



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Facultés des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de Fin de Cycle
En vue de l'obtention du Diplôme de Master en psychologie
Option : Psychologie Clinique

Thème

*Le soutien social et la qualité de vie chez
les femmes ayant subi une mastectomie*

(Etude de 10 cas réalisé à l'hôpital d'Amizour)

Préparé par :

Hadji Naima Laetitia

Haddad Katia

Encadré par:

M^{re} Fergani Louhab

Année Universitaire : 2019-2020



Remerciements

Avant tout, Nous tenons à remercier le bon dieu le tout puissant de nous avoir donné la volonté et le courage de réaliser ce travail. Nos remerciements à notre promoteur Monsieur Fergani Louhab pour son accompagnement et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Et à nos chères parents pour leur soutien toute au long de nos études.

Nous tenons aussi à remercier vivement toute l'équipe médicale du service Oncologie de l'établissement hospitalier d'Amizour pour leur gentillesse, Disponibilité et soutien lors de notre stage pratique. Ainsi que tous les patients pour leur confiance, collaboration et participation. Sans oublier, nous remercier pour tous ceux ou celles qui ont contribué de près ou du loin à l'élaboration de ce travail.

Merci à tous ceux qui ont été notre source d'inspiration.

« Naima Leticia. Katia »

Dédicace

*Je dédie Ce modeste travail à toute ma
Famille, A mes parents plus particulièrement.*

*Mes frères et ma sœur, à tous mes proches, et tous ceux qui
m'ont aidé dans la réalisation de mon travail, mes ami (es), et
ma très chère binôme et amie avec qui on est arrivé à
concrétiser ce travail, sans oublier mon bien aimé.*

Haddad Katia.

Dédicace

*Je dédie Ce modeste travail à toute ma
Famille plus particulièrement à mon père et ma mère, ma
sœur et mes frère, et à ma binôme pour son entente et sa
sympathie, et ma chère grand-mère regretter qui est partie
trop tôt, mes ami (es) et À mon cher mari.*

Hadji Naima Liticia.

Sommaire

Introduction générale	01
------------------------------------	-----------

Partie théorique

Chapitre I : La mastectomie : approche médicale et psychologique

Préambule

1- Approche médicale de la mastectomie

1.1. Historique.....	03
1.2. Généralité sur le cancer du sein.....	04
1.3. la définition de la mastectomie.....	
1.3. Les type de mastectomie.....	06
1.4. Les risque de la mastectomie.....	07
1.6. Les effets secondaires de la chirurgie.....	08

2- Approche psychologique de la mastectomie

2.1. L'annonce du diagnostic.....	10
2.2. La mutilation.....	11
2. 3. La détresse émotionnelle.....	13
2. 4. Le trouble de l'humeur	13
2. 5. Le travail de deuil.....	14

2. 6. La question de la mort	15
------------------------------------	----

Conclusion

Chapitre II : Le soutien social

Préambule

1. Origines et historiques de soutien social.....	17
2. Définitions du soutien social.....	18
3. Les formes du soutien social.....	18
4. Les dimensions du soutien social.....	19
5. les effets du soutien social sur la santé (effets directs, effets indirect)	21
6. Soutien social, santé physique et ajustement à la maladie.....	22
7. La mesure du soutien social	23

Conclusion

Chapitre III : La qualité de vie

Préambule

1. Historique sur la qualité é de vie.....	25
2. L'évolution des notions selon différentes approche	26
2.1 L'approche philosophique.....	26
2.2 L'approche médicale	26
2.4 L'approche économique et politique	27
3.4 L'approche psychosociologique	27
3. Les conceptions et définitions de la qualité de vie	28
4. Les domaines de la qualité de vie	32
5. Les mesure de la qualité de vie	33

6. La qualité de vie liée à la santé	34
7. la qualité de vie en cancérologie	35

Conclusion

Problématique et hypothèses.....	38
---	-----------

Partie pratique

Chapitre IV : la méthodologie de recherche

Préambule

1. La méthode de recherche.....	44
2. Le groupe de recherche.....	45
3. Les outils de recherche.....	48
4. La stratégie de recherche.....	52

Conclusion

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation et analyse des cas.....	55
1-1 Présentation et analyse du cas de Mme Salima.....	55
1-2 Présentation et analyse du cas de Mme Fatiha.....	59
1-3 Présentation et analyse du cas de Mme Taous.....	63
1-4 Présentation et analyse du cas de Mme Malika.....	66
1-5 Présentation et analyse du cas de Mme Zahia	70
1-6 Présentation et analyse du cas de Mme Fatima.....	75
1-7 Présