

## Véçu de la souffrance psychique due au cancer de la prostate : étude idiographique de cas cliniques

*Ange Lukosi Matondo*

Doctorant en Sciences Psychologiques à l'Université de Kinshasa, RDC

*Josué Ozowa Latem*

Professeur à l'Université de Kinshasa, RD Congo

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n14p136](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n14p136)

Submitted: 13 March 2026

Accepted: 04 May 2026

Published: 31 May 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Matondo, A.L., & Latem, J.O. (2026). *Véçu de la souffrance psychique due au cancer de la prostate : étude idiographique de cas cliniques*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (14), 136. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n14p136>

### Résumé

Le cancer de la prostate est vécu difficilement par les personnes atteintes : fuite urinaire, éjaculation douloureuse, douleur au bas du dos ou dans les hanches, baisse de libido, port de sonde, etc. Ainsi, pour chercher à comprendre le vécu de la souffrance psychique ressentie par ces patients, nous avons contacté 4 sujets souffrant de cancer de prostate, âgés de 50 à 80 ans, avec lesquels nous les avons reçus en entretien individuel et leur avons fait passer des tests psychologiques. Il ressort que les patients atteints de cancer de la prostate vivent l'annonce du diagnostic de la maladie comme un choc, un événement malheureux inattendu qui crée en eux de la détresse péritraumatique. Ainsi, ils vivent une détresse psychologique profonde du fait des effets secondaires du traitement, des modifications physiques et relationnelles, de l'incapacité à réaliser certaines activités et à prendre des initiatives, de l'angoisse du lendemain. Toutes ces difficultés mentionnées perturbent leur qualité de vie et induisent un retentissement négatif sur le plan sexuel. Pour faire face aux difficultés liées à la maladie, les patients recourent au coping actif et à la planification.

**Mots-clés :** Véçu de la souffrance psychique ; Cancer de prostate ; Coping

## Experience of Psychological Suffering Due to Prostate Cancer: An Idiographic Study of Clinical Cases

*Ange Lukosi Matondo*

Doctoral Candidate in Psychological Sciences at the University of Kinshasa,  
Democratic Republic of Congo

*Josué Ozowa Latem*

Professor at the University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo

---

### Abstract

Prostate cancer is experienced as highly distressing by those affected: urinary leakage, painful ejaculation, lower back or hip pain, decreased libido, and catheter use, among others. In order to better understand the psychological distress experienced by these patients, we recruited four individuals diagnosed with prostate cancer, aged between 50 and 80 years. Each participant took part in an individual interview and completed psychological assessments. The findings indicate that patients with prostate cancer experience the announcement of their diagnosis as a shock—an unexpected and distressing event that generates peritraumatic distress. As a result, they undergo profound psychological distress due to treatment side effects, physical and relational changes, reduced ability to engage in certain activities and take initiative, and anxiety about the future. All these difficulties negatively affect their quality of life and have adverse consequences on their sexual functioning. To cope with the challenges associated with the illness, patients primarily rely on active coping strategies and planning.

---

**Keywords:** Psychological distress experience; Prostate cancer; Coping

### Introduction

Le cancer de la prostate est le deuxième type de cancer le plus répandu chez l'homme au monde (Bernard, 2022). D'après l'OMS, le Cancer de la Prostate est le deuxième cancer le plus fréquent au monde, mais le cinquième le plus mortel. En République démocratique du Congo, le cancer de la prostate constitue un véritable problème de santé publique. Selon les dernières données de l'OMS publiées en 2020, les décès par cancer de prostate en RDC ont atteint 3,948 ou 0.6% des décès totaux. La RDC demeure le 27<sup>ème</sup> pays au rang mondial.

Le cancer et ses traitements affectent non seulement le corps, mais aussi le psychisme. Pour Philippe (2020), une majorité de patients atteints du cancer de prostate éprouvent des difficultés dans leur qualité de vie sexuelle

ainsi que la vie générale. C'est ainsi que la présente étude porte sur la relation entre le Cancer de la prostate et la santé mentale.

Plusieurs chercheurs ont montré que la maladie cancéreuse est largement associée à la notion de souffrance psychique, et les besoins en termes de soutien psychologique ou les suivis psychothérapeutiques sont présents chez les patients cancéreux, soumis à de nombreux événements stressants. Et ces derniers ont un retentissement direct non seulement sur la qualité de vie des patients, mais aussi et surtout sur leur capacité à partager les décisions et à adhérer aux traitements (Nordmann, 2009). Comme pour dire que les stress influencent à la fois le vécu du patient et son comportement face au traitement. De ce fait, le patient cancéreux a besoin d'une prise en charge psychologique d'autant plus que le cancer est une pathologie mettant en jeu, à plus ou moins long terme, le pronostic vital et qu'il s'accompagne de traitements pénibles et que, dans l'imaginaire collectif, son image est déplorable.

Cette prise en charge doit s'effectuer tout au long de la maladie par l'équipe soignante. C'est dans ce contexte qu'est née la psycho-oncologie qui consiste à inscrire le souci du confort moral du patient souffrant du cancer et de sa qualité relationnelle comme faisant partie intégrante du projet des soins en cancérologie (Annales Médico-Psychologique, 2017).

Dans son étude portant sur la relation entre la représentation de la maladie et le bien-être subjectif et psychologique chez des patients atteints de cancer, Lalande (2016) a établi les liens entre les dimensions cognitives et émotionnelles de la représentation de la maladie d'une part, les dimensions du bien-être subjectif et psychologique d'autre part. Il est parvenu à conclure qu'une représentation plus positive de la maladie a pour effet d'augmenter le bien-être subjectif et psychologique; les émotions liées à la perception de la maladie servent de lien entre la façon dont le patient comprend sa maladie (dimension cognitive) et son bien-être psychologique.

Hélas, en République Démocratique du Congo, la prise en charge des patients atteints de cancer se limite majoritairement aux aspects médicaux, laissant de côté la dimension psychologique. En particulier, les patients souffrant du cancer de la prostate ne bénéficient d'aucun accompagnement psychologique structuré. Cette situation les expose à un véritable abandon psychologique, pouvant affecter leur qualité de vie, leur équilibre émotionnel et leur adhésion aux traitements. Nous sommes persuadés que l'absence de prise en charge psychologique des patients atteints de cancer dans les institutions sanitaires congolaises a de lourdes conséquences sur leur santé mentale. Ainsi, cette étude vise à cerner le vécu psychologique de ces patients souffrant du cancer de prostate afin de mieux comprendre leurs émotions, leurs représentations de la maladie et leurs difficultés, en vue de proposer une prise

en charge adaptée, incluant un accompagnement psychologique susceptible d'améliorer leur qualité de vie et leur adhésion au traitement.

## **Cadre méthodologique**

### **Participant de l'étude**

La population d'étude est constituée de patients atteints d'un cancer de la prostate, internés au Centre hospitalier Nganda, dans la commune de Kintambo. Étant donné la nature qualitative de cette étude, nous avons constitué un échantillon de quatre patients atteints d'un cancer de la prostate. Ces sujets ont été retenus suivant les critères de sélection ci-après : Être un patient atteint du cancer de la prostate, ayant récemment reçu l'annonce du diagnostic ; bénéficier de la prise en charge médicale au Centre Hospitalier Nganda ; avoir accepté volontiers notre demande et être réceptif de nous partager son vécu subjectif lié à sa maladie.

Ce sont donc des sujets qui ont rempli tous ces critères, qui font partie de notre échantillon. Les considérations éthiques ont été respectées tout au long de la recherche, notamment le respect de la confidentialité, l'anonymat des participantes et le consentement libre et éclairé. L'étude a également tenu compte de la vulnérabilité psychologique des participantes, en veillant à ne pas perturber leur processus de prise en charge.

### **Méthode et Technique**

Pour cette étude, nous avons opté pour la méthode clinique. Cette dernière est comprise comme une étude approfondie de cas. Dans cette méthode, on accorde beaucoup plus d'importance à l'écoute compréhensive du client et son histoire existentielle. Le choix de cette méthode clinique pour notre étude est motivé par le fait que le cancer de prostate tel que vécu par les patients constitue une situation-problème générant des questionnements existentiels chez les concernés. Ainsi, pour matérialiser la méthode clinique et dans le but d'atteindre les objectifs assignés à cette étude, nous avons utilisé les techniques ci-dessous pour collecter les données : *l'entretien clinique*, qui nous a permis d'explorer le vécu psychologique des patients souffrant du cancer de prostate, *l'échelle de qualité de vie* (World Health Organization Quality of Life-BREF) avec 26 items. Le WHOQOL-BREF est une forme abrégée du WHOQOL-100, un instrument visant le relevé de la qualité de vie subjective; *l'échelle de détresse péritraumatique (IDP)*, avec 13 items. L'IDP nous aide à évaluer le trouble de stress posttraumatiques lors de l'annonce du diagnostic du cancer de prostate ; *l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)*, avec ces 10 items. Cet instrument nous a permis de mesurer la détresse psychologique des patients souffrant d'un cancer de la prostate ainsi que les stratégies de coping (Brief-COPE), selon deux formats. Il nous a également permis de cerner les stratégies de coping actif auxquelles recourent

nos sujets cibles. Ces tests psychologiques ont permis d'identifier de manière objective les différents aspects de la vie des patients atteints de cancer, afin de limiter toute interprétation subjective ou spéculative des données recueillies. Notons par ailleurs que l'utilisation conjointe du WHOQOL-BREF, de l'IDP et de la K10 s'inscrit dans une approche complémentaire et multidimensionnelle de l'évaluation psychologique des patients ciblés par notre étude. Le WHOQOL-BREF permet d'appréhender la qualité de vie globale des patients, tandis que l'IDP explore la détresse péritraumatique liée à l'annonce du diagnostic. En complément, la K10 évalue la détresse psychologique actuelle. Ainsi, ces instruments permettent d'analyser à la fois la réaction initiale à la maladie, l'émotion présente et l'impact global sur la vie du patient.

Nous avons recueilli les données auprès de nos sujets cibles, un à un, dans leur chambre d'hôpital, au Centre Nganda, où ils se trouvent pour leur prise en charge médicale. Et compte tenu de la nature des données recueillies, ainsi que du besoin de mieux comprendre le vécu psychologique des patients atteints de cancer de la prostate, nous avons eu recours à une analyse phénoménologique et à une étude de cas approfondie pour traiter ces données.

Il convient de souligner que *l'analyse phénoménologique* constitue une approche qualitative qui vise à explorer et à approfondir la compréhension de l'expérience subjective des individus. Elle met l'accent sur la description détaillée des expériences vécues par les individus ainsi que sur la manière dont ils perçoivent, comprennent et interprètent le monde qui les entoure. Et *l'étude des cas* est un travail d'analyse et de synthèse approfondi d'un sujet en situation clinique.

## Résultats

Les résultats sont présentés sous-forme des cas cliniques. Pour leur présentation, nous avons retenu les aspects suivants : éléments d'identification, présentation des plaintes, histoire du sujet et de sa maladie, évaluation des échelles et analyse partielle. Notons que pour des raisons d'éthique et de déontologie, nous utilisons les pseudonymes en lieu et place des noms à l'état civil.

### Cas Mokili Elingingai Te

Mokili Elingingai Te est un pseudonyme écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République démocratique du Congo, langue maternelle du patient. Littéralement il signifie : 'la nature est injuste avec moi'. C'est à travers cette phrase qu'il ne cessait de répéter pendant nos séances d'entretien que nous résumons le récit de ce participant.

### ***Éléments d'identification***

De sexe masculin, Mokili Elingelingai Te âgé de 57 ans, est issu d'une famille monogamique. Aîné d'une fratrie de huit enfants dont cinq filles et trois garçons. Mokili parle bien lingala, Kisuku, français et anglais. Père des deux filles en âge scolaire.

### ***Présentation de plaintes***

Mokili présente ses plaintes en ce terme : « *Après le deuil de mon père, j'ai eu des malaises et une fatigue intense accompagnée de douleur de dos que je trouvais normal après autant d'émotions pour l'enterrement de mon progéniteur. J'ai décidé d'aller à l'hôpital pour ce que je sentais et profiter aussi faire l'examen général. C'est là où on découvre que j'ai le cancer de la prostate. Ça m'a fait très mal, j'étais déçu d'autant d'effort et de contrôle chaque année. Avec la douleur que je venais de traverser, j'ai vu l'injustice de Dieu. Les gens ne me comprennent pas, on me traite de dictateur et même Dieu peut me faire une telle chose ? J'ai l'impression que je suis fait pour l'échec* ».

### ***Histoire du sujet et de sa maladie***

M.E.T réside hors de son pays et est retourné dans son pays natal pour des raisons de deuil et pour passer les vacances. Il a l'habitude chaque année de faire le contrôle médical général en plus des examens minutieux concernant la prostate et le gros intestin depuis qu'il a 50 ans. Il tombe malade pendant son séjour au pays d'origine et reçoit le diagnostic d'une maladie grave, en l'occurrence le cancer de la prostate qu'il considère comme un mystère parce qu'il n'a senti aucun symptôme, ni douleur, pas même un problème de dysfonctionnement sexuel. C'est à partir de cette révélation qu'il a développé l'agressivité, la colère et n'avait envie de parler à personne.

