hémorragique. Paris.
- 45- Wetzalawich. P, (1972), Une logique de la communication.
- 46- Zeitoun. J. P, et al, (2014), Hépatologie Gastro-entérologie, Chirurgie Digestive, 4^{eme} éd, Paris.

II- Ouvrages en Arabes :

- 47- احمد محمد عبد الخالق ' 1976 ' أصول الصحة النفسية ' المكتبة المصرية الحديثة الإسكندرية

III- Revues :

- 48- Claude le Guen et all, 1996, La mort dans la vie psychique, Revue de la société psychanalytique continuant de l'association psychanalytique internationale, TOM Ix, Paris.
- 49- Hugot. T, P, et al, (1996), Mapping of a susceptibility locus for crohn's disease on chromosome 16.

50- Husson. M, C, (2001), Evaluation thérapeutique, traitement de la maladie de crohn. Revus indépendante de formation thérapeutique, N° 24.

51- PASCHE .F, (1996). Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi.Revue française de Psychanalyse.

IV- Dictionnaires :

52- Dictionnaire Larousse médicale, 2000.

53- Dictionnaire Larousse, Lattlas illustration, 1980, 1^{er} édition, Paris.

54- La Planche. J, Pantalès. J. B, 1967, Vocabulaire de la psychologie, Paris.

55- Le grand Dictionnaire de la psychologie, 1999, Paris.

56- Sillamy. N, 2003, Dictionnaire de psychologie, éd, Larousse, Paris.

Ybert. E, Juvain. Y, Roux. P, (2001). Petit dictionnaire Larousse de la médecine, 2^{ème} édition, Paris, Larousse Bordas

V- Thèses :

57- Azotte. E, (2007), La transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence, approche clinique, projective et comparative, mémoire de recherche en psychologie clinique et pathologie, Université Nancy 2.

58- Lamrani. A. G, (2015), Prévalence de la mutation NOD2/CARD15 chez les patients porteurs d'une maladie de crohn résultat préliminaire d'une étude prospective NOD2 FES, pour l'obtention du diplôme spécialisé en médecine option Hépato-Gastro-entérologie. MAROC.

59- Le Goff. I, 2009, Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psycho criminologie, Université Rennes 2.

60- Moussa Malla. M, (2010), Les aspects chirurgicaux de la maladie de crohn (A propos de 31cas), thèse de Doctorat en Médecine, Tchad.

61- Patoiseau. F, 2008, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales a l'amélioration des symptômes de maladies chroniques, mémoire de recherche en psychologie clinique, sous la direction de Madame Nathalie Duriez, l'Université de Paris 8.

- 62- Saada. K, (2013), Prévalence de la mutation NOD2/CARD15 chez les patients porteurs d'une maladie de crohn résultat préliminaire d'une étude prospective NOD2 FES. pour l'obtention du diplôme spécialisé en médecine option Hépatogastro-entérologie. MAROC.

VI- Articles et périodiques :

- 63- Etude de l'histoire de la famille, (1999).
64- Les familles dans le monde (2012).

VII- Sites Internet :

- 65- ([http://www. Psycalicia.scarpati.com](http://www.Psycalicia.scarpati.com)
66- ([Http: //www. Medicine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1, htm](Http://www. Medicine/docs/DCEM2/module8/item118/texteI1, htm)).

Liste des annexes

Annexe

Annexe N°1 : Guide d'entretien semi-directif.

Axe N° 1 : Informations personnels :

1. Nom et Prénom :
2. Age :
3. Sexe :
4. Situation professionnelle :
5. Situation familial : célibataire, veuf, divorcé, marié, fiancé.

Axe N° 2 : Informations sur les Antécédents de la maladie :

1. Pouvez-vous nous dire depuis quand vous avez cette maladie ?
2. Y'a-t-il quelqu'un de votre famille qui a atteint de cette maladie ?
3. Est-ce que vous pensez que cette maladie est un obstacle dans votre vie ?
4. Pensez-vous que c'est difficile de vivre avec une telle maladie ?

Axe N°3 : Informations sur le vécu psychologique devant la maladie et la relation du malade avec sa famille :

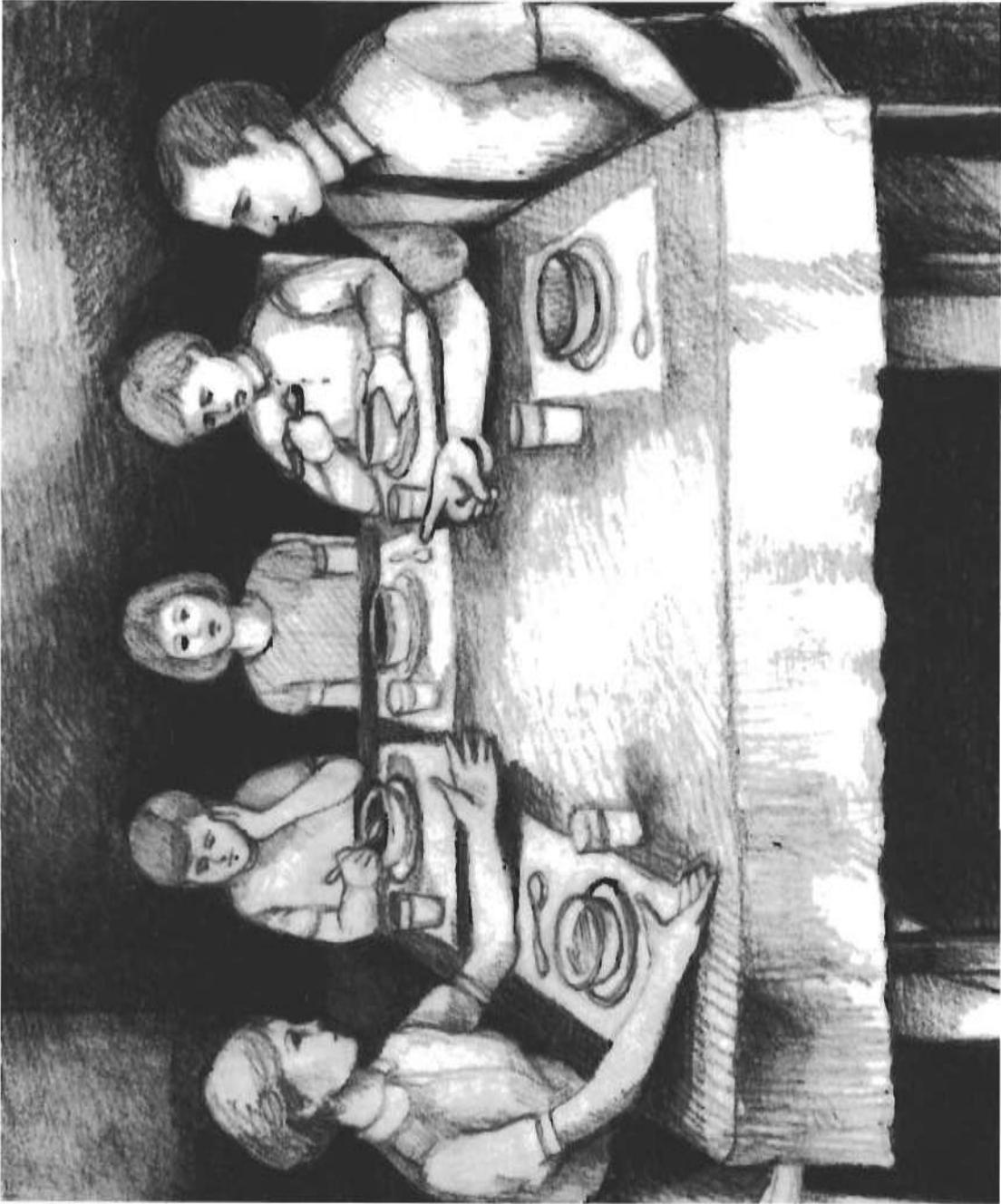
1. Pouvez-vous nous parler de votre réaction quand on vous a annoncé le diagnostic ?
2. Parler nous sur votre sentiment avant et après cette maladie ?
3. Y'a-t-il quelqu'un de votre famille qui est décédé à cause de cette maladie ?
4. Comment votre famille avait réagi à l'égard de votre maladie ?
5. Parler nous sur vos relations avec votre famille avant et après ?
6. Est-ce que vous avez remarqué que vos activités ont changé après l'annonce de diagnostic ?
7. Pouvez-vous nous parlez sur vos relation avec votre conjoint(e) ?