### ***Evaluation***

Après évaluation de MET, nous avons constaté que le sujet présentait une peur intense de récurrence et de la mort, il n'accepte pas sa situation. Pendant l'entretien, MET était toujours avec une mine triste (dans un état de confusion et déséquilibre émotionnel, il a mis du temps pour partager l'expérience qu'il a vécue comme une injustice, un abandon divin. Les données de l'entretien clinique de Mokili révèlent un caractère traumatique, il le dit à ce terme : *Ma maladie est un mystère. Après plusieurs années de contrôles médicaux généraux, c'est à 57 ans qu'on m'annonce que je suis atteint du cancer de la prostate, eh bien, c'est la mort ! J'ai eu très mal, je suis devenu triste et je me suis dit que la nature est injuste ; j'étais en colère contre Dieu, j'étais perdu dans mes pensées. Je ne m'attendais pas à une chose grave parce que chaque année je fais le contrôle. J'étais paralysé quand on m'a annoncé ce*

*diagnostic, en tant que personnel de la santé, la nouvelle m'a fait vraiment mal et j'ai fait la pression au médecin de m'opérer le plus vite possible. Et lui, ne voyait pas qu'il fallait opérer mais moi-même j'ai demandé qu'on me fasse la prostatectomie. Je suis arrivé à condamner Dieu qui n'est pas juste avec moi. Je me demandais si je méritais cela.*

Les informations relatives à son vécu psychosexuel sont exprimées en ce terme : *A ma femme, je lui explique les conséquences de cette maladie pour qu'elle ne soit pas surprise de ma baisse de libido. Elle m'appuie et m'encourage. La maladie a affecté ma vie sexuelle ; j'ai subi la prostatectomie radicale : la glande prostatique et les vésicules séminales sont impliquées dans la production du liquide séminal qui entre dans la composition du sperme ; leur ablation entraîne par conséquent une disparition définitive des éjaculations. Surement après le traitement ça peut marcher, pour le moment ... (silence)*

La détresse psychologique est exprimée en ce terme : *Cette maladie a modifié ma vie et même mon travail, car je ne peux pas travailler pour le moment. L'interdiction de conduire et de faire un long voyage, de soulever plus de 30 kg de poids, c'est triste. Moi qui aime le sport, je deviens inapte. En plus, il y a eu une complication post opératoire, deux fois j'ai été en état de choc et perte de connaissance, j'ai fait l'hémorragie interne et anémie qui ont failli m'emporter. J'ai vu la mort de mes propres yeux. Merci à ma famille pour leurs prières, il ne faut pas qu'elle cesse de prier car le danger n'est pas encore écarté totalement, il faut attendre cinq ans après pour confirmer la guérison totale. Je dois faire les examens tous les trois mois Ses stratégies de coping : Je bénéficie du soutien total de mon épouse et surtout de ma foi. Concernant mon mystérieux cancer, je me confie toujours à l'Eternel car c'est bien lui le meilleur Médecin puis le consolateur de toutes les âmes et cœurs blessés. La foi totale en Dieu est la solution de mon problème. Bien que je n'aie pas peur de la mort mon souci majeur c'est d'achever ce que j'avais débuté car il faut laisser les empreintes pour la génération future. Je prie avec ma femme et avec ma communauté.*

Ce récit de vie met en évidence un vécu psychosexuel profondément affecté par la maladie et la prostatectomie, marqué par une baisse de la libido et la disparition des éjaculations, mais atténué par le soutien conjugal. Il révèle également une détresse psychologique importante liée aux limitations physiques, aux complications post-opératoires et à la confrontation à la mort. Par ailleurs, le patient mobilise des stratégies de coping centrées sur le soutien familial et une forte spiritualité. La foi apparaît ainsi comme une ressource essentielle pour donner du sens à l'épreuve et maintenir l'espoir.

Les informations relatives aux échelles d'évaluation révèlent que : Le patient a une qualité de vie faible à la moyenne avec un score total au WHOQOL-BREF proche de 40 sur 100. L'échelle évaluant la détresse péri-

traumatique montre que la détresse est significative et l'échelle de détresse psychologique montre également que Mokili éprouve probablement une profonde détresse, dépression et/ou trouble anxieux graves. L'échelle de Brief COPE indique qu'il utilise la distraction, la recherche de soutien social émotionnel, la religion, l'expression de sentiment, le blâme et le coping actif comme des mécanismes d'adaptation.

### *Analyse partielle*

L'annonce du diagnostic du cancer de la prostate avait significativement bouleversé la vie de MET. Il s'est senti très mal, développant une forte tristesse et une intense colère. Il était perdu dans ses pensées. Le mal senti lors d'annonce de résultat de cette maladie a été révélé par l'échelle de détresse péri traumatique qui indique que MET a une détresse significative. En plus d'être bouleversé et de se sentir mal à l'annonce, la prise de conscience du cancer de la prostate comme maladie grave a eu un retentissement négatif dans les pensées, les sentiments et les agissements de MET ; cette négativité a impacté considérablement toutes ses activités jusqu'à détériorer sa qualité de vie en générale. L'échelle de qualité de vie révèle que MET a une qualité de vie faible. En effet, MET sent supprimer sa libido et la possibilité d'avoir des érections au fur et mesure qu'il reçoit différents soins relatifs à sa maladie, entraînant la mauvaise qualité de vie sexuelle.

Tous les cortèges de maux, de stress, de pensées, sentiments et agissements négatifs du cancer de la prostate induisent chez MET une détresse psychologique. L'absence de la prise en charge psychologique adéquate en permanence l'enfonce davantage dans sa maladie. L'échelle de détresse psychologique révèle qu'il a une profonde détresse psychologique.

Toutes ces informations mettent en lumière une relation complexe et ambivalente entre MET et son vécu de la maladie cancéreuse. D'une part, le cancer est perçu comme une épreuve profondément déstabilisante, affectant son identité (sexuelle, professionnelle et physique) et générant une forte détresse liée aux limitations et à la proximité ressentie de la mort. D'autre part, MET développe une attitude d'acceptation progressive, soutenue par le soutien conjugal et familial.

Par ailleurs, sa relation à la maladie est fortement médiatisée par la spiritualité : il attribue un sens à son expérience à travers la foi, ce qui lui permet de maintenir l'espoir, de faire face à l'incertitude et de se projeter malgré la menace. Ainsi, la maladie est à la fois source de souffrance et de réorganisation psychique, où se combinent vulnérabilité et ressources adaptatives.