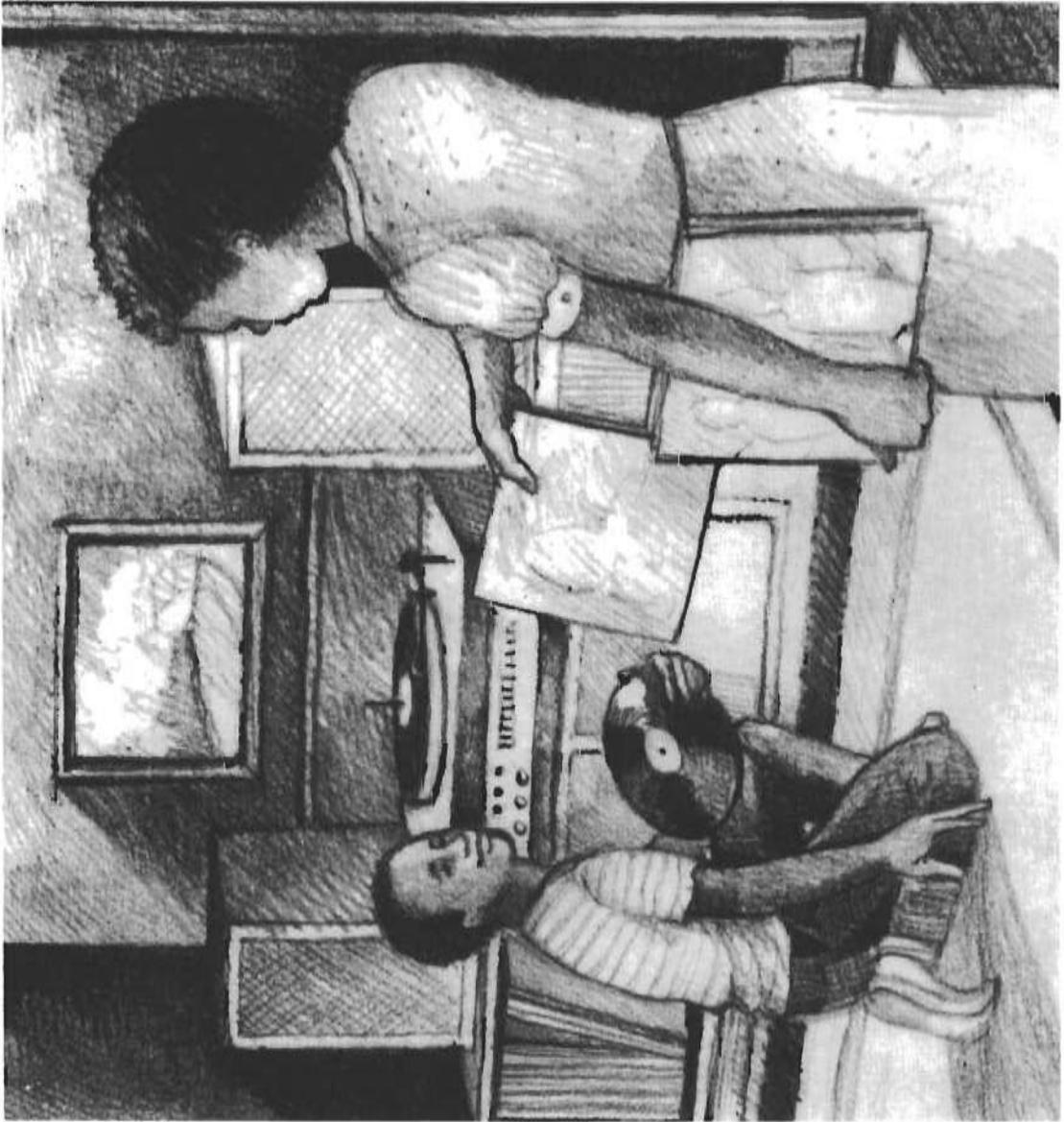
8. Est-ce que vous-sentez une fatigue plus qu'avant ?
9. Est-ce que vous-avez des difficultés de sommeil ?
10. Comment vous vous-voyez par rapport aux autres ?
11. Est-ce que vous éprouvez des sensations d'angoisse ?
12. Abordez-vous cette maladie devant votre entourage ?

Axe N°3 Regard sur l'avenir :

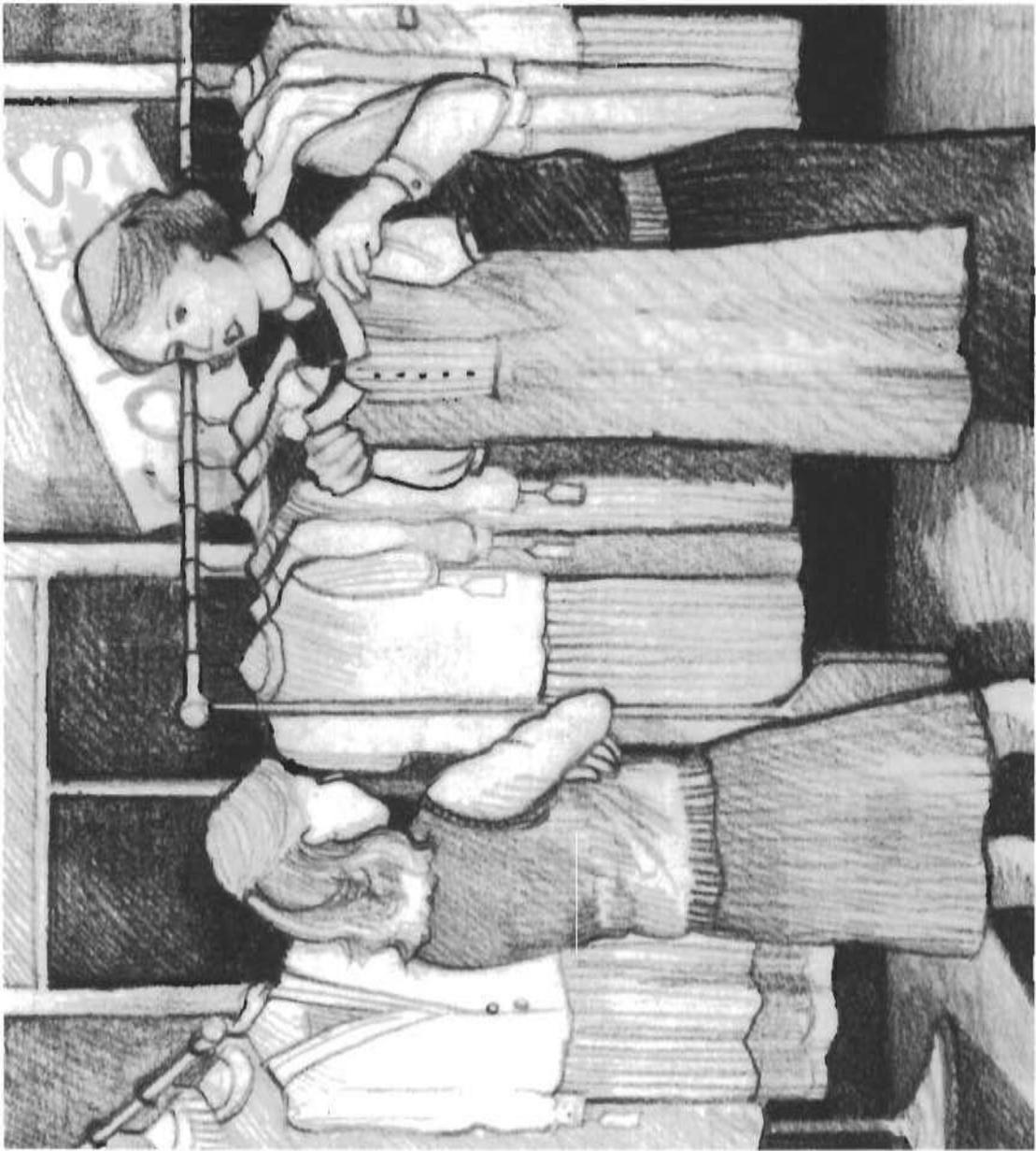
1. Comment voyez-vous votre avenir ?

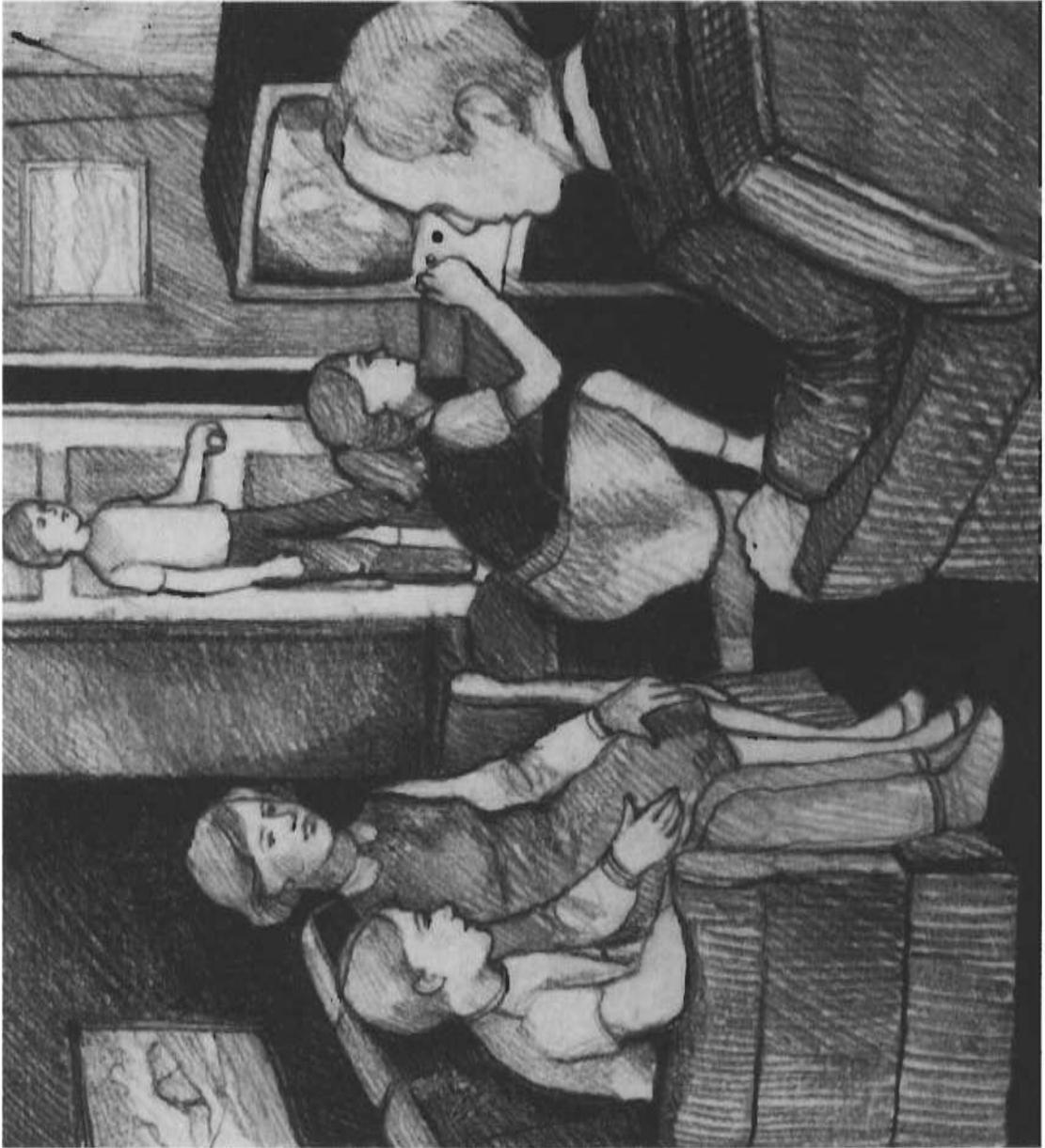
Annexes N° 02 : Les planches de test du FAT