## **Cas Me kudikota Nsoki**

Mekudikota Nsoki est un pseudonyme écrit en kikongo, l'une des quatre langues nationales de la République démocratique du Congo, langue maternelle du patient, qui signifie littéralement : "Je me suis causé du tort". Cette phrase était son exclamation chaque fois qu'il avait des douleurs, et c'est avec cette phrase qu'il avait initié en nous parlant de sa maladie lors des entretiens.

### ***Éléments d'identification***

De sexe masculin, MKN, 62 ans, est originaire de la province du Kwango, aîné d'une fratrie de sept dont trois garçons et quatre filles ; veuf depuis 2008, MKN est père des six enfants, dont deux filles et quatre garçons.

### ***Présentation de plaintes***

MKN présente ses plaintes en ce terme : « *Je suis moi-même responsable de ce qui m'arrive, car je n'ai pas voulu écouter les conseils des personnes qui m'aiment. Voulant respecter ma promesse faite à ma femme, j'ai opté pour la mort. Quand j'ai constaté que je devais uriner constamment et que la sensation d'avoir la vessie toujours pleine, j'ai partagé à un familier qui m'a conseillé de prendre des médicaments traditionnels qui m'ont même soulagé un peu. Après deux ans, je ne pouvais plus garder les urines, ça sortait avant que j'arrive à la toilette. Je ne pouvais plus aller à l'école pour ne pas être un spectacle. J'avais mal pour uriner et comme je ne pouvais plus supporter, je suis parti à l'hôpital, mais le traitement de l'hôpital n'avait pas répondu, je n'ai pas continué. Maintenant j'ai changé d'hôpital et je suis ici où, le médecin, en complicité avec mon frère, me cache le diagnostic* ».

### ***Histoire du sujet et de sa maladie***

MKN habite Kinshasa, après la mort de sa femme, il refuse de se remarier par amour à sa défunte épouse qu'il avait connue depuis son enfance. Sa famille l'avait prévenu sur les présumées conséquences négatives de l'abstinence mais il n'y croyait pas, il est resté pendant huit ans sans vivre avec une femme mais la huitième année il a connu une femme avec qui il a eu des relations intimes juste pour éviter que le pire lui arrive à cause de son abstinence. En 2019, il commence à uriner plusieurs fois et avec beaucoup de pression pour faire sortir les urines et au fur et mesure que le temps passait, il sentait la chaleur au niveau du pénis, avant que les urines ne sortent, des douleurs au niveau des testicules, et décida de commencer le traitement indigène.

## **Evaluation**

Nous avons constaté que MKN a un sentiment de culpabilité fort, il a peur de la mort et de laisser ses enfants seuls, il est triste, désespéré et évite le contact avec les amis. Au vu de tous ces éléments nous avons émis comme hypothèse diagnostique que MKN souffrirait des troubles dépressifs caractérisés. Pendant les entretiens, MKN apparaît préoccupé, toujours assis en bougeant les jambes, avec des exclamations exprimant le regret, il répond aux questions en faisant trop de commentaires, se référant à son passé. Au troisième et cinquième entretien, il dit à deux reprises : « *quand tu n'écoutes pas le conseil des autres, tu creuses ton tombeau sans le savoir* », exprimant ainsi son manque d'écoute et sa culpabilité.

Les informations de l'entretien clinique de MKN révèlent le caractère traumatique ; il l'exprime ainsi : *Le jour où on devrait me donner les résultats des examens médicaux, j'étais accompagné de mon frère cadet, le médecin a appelé mon frère cadet sûrement pour lui annoncer mon diagnostic et mon frère a gardé silence et son silence m'avait troublé, il y a eu une rétention urinaire toute la journée. En route je ne parlais pas, mon frère cherchait à me distraire me prenant pour un gamin mais moi j'étais absent en moi-même.*

Les informations relatives à son vécu psychosexuel sont exprimées en ce terme : *Après le premier traitement, quand j'avais remarqué qu'il n'y avait pas grand changement, je me suis dit ce serait mieux de trouver une copine pour avoir des relations sexuelles régulières, peut être ça peut contribuer à ma guérison ; bien que j'avais des doutes parce que je me disais, le fait d'uriner chaque 15 minutes me rendra mal à l'aise devant une femme qui ne connaît pas mon problème et elle va directement comprendre que je suis malade.*

Quant à la détresse psychologique, nous prenons ses propos : *Jusqu'à présent je ne sais pas ce que le médecin avait dit à mon frère. Mais en réalité je suis convaincu qu'on me cache quelque chose et si on le cache c'est parce que c'est grave. Certainement mon frère ne veut pas que je sois au courant de mon diagnostic. Il pense que si je connais mon diagnostic je serai perturbé, or le fait de me le cacher me perturbe plus. Je sais que j'ai une maladie grave et je vais mourir bientôt. Je suis préoccupé, j'ai peur de mourir et d'ailleurs c'est tout le monde qui a peur de mourir. Je me condamne moi-même, j'aurais pu écouter les conseils des autres qui voulaient que je puisse me remarier ; je suis resté longtemps sans rapport sexuel et voilà maintenant je vais payer les conséquences. Comment je vais laisser mes enfants qui n'ont que moi comme parent ? Je commence à me sentir faible même quand je n'ai fait aucun travail, j'ai mal au dos, je fais l'insomnie et je n'ai pas assez d'appétit. Les enfants sont aussi affectés de voir leur unique parent dans cet état, même si je fais tout pour ne pas les préoccuper. La maladie affecte mon travail parce que je ne*

*peux pas rester ni assis ni debout pendant longtemps. J'ai réduit les contacts avec mes amis et connaissances. Je ne prends plus la bière.*

Les informations relatives aux stratégies de coping : *Ma famille me soutient beaucoup dans cette épreuve, et moi-même je compte sur Dieu car c'est lui qui a le dernier mot sur ma vie, même si je prenais les médicaments, c'est lui qui va décider sur mon sort. J'ai confessé mes péchés pour être en bonne relation avec Dieu et chaque dimanche je communie, j'ai foi en l'Eucharistie, c'est la source de la guérison pour ceux qui croient. Mais que Dieu fasse sa volonté.*

Les informations relatives aux échelles d'évaluation révèlent que le patient a une qualité de vie faible avec un score total au WHOQOL-BREF proche de 45 sur 100. L'échelle évaluant la détresse péri-traumatique indique que la détresse est significative, avec un score total de 42. Il a obtenu un score total de 34 pour l'échelle de détresse psychologique montrant qu'il éprouve probablement une profonde détresse, dépression et/ou troubles anxieux graves. L'échelle de Brief COPE indique qu'il utilise la religion, le blâme, la distraction, la recherche de soutien émotionnel et la recherche de soutien instrumental comme mécanismes d'adaptation.

### ***Analyse partielle***

MKN a mal vécu le secret des informations sur le diagnostic de sa maladie par son frère et a même connu la rétention urinaire et l'insomnie ; un diagnostic qu'il appréhende d'ailleurs comme très grave, ce qui obligerait son frère à ne pas le lui dire. C'est dans ce sens que l'échelle péritraumatique indique qu'il a une détresse significative. MKN vit sa situation avec beaucoup de regret et d'auto-culpabilité, car il se sent en grande partie responsable de sa situation. Il se sent triste, faible, a peur de mourir et fait des insomnies. Il vit avec inquiétude le manque d'informations sur son diagnostic et le pronostic de sa maladie, s'imaginant avoir une maladie grave. Ceci a un retentissement négatif dans ses pensées et impacte sa vie professionnelle et ses relations. L'échelle de détresse psychologique indique qu'il vit une profonde détresse psychologique avec le risque de développer les troubles dépressifs. Cette situation a profondément altéré sa santé mentale et dégradé sa qualité de vie, en impactant son vécu psychosocial et sexuel, notamment par une diminution de la libido. Les résultats à l'échelle de qualité de vie indiquent un niveau faible. Malgré le caractère préoccupant de son état, MKN s'appuie sur sa foi en Dieu, le soutien de ses proches ainsi que sur des moments de distraction pour faire face à cette maladie particulièrement éprouvante.

Ces informations mettent en évidence un vécu psychologique profondément marqué par la souffrance, la culpabilité et l'angoisse. MKN entretient une relation douloureuse avec sa maladie (cancer de prostate), qu'il associe à des regrets personnels, comme en témoigne son discours récurrent

sur le manque d'écoute, traduisant une culpabilité intense. Cette perception renforce une tristesse profonde, un désespoir et un retrait social, éléments compatibles avec une dynamique dépressive. Par ailleurs, l'annonce diagnostique apparaît comme un événement traumatique, ayant suscité un état de sidération psychique et une forte perturbation émotionnelle. On observe également une anxiété importante, notamment autour de la mort et de l'avenir de ses enfants, ce qui accentue son sentiment d'insécurité. Enfin, son vécu psychosexuel est marqué par l'ambivalence, entre le désir de maintenir une certaine normalité et la crainte du regard de l'autre, liée aux symptômes de la maladie. Cela traduit une atteinte de l'image de soi et de l'estime personnelle, renforçant son mal-être global.

### **Cas Naza na niongo ya mutu te**

Naza na niongo ya Mutu te est un pseudonyme en lingala, une des langues nationales de la République Démocratique du Congo, langue maternelle du patient, qui signifie littéralement : Je n'ai la dette de personne. Pour s'assurer de sa guérison, il ne cesse de répéter cette phrase pour signifier qu'il va s'en sortir de sa maladie et que personne ne peut chercher sa mort car il est innocent devant Dieu.

### ***Eléments d'identification***

De 72 ans d'âge, marié et père des cinq enfants dont quatre filles et un garçon, Naza est technicien et retraité depuis 2021. Chrétien d'une église de réveil, il est fidèle à ses engagements. Il reçoit le diagnostic d'adénocarcinome, terme qu'il n'a pas compris mais il sait que c'est une maladie grave de prostate.

### ***Présentation de plaintes***

*« J'avais des douleurs quand je prenais la position assise, il fallait rester allongé, puis j'ai eu d'autres problèmes de santé que je n'ai pas donné d'importance. Je ne dormais plus bien, et je maigrissais, ce qui a inquiété ma famille et m'a amené à l'hôpital. J'ai quelque chose de grave car le médecin m'a parlé de l'opération, mais une opération à mon âge est trop risquant, ça m'inquiète. Mais étant enfant de Dieu, mon Dieu agira en ma faveur ».*

### ***Histoire du sujet et de sa maladie***

Naza na Niongo ya Mutu te est un adulte qui habite Kinshasa. Il est resté un beau temps avec quelques dysfonctionnements tels que : difficultés à éjaculer ou uriner plusieurs fois par jour. A deux reprises, il a tenté les rapports sexuels et n'a pas trouvé satisfaction, il a refusé de tenter une troisième fois pour ne pas échouer de nouveau. Il décide de consulter un médecin et malgré le traitement, il n'a pas noté de changement. Il remarque la perte de poids, la

fatigue, l'insomnie et surtout la douleur pour uriner, le sang dans les urines, qui sorte avec une faible pression. Sa fille l'a amené chez un autre médecin et celui-ci le recommanda chez un spécialiste pour une meilleure prise en charge.

### ***Evaluation***

Chez NNMT nous avons constaté qu'il présente une peur intense de l'opération et donc de la mort, il n'a pas d'autres alternatives que d'accepter l'opération qui est l'unique option pour sa guérison. Ceci nous amène à poser le diagnostic de trouble anxieux, avec angoisse de la mort. Nous avons recouru à l'entretien et l'administration des échelles psychologiques pour l'évaluation de NNMT.

Pendant l'entretien clinique, les informations ayant le caractère traumatique sont exprimées par Naza en ces termes : *Chez le spécialiste, après les examens, on m'a dit que j'ai la prostate ; ils ont employé un terme technique que je n'ai pas compris, mais que j'ai moi-même interprété que c'est un problème délicat, surtout quand le docteur a ajouté que je dois subir une intervention chirurgicale donc j'ai eu vraiment peur et j'ai transpiré. Je ne savais pas dire oui ou non. Je continue à avoir peur. L'opération à mon âge est dangereuse, c'est entre la vie et la mort.*

Les informations relatives à son vécu psychosexuel sont exprimées ainsi : *Pour ta question de savoir si la maladie a modifié ma vie de couple, en tout cas, c'est le moindre de mes soucis ; je ne pense pas à autre chose qu'à ma santé. D'ailleurs quand on a la prostate, on ne met plus au monde, mille chances j'ai déjà cessé d'avoir des enfants. A vrai dire au début de ma maladie j'avais tenté deux fois et c'était désagréable, j'ai mis fin sur ce sujet et pour le moment je ne sens plus le besoin.*