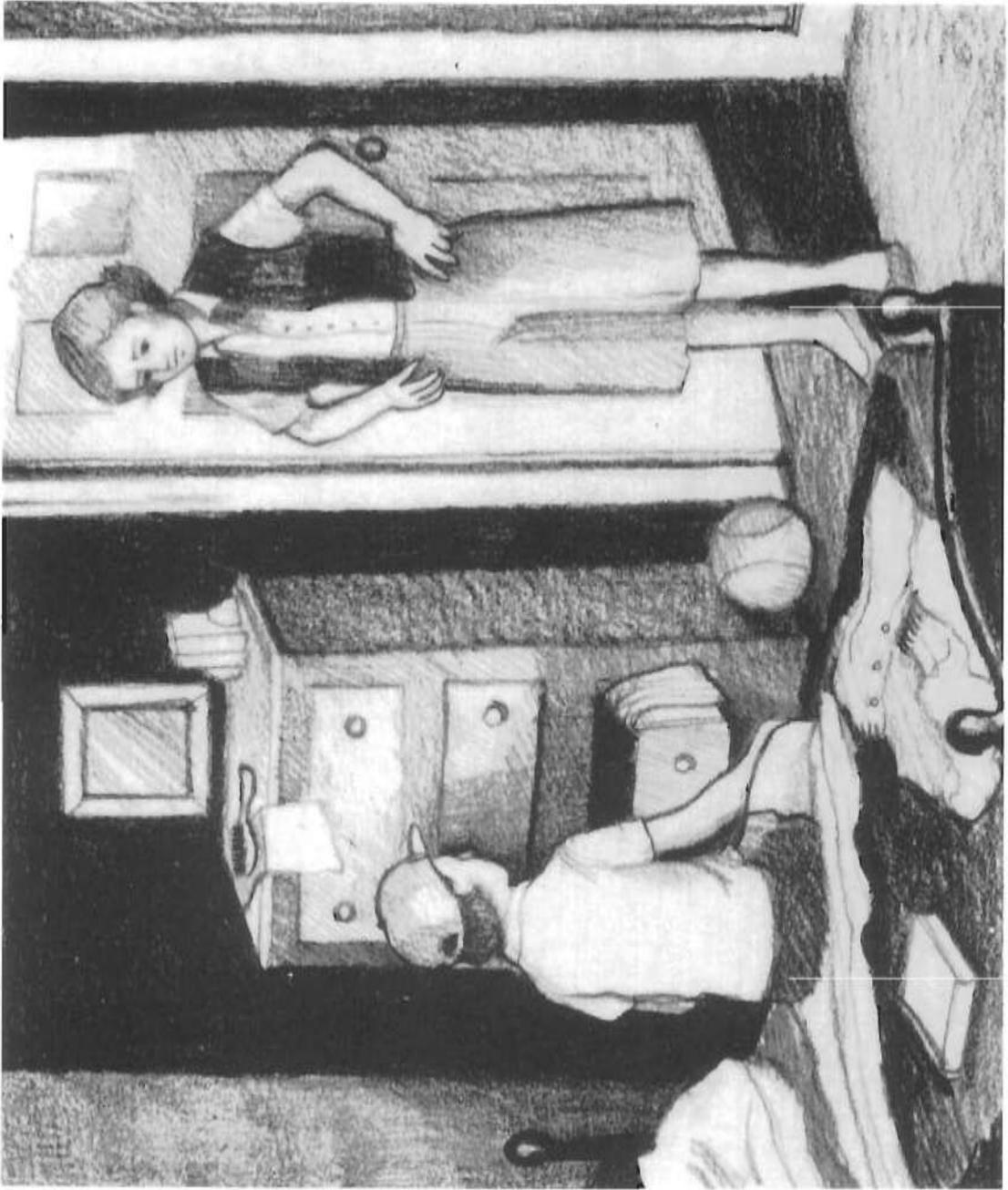


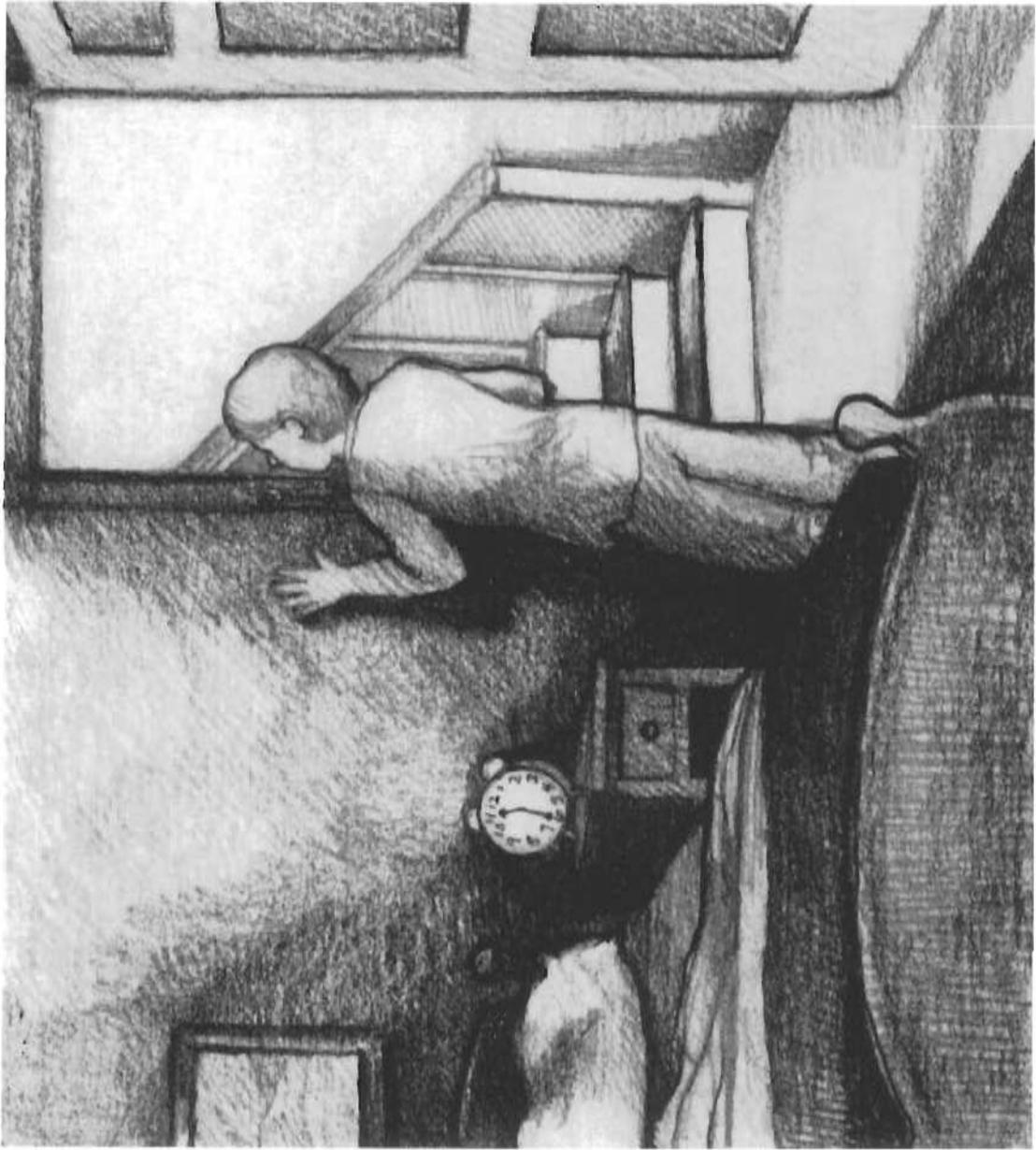




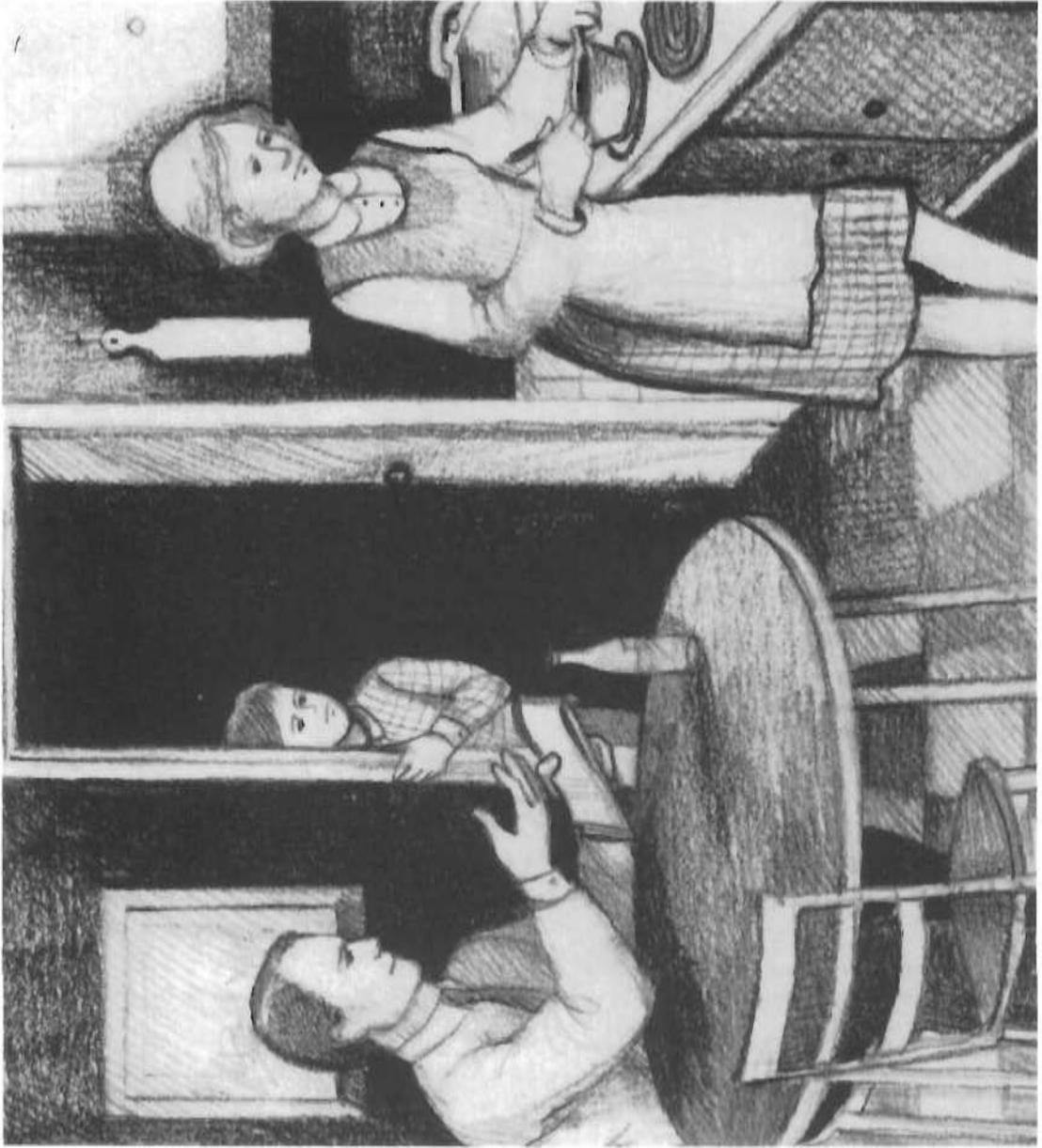


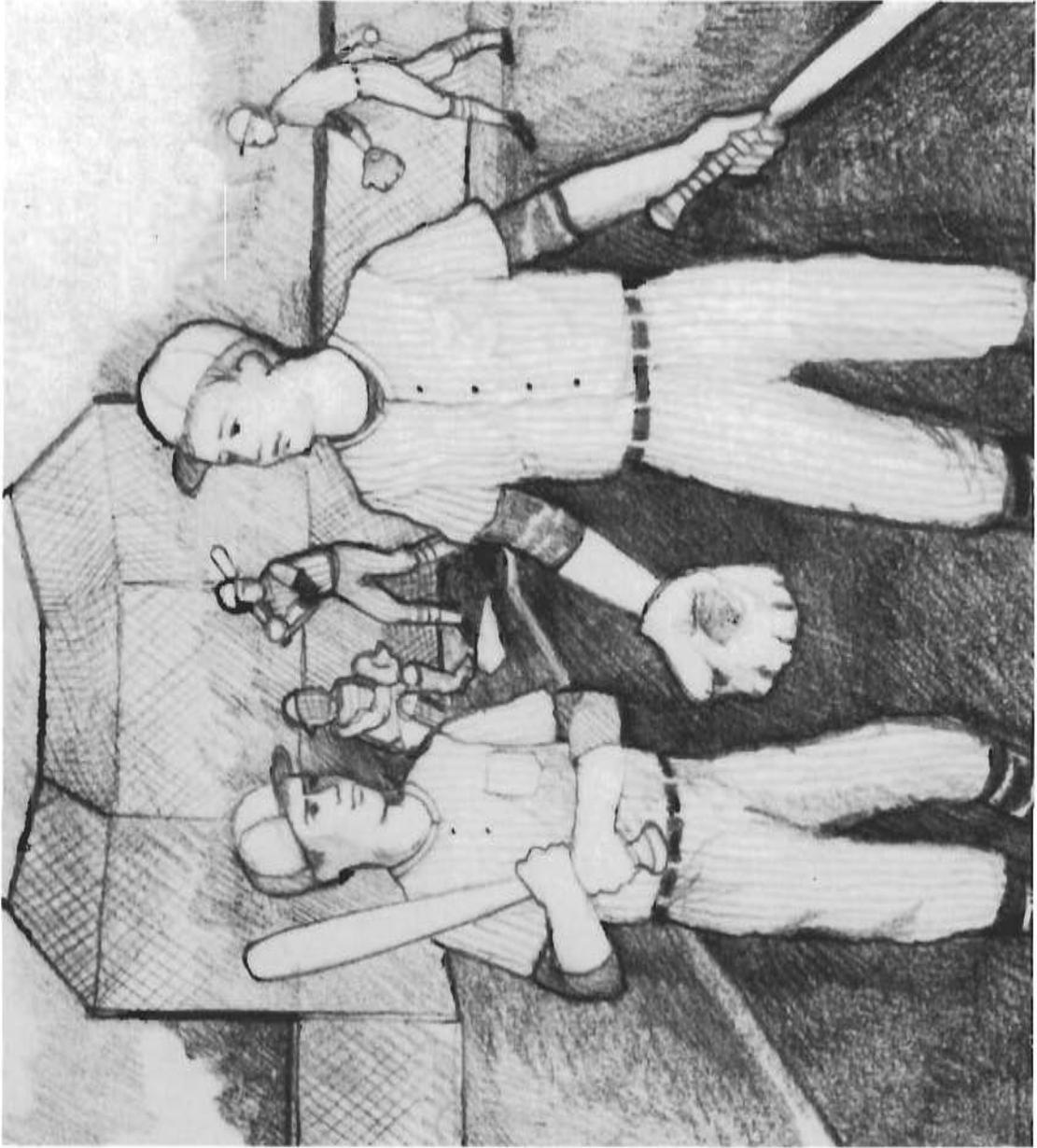


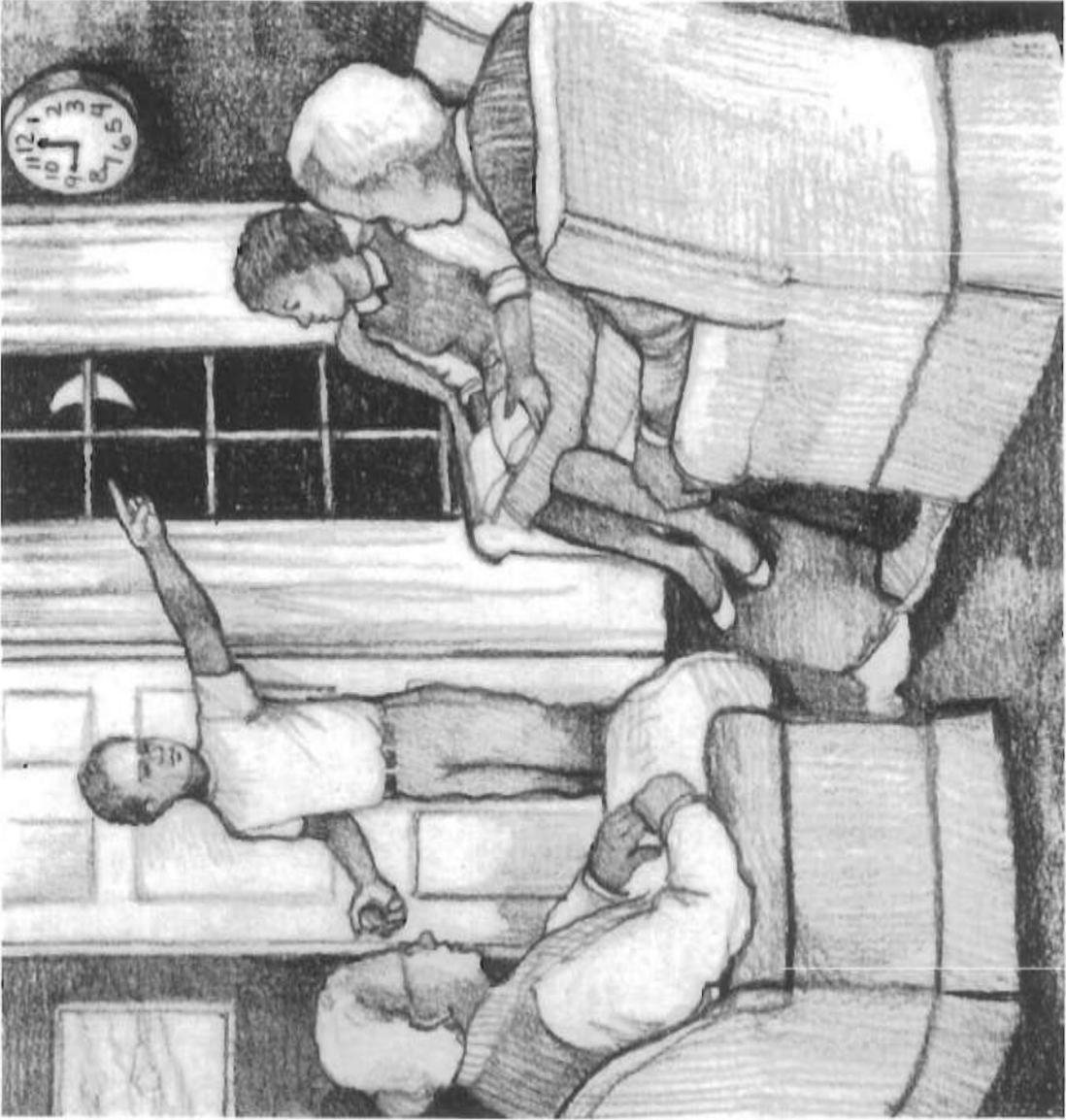


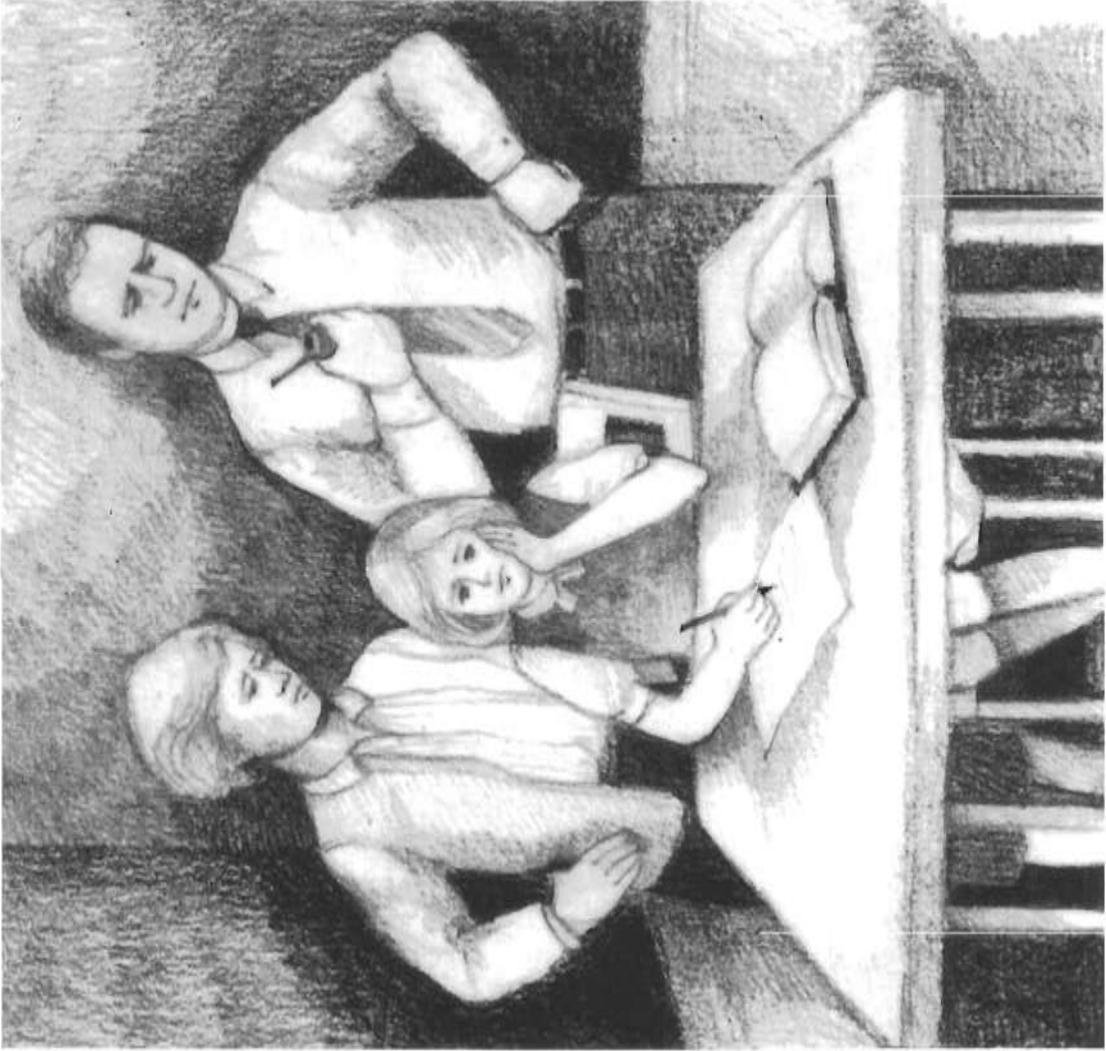




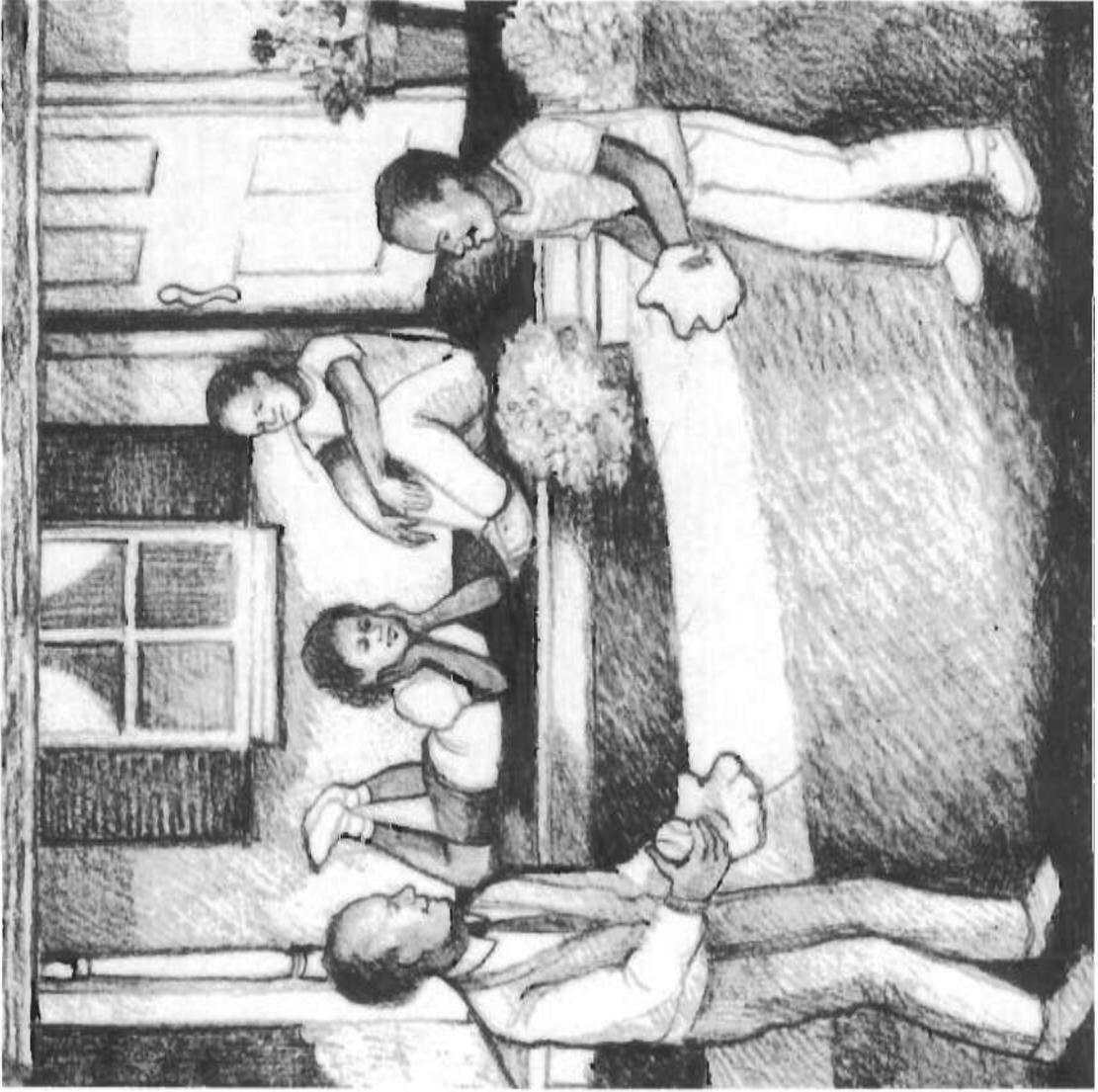


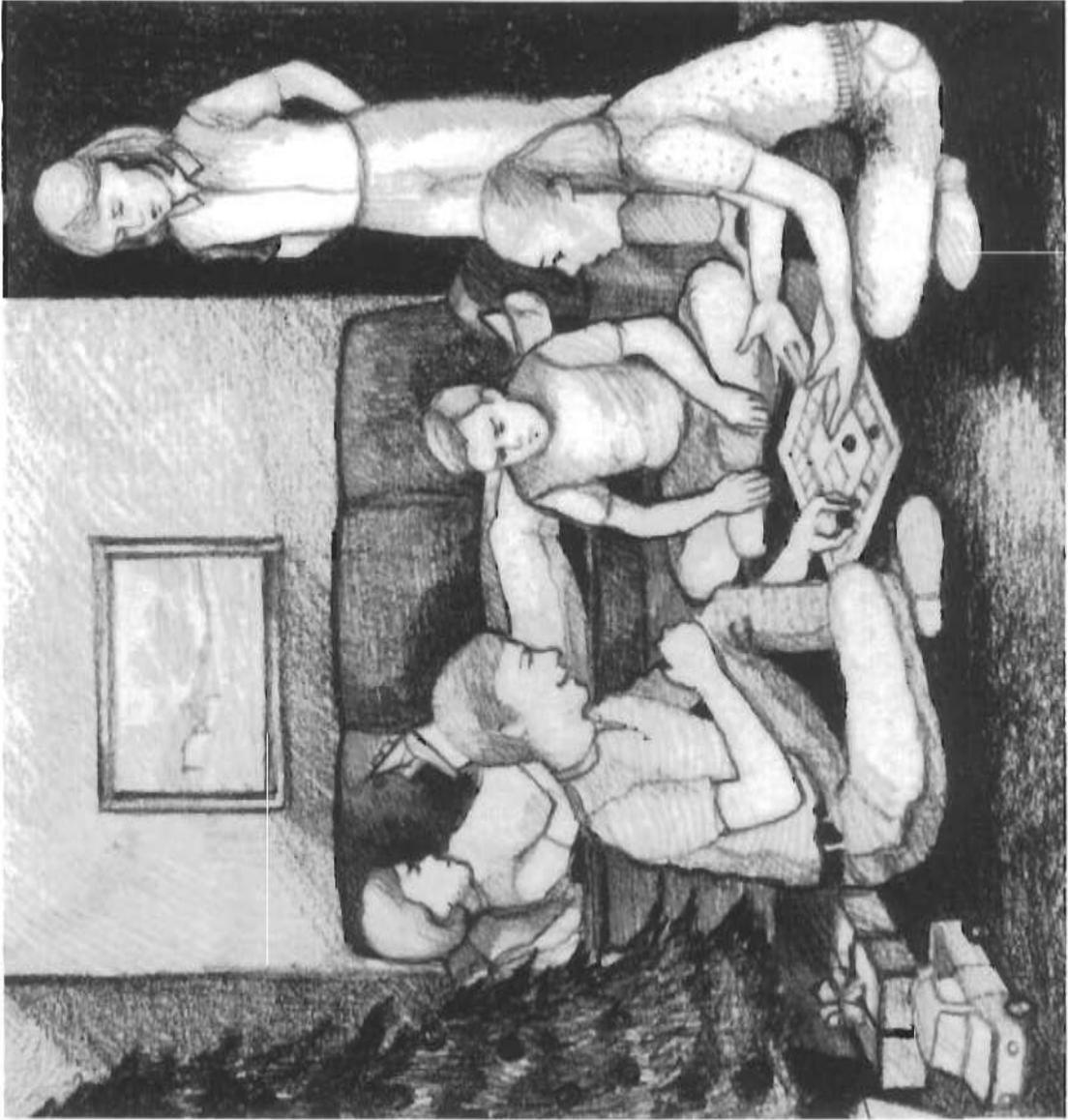


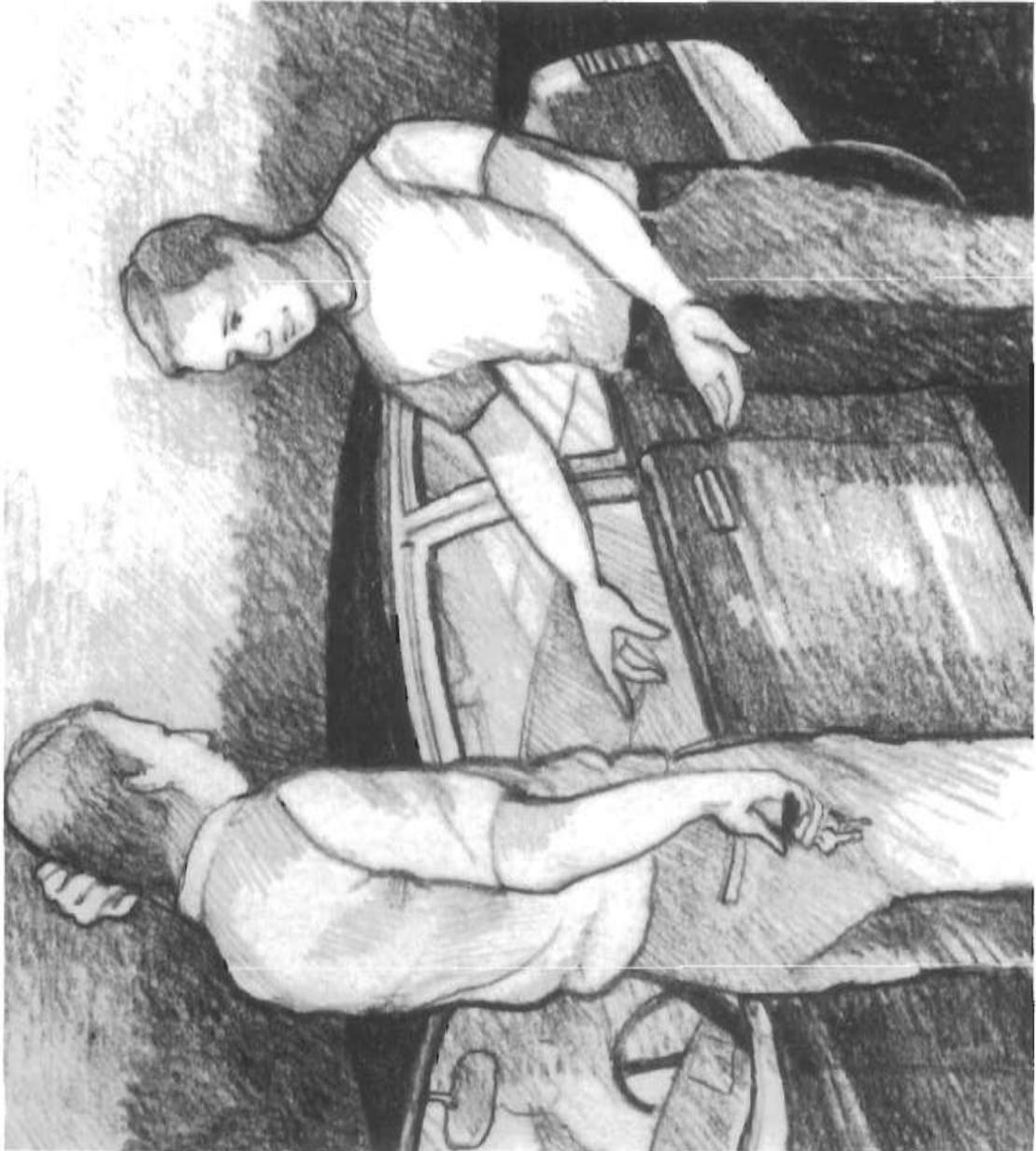


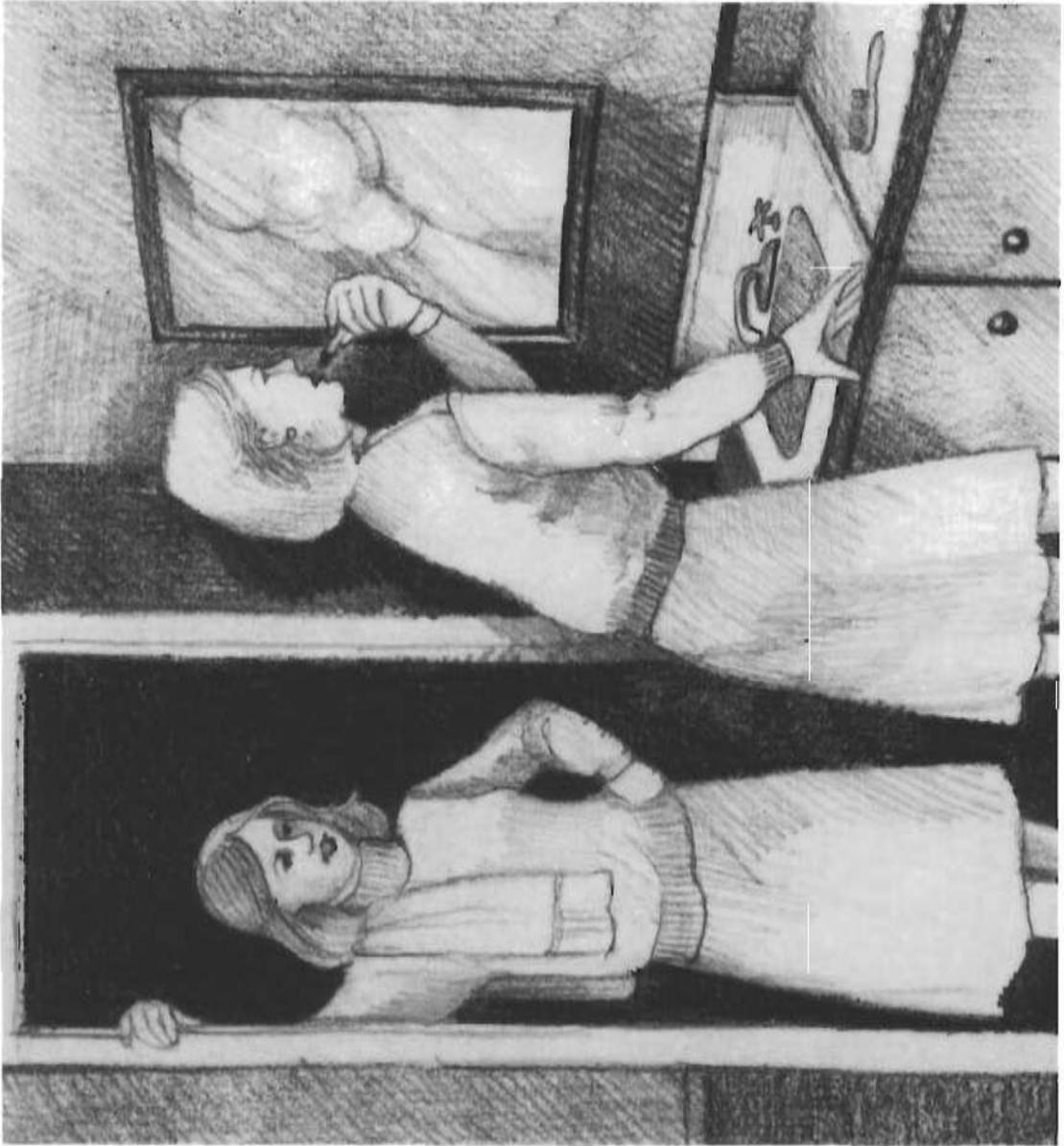




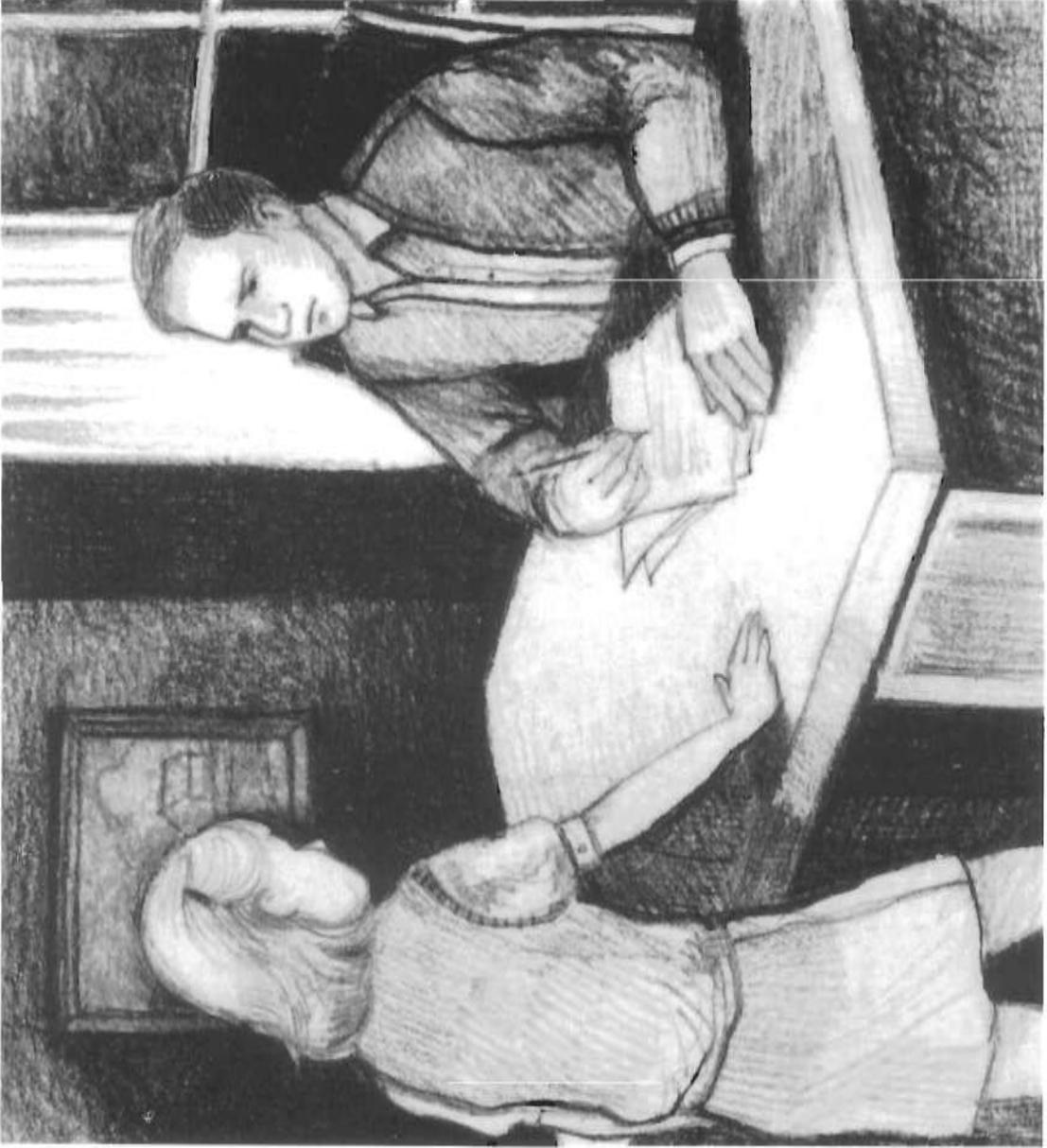


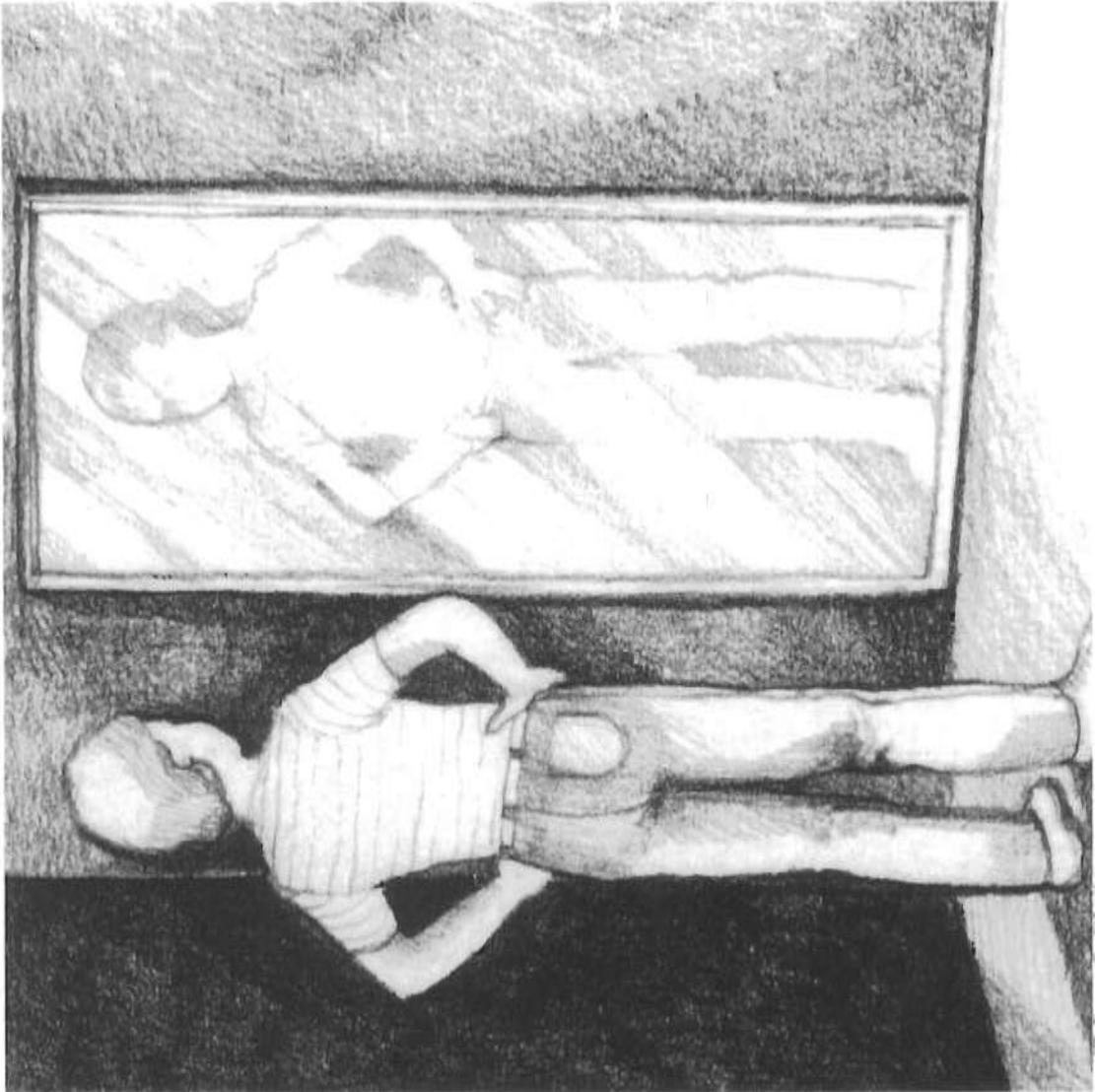


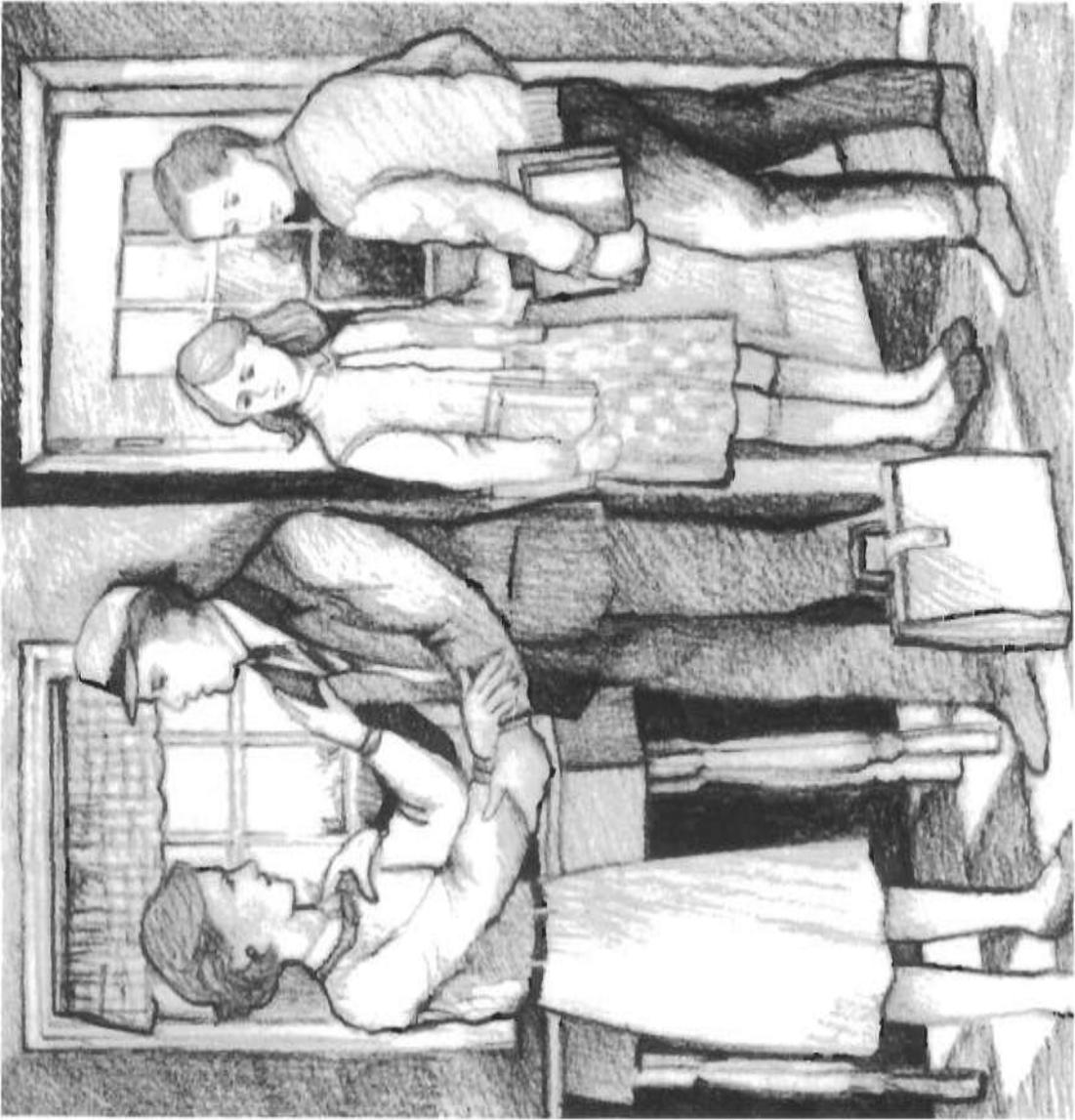












Annexe N°4: CDEIS

1. Estimer la surface occupée par les lésions et les ulcérations en pourcentage pour chaque segment exploré:

		0%	50%	100%
Iléon	lésions	1 _____ 1		
	ulcérations	1 _____ 1		
Caecum et côlon droit	lésions	1 _____ 1		
	ulcérations	1 _____ 1		
Transverse	lésions	1 _____ 1		
	ulcérations	1 _____ 1		