Les informations révélant la détresse psychologique sont dites de manière suivante : *J'attends qu'on me programme pour l'intervention et pour le moment je me promène avec la sonde. Ma peur est que l'opération à un certain âge se complique ; est ce que le docteur va réussir ? Ce n'est pas évident subir une opération à 70 ans. Mais c'est qui importe c'est être innocent devant Dieu, quand tu n'as rien contre personne, l'impossible devient possible. Avec la sonde, je ne suis pas à l'aise, il n'y a pas moyen de faire des courses, la sonde dérange mais je n'ai pas de choix, je dois supporter. Et pour uriner je sens comme de crampe. C'est vraiment le pire qui me serait arrivé, finir ma vie avec la sonde. Je me demande pourquoi je dois souffrir de cette maladie si difficile ? Quand je regarde ma vie, je ne vois pas ce que j'ai fait de grave qui mérite une telle punition. Je n'ai aucune dette envers personne, je ne fais du mal à personne, même dans mon travail, j'étais honnête avec mes clients. Quand on a commis le péché, Dieu peut me corriger avec une telle maladie mais, je suis innocent devant lui. Si ça vient du diable, il sera déçu.*

Les informations relatives aux stratégies de coping : *Je reçois la visite de ma famille, c'est vraiment encourageant quand on est malade voir les personnes te témoignant de leur amour ; mes enfants et amis m'aident aussi financièrement. Parler de ma situation aux autres me soulage ; quand les amis viennent me visiter, mes frères de l'église, on prie ensemble. Pour ma guérison je compte sur Dieu, le souverain. Moi je suis enfant de Dieu, il ne va pas permettre que je meure parce qu'un humain le désire. J'ai 100% confiance en mon Dieu et j'ai confiance à mon médecin. Avec cette maladie j'ai appris que dans la vie il faut être innocent devant Dieu. Je lui laisse ce combat.*

Les informations relatives aux échelles d'évaluation révèlent que l'échelle évaluant la qualité de vie montre que NNMT a une qualité de vie faible avec un score total de 42 sur 100. L'inventaire de détresse péri-traumatique indique une détresse significative avec un score total de 21 et l'échelle de détresse psychologique montre également qu'il éprouve une profonde détresse, dépression et/ou troubles anxieux graves avec un score de 30. Le BriefCOPE montre qu'il utilise la religion, la planification, la recherche de soutien social émotionnel, la recherche de soutien social instrumental, l'expression de sentiments et la réinterprétation positive comme stratégies de coping.

### ***Analyse partielle***

Naza na Niongo ya Mutu Te vit sa situation comme une punition de ses ennemis et se demande constamment ce qu'il a « fait pour mériter ça ? ». A l'annonce du diagnostic et la possibilité d'une opération NNMT a eu peur de ce qui peut lui arriver à la suite de l'intervention chirurgicale, a transpiré, ne sachant pas quoi faire. L'échelle de détresse péri-traumatique révèle qu'il a une détresse significative. La prise de conscience d'avoir une maladie grave et la peur de l'opération ont un retentissement négatif dans sa vie ; il est stressé, fait l'insomnie et a la fatigue, en plus du port de la sonde qu'il vit comme très dérangement et dont il redoute le port à long terme ; Ceci le plonge dans la détresse. L'échelle de la détresse psychologique montre que NNMT a une profonde détresse. L'ensemble de ces maux et l'absence de prise en charge psychologique adéquate l'enfoncent dans sa maladie. Cela a aussi un impact négatif sur l'intérêt de NNMT pour le sexe après deux essais défavorables. L'échelle de qualité de vie révèle qu'il a une qualité de vie faible. Néanmoins, face à tous ces problèmes, NNMT ne cesse d'exclamer son innocence comme pour dire qu'il ne mérite pas cette punition si c'est la volonté du diable, il va échouer. C'est grâce à une conscience apaisée, à sa foi en Dieu, ainsi qu'à la recherche de soutien social tant émotionnel qu'instrumental, à l'expression de ses émotions et à une réinterprétation positive des faits qu'il parvient à maintenir un équilibre mental face à cette situation.

Toutes ces informations relèvent que NNMT présente avant tout une angoisse de mort marquée, relevant d'un trouble anxieux, déclenchée par l'annonce du diagnostic de cancer de prostate et la perspective de l'intervention chirurgicale. Cette situation génère une réaction de stress aigu à caractère traumatique, comme en témoigne la sidération, la peur intense et les manifestations somatiques (transpiration, indécision). On observe également une réorganisation des priorités psychiques, avec un désinvestissement de la sphère sexuelle. Son vécu psychosexuel traduit un mécanisme d'évitement et une forme de renoncement adaptatif, où la sexualité devient secondaire face à la menace vitale. Cela peut aussi être compris comme un mécanisme de défense visant à réduire l'angoisse. Par ailleurs, NNMT manifeste une détresse existentielle importante, marquée par un questionnement sur le sens de la maladie, oscillant entre culpabilité, sentiment d'injustice et quête de signification (maladie perçue comme punition divine ou épreuve spirituelle). Ce processus s'inscrit dans une tentative de donner du sens à la souffrance.

### **Cas Naza Mwana Nzambe Nakobanga te**

Naza Mwana Nzambe est un pseudonyme dit en lingala, langue maternelle du patient, qui se traduit littéralement en français, je suis enfant de Dieu, je ne crains pas. Pour répondre à nos questions, il commençait ou terminait avec cette phrase pour ainsi dire qu'il n'a pas peur de la mort car son Père Dieu le sauvera de cette situation de maladie grave.

### ***Eléments d'identification***

De sexe masculin, âgé de 63 ans, NMN est de la province de l'Equateur, deuxième dans une fratrie de sept enfants dont cinq filles et deux garçons ; marié et père de cinq enfants, dont deux filles et trois garçons. Chrétien protestant, diplômé d'état, il est commerçant. Il est revient à l'hôpital pour la récurrence du cancer. La première intervention eut lieu en 2019 et en octobre 2023 la maladie réapparaît lorsqu'il se croyait totalement guéri.

### ***Présentation des plaintes***

*« Je pensais déjà être guéri de la maladie que j'avais. C'est vers la fin de mon traitement que j'ai commencé à avoir de petits soucis de santé. Je me suis senti dérangé, ce qui m'a poussé à retourner chez mon médecin avant la date du prochain rendez-vous ».*

### ***Histoire***

NMN est un adulte qui vit à Kinshasa et c'est un cas de récurrence de cancer. En 2019 il a été opéré du cancer de la prostate et vient chaque trois mois pour le contrôle ; il avait repris certaines activités et se croyait sur la voie de la guérison, cependant, il note une perte urinaire permanente et involontaire

et des douleurs, il revient à l'hôpital et reçoit de nouveau le diagnostic de cancer.