Sigmoïde et côlon gauche	lésions	1 _____ 1		
	ulcérations	1 _____ 1		
Rectum	lésions	1 _____ 1		
	ulcérations	1 _____ 1		

2. Mesurer à l'aide d'un centimètre chacun des segments de droite, reporter les chiffres au niveau des colonnes 4 et 5 du tableau suivant et remplir les colonnes 1 et 2 pour calculer le CDEIS

	Ulcérations creusantes <i>Noter 12 si présentes</i>	Ulcérations superficielles <i>Noter 6 si présentes</i>	Surface des ulcérations (0-10 cm)	Surface des lésions (0-10 cm)	Somme
Iléon					
Côlon droit					
Transverse					
Côlon gauche					
Rectum					

TOTAL (somme de toutes les cases) = []
 TOTAL/nombre de segments explorés = []
 + 3 si sténose ulcérée = []
 et + 3 si sténose non ulcérée = []

CDEIS : []

Annexe N° 05 : Feuille de cotation

FAT

Alexander Julian III, Wayne M. Sotile,
Susan E. Henry et Mary O. Sotile

Nom : _____ Date : _____

Age _____ Position dans la famille _____
(ex. père, fils, grand-mère)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																								Notes
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
CONFLIT APPARENT																									
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
RÉSOLUTION DU CONFLIT																									
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Résolution négative ou Absence de résolution	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
DÉFINITION DES LIMITES																									
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
QUALITÉ DES RELATIONS																									
Mère = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Frère/sœur = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Mère = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
DÉFINITION DES NORMES																									
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
MAUVAIS TRAITEMENTS																									
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
RÉPONSES DÉHABITUELLES																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
REFUS																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																									
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Autre type d'émotion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Index Général de Dysfonctionnement

Résumé :

La maladie de crohn est une maladie des temps modernes, de pays développé et qui touche tous les âges surtout la jeunesse, elle s'agit d'une inflammation aux niveaux de tube digestif de la bouche a l'anus.

C'est l'une des maladies chroniques les plus graves qui provoque des réactions émotionnelles qui peuvent être un obstacle dans la vie du patient , et parmi ces réactions on cite l'angoisse de mort qui est un sentiment de fin de vie qui peut apparaître régulièrement chez les malades de crohn , ainsi les influences de l'angoisse de mort dans les modification des relation a soi comme dans celles de réactions à autrui , de plus, cette angoisse les empêchent de vivre une vie tranquille et normale.

On peut constater qu'il y'a plusieurs facteurs qui renforce l'angoisse de mort chez les malades de crohn et parmi ses facteurs, on trouve le dysfonctionnement familial qui est l'un des plus important, car c'est dans la famille que le malade doit recevoir un soutien et un encouragement pour dépasser ou résister à sa souffrance psychique et à sa douleurs physique, alors si les malades de crohn perçoivent que leurs dynamique familiale est défailante et même perturbé, ils peuvent sentir plus l'angoisse de mort qui va détruire progressivement leurs capacités a survivre et a résister devant les menaces de mort provoquées par la maladie.