### ***Evaluation***

Nous avons constaté que NMN est préoccupé par le traitement de sa maladie et des effets secondaires néfastes qui l'accompagnent ; ce qui nous amène à penser à un trouble anxieux non spécifié. Les informations de l'entretien sur le caractère traumatique sont exprimées en ces termes : *J'ai déjà été atteint du cancer, après le traitement je me sentais mieux, bien que je ne suis plus très fort comme avant, mais je travaille et je continue ma vie normale, cependant je viens après trois mois pour le contrôle. Le problème des urines qui était quand même résolu, a repris. Le médecin me demande de faire la radio puis la biopsie, après les analyses, il m'informe que j'ai de nouveau le cancer. Moi je n'ai pas eu peur, c'est le médecin qui avait peur. Moi j'étais content qu'on ait découvert cette maladie avant, j'ai mon Dieu et je me félicite moi-même parce que je suis souple, dès que j'ai noté un ça ne va pas, je suis allé à l'hôpital sans attendre le rendez-vous. Si j'avais attendu ça allait être grave. Ma famille est bouleversée, c'est moi qui les encourage. Je suis enfant de Dieu, je n'ai pas peur. J'ai dit à ma famille de ne pas avoir peur, la peur vient du diable.*

Les informations relatives à la détresse psychologique sont exprimées ainsi : *Ma peur c'est la chimiothérapie, ses effets secondaires sont néfastes. Mais je n'ai pas de choix. Ma famille a encore besoin de moi. Je dois me montrer fort et lutter pour vivre.*

Les informations relatives au vécu psychosexuel sont dites en ces termes : *La maladie a modifié ma vie de couple, le traitement affaiblit, tu n'as pas de force pour quelque chose qui demande d'effort. Je me sens un peu épuisé quand je veux être avec ma femme. Ma femme sait que je suis malade, quand j'étais en bonne santé elle connaît mes talents. Je n'ai pas assez de force pour le travail, je ne peux pas porter du poids.*

Les informations relatives aux stratégies de coping sont exprimées en ces termes : *Je prie jour et nuit. Je vois ce que Dieu est capable de faire ; c'est question d'avoir confiance en lui. La maladie m'a poussé plus à Dieu. Peut-être il a permis que cette maladie m'arrive pour m'attacher plus à lui, parce qu'avant, même si je partais à l'église, je ne priais pas comme il faut. J'ai le soutien de ma famille et des amis, financièrement et moralement ils me soutiennent. Cela me fait croire plus en Dieu.*

Les informations relatives aux échelles d'évaluation révèlent : L'échelle de qualité de vie montre que NMN a une qualité de vie assez bonne obtenant un score total de 53 sur 100. L'échelle évaluant la détresse péri-traumatique signale une détresse significative avec un score total de 19 ; l'échelle de détresse psychologique montre qu'il éprouve probablement une

légère détresse, dépression et/ou troubles anxieux légers avec un score de 22; l'échelle évaluant les stratégies de coping montrent qu'il utilise plus la religion et la recherche de soutien social émotionnel pour vivre sa situation.

### *Analyse partielle*

A l'annonce du diagnostic, il n'a pas peur et reçoit la nouvelle comme une opportunité pour finir avec sa maladie qu'il affronte pour la deuxième fois. Par contre, son inquiétude est orientée vers les effets secondaires du traitement de la chimiothérapie. Raison pour laquelle sa détresse péritraumatique est significative. NMN vit sa situation positivement, montrant ainsi sa résilience. C'est lui qui encourage les siens et se montre fort face à la situation. Ce qui explique sa qualité de vie plutôt satisfaisante et une détresse psychologique légère. Dans son vécu psychosexuel, il se sent sans force et épuisé. A ce sujet il se compare à un enfant et cela montre la non satisfaction de sa vie sexuelle. Pour se rassurer il souligne que c'est juste à cause de la maladie, car sa femme connaît bien son talent dans ce domaine.

Sur le plan du vécu traumatique, les propos recueillis lors de l'entretien montrent une expérience marquée par la récurrence de la maladie, vécue dans un cadre de relative maîtrise émotionnelle apparente : « J'ai déjà été atteint du cancer, après le traitement je me sentais mieux... cependant je viens après trois mois pour le contrôle. Le problème des urines... a repris. Le médecin me demande de faire la radio puis la biopsie... après les analyses, il m'informe que j'ai de nouveau le cancer. Moi je n'ai pas eu peur.... » Ces éléments traduisent une stratégie de coping centrée sur la spiritualité, le contrôle de la situation et un rôle de soutien assumé envers la famille, avec une minimisation apparente de la peur.

Concernant la détresse psychologique, NMN exprime néanmoins des inquiétudes spécifiques liées au traitement, notamment la chimiothérapie et ses effets secondaires : « Ma peur c'est la chimiothérapie, ses effets secondaires sont néfastes. Mais je n'ai pas de choix. Ma famille a encore besoin de moi. Je dois me montrer fort et lutter pour vivre. » Ces propos révèlent une tension entre la peur anticipatoire et une obligation perçue de résistance et de maintien du rôle familial. Enfin, sur le plan du vécu psychosexuel et fonctionnel, NMN rapporte des modifications significatives de sa vie de couple et de ses capacités physiques : « La maladie a modifié ma vie de couple... le traitement affaiblit... je me sens un peu épuisé quand je veux être avec ma femme... je n'ai pas assez de force pour le travail, je ne peux pas porter du poids. » Ces éléments traduisent un retentissement somatique et fonctionnel important, avec des répercussions sur la sexualité, l'énergie et l'activité professionnelle.

## Discussion

Il ressort de nos résultats que la plupart de nos sujets font preuve d'une détresse péritraumatique à l'annonce du diagnostic de cancer et vivent cette situation de maladie avec une détresse psychologique profonde. Ils vivent cette situation comme s'il n'y a personne qui peut leur apporter de l'aide qu'ils attendent face à cette maladie. Cette détresse peut s'accompagner d'un sentiment de vulnérabilité et d'impuissance. Selon les cognitivistes, la détresse psychologique regroupe des variables affectives : l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression (Labelle et al. 2000). En effet, dans les cas de MKN et NNMT, l'annonce du diagnostic et la perspective des soins invasifs (chirurgie, traitements) sont vécues comme des événements hautement stressants, associés à une détresse péritraumatique significative. MKN présente un tableau dominé par l'anxiété, la peur de la mort, l'insomnie et une forte charge de culpabilité. Le secret entourant son diagnostic et le manque d'informations renforcent une anxiété anticipatoire importante, alimentée par des scénarios catastrophiques et une perception du cancer comme fatalité imminente. NNMT exprime une détresse aiguë au moment du diagnostic et de la proposition thérapeutique, marquée par des manifestations somatiques de stress (transpiration, agitation, insomnie). Toutefois, son vécu est davantage teinté d'un registre interprétatif spirituel et mystique, où la maladie est perçue comme une injustice ou une punition, ce qui accentue le sentiment d'impuissance et de désorganisation psychique.

Du point de vue de la qualité de vie et du vécu psychosexuel, les résultats indiquent que nos sujets ont une qualité de vie faible et un vécu psychosexuel perturbé par le cancer de la prostate. Le modèle théorique développé par Reich et Zautra (1983, 1984) explique que la qualité de la vie d'une personne est reliée aux types d'événements qu'elle expérimente. Ce modèle s'arrête surtout à l'impact affectif et cognitif qu'ont les événements sur la qualité de la vie. Suivant l'approche proposée, l'expérience des événements peut être répartie en deux domaines distincts suivant que nous les causons nous-mêmes ou qu'ils surviennent indépendamment de notre volonté. En effet, le cancer de la prostate est un événement de la vie de nos sujets qu'ils expérimentent comme perturbant leur épanouissement global au point de mettre à mal leurs relations de couple, sociale, familiale et leurs occupations. Sur le plan sexuel par exemple, cette perturbation se vit comme un obstacle à l'accomplissement des besoins sexuels. Les patients rapportent une diminution de la libido, une fatigue physique et une altération des capacités sexuelles, entraînant une modification de la vie de couple. Cette dimension est particulièrement marquée chez MET, NNMT et NMN, où la sexualité est reléguée au second plan face à la maladie, parfois accompagnée d'un vécu d'infériorité ou de perte de virilité. Cela contribue à une atteinte de l'image de soi et de l'estime personnelle, renforçant le sentiment de vulnérabilité et, dans

certains cas, la culpabilité ou la honte. Toutefois, certains patients tentent de relativiser ces difficultés en les attribuant à la maladie elle-même, ce qui constitue un mécanisme d'adaptation psychique.

En ce qui concerne les stratégies de coping adoptées par les participants, les résultats montrent qu'ils mobilisent diverses approches pour faire face à la maladie. Celles-ci incluent la foi en Dieu, l'optimisme, l'acceptation, la recherche de soutien social tant émotionnel qu'instrumental, la distraction, le blâme, l'expression des émotions, le coping actif, la planification ainsi que la réinterprétation positive. Selon la théorie cognitivo-comportementale, l'individu, confronté à de demandes physiques et psychologiques très intenses, répond par des stratégies comportementales et cognitives. La perspective « transactionniste » du coping prend en compte l'interaction entre la personne et son environnement, considérant le coping comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes et internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles. Chez NNMT et MET, par exemple, la spiritualité est également présente mais prend une tonalité différente, oscillant entre acceptation et interprétation punitive de la maladie, ce qui peut renforcer la détresse existentielle. Malgré cela, l'ensemble des patients mobilise également des stratégies de coping telles que le soutien social, l'expression émotionnelle, la distraction et la réinterprétation cognitive, traduisant une tentative active de régulation émotionnelle.

## **Conclusion**

Cette étude a relevé que le cancer est un événement qui bouleverse la vie des personnes atteintes de cette maladie, et cela à plusieurs niveaux (soma et psychologique). De ce fait, outre les aspects organiques, le cancer constitue une menace à l'équilibre psychologique du patient. Le diagnostic du cancer de la prostate affecte également l'homéostasie du système familial et, plus spécifiquement, conjugal. En effet, les personnes qui ont reçu le diagnostic positif de cancer de la prostate vivent dans une peur intense de la mort, sont perturbées dans leur vie quotidienne et surtout dans leur vie de couple avec des mécontentements sur leur vie sexuelle. Ainsi, nous plaidons pour un accompagnement psychologique des personnes atteintes du cancer de prostate.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données :** Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

**Déclaration à l'intention des participants humains** : La faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation de l'Université de Kinshasa, particulièrement la cellule de recherche et de soins en psychopathologie clinique du Professeur Josué Ozowa Latem a approuvé la réalisation de cette étude.

### References:

1. Annales Africaines de Médecine (2012). *Prévalence du cancer en République Démocratique du Congo*. Kinshasa
2. Annales Médico-Psychologique(2017). Prise en charge psychologique des patients cancéreux, *Revue psychiatrique*, 175,3, p.246.
3. Bernard, L.(2022). *Centre de lutte contre le cancer*. <https://www.cancerenvironnement.fr/fiches/cancers/cancer-de-la-prostate/>
4. Gustave, N.F. (2013). *Psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison*. Bruxelles : Odile jacob.
5. Labelle Réal et al.(2000). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 77-80
6. Lalande, A. (2016). *Relation entre la représentation de la maladie et le bien-être subjectif et psychologique chez les patients de cancer*, Thèse de doctorat en Sciences psychologique, Université de Sherbrooke. Inédit.
7. Lee E, Sussman T, Kaasalainen S, et al. (2020). La relation entre la perception des soignants des soins de fin de vie dans les soins de longue durée et un bon décès de résident. *Soins palliatifs et de soutien*.18(6):683-690. doi:10.1017/S1478951520000292
8. Liarte, A. et Brocq, H. (2014). Les corps à l'épreuve de la maladie, jusqu'à la mort accompagner la vie, *cairn info*, pp35- 44.
9. Nordmann-Dolbeaut, S. (2009). *La détresse des patients atteints de cancer*, thèse de doctorat, Université. Paris : Pierre et Marie Curie. <http://sylvie.dolbeault.free.fr/Memoirs/These-SDolbeault.pdf>
10. Philippe Davody, A.(2020). *Le psycho-oncologue : une aide psychologique et soins de support pour les patients*, Association française des soins oncologiques du support. Paris
11. Savard, J. (2012). *L'optimisme réaliste et le cancer, dans Simon Grondin. La psychologie au quotidien*. Laval : Presses universitaires de Laval.
12. Seyhan-Şahin S, Işık M. (2026). Le rôle de la spiritualité dans l'amélioration du bien-être psychosocial chez les femmes atteintes d'un cancer du sein: une étude qualitative. *Soutenir le cancer des soins*.

- Mar 17;34(4):330. doi: 10.1007/s00520-026-10569-2. PMID: 41840239; PMCID: PMC12992388.
13. Van Lander, A. (2012). L'identité à l'épreuve de la maladie létale. *Psychologie*. Université Lumière Lyon II.
  14. Zhou J, Zeng C, Hu Y, Zou L, Li Z, Xie L, Zheng X, Huang W. (2025). Spiritual coping experience among young adults with advanced cancer in China: a qualitative study. *Support Care Cancer*. Aug 9;33(9):776. doi: 10.1007/s00520-025-09817-8. PMID: 40782130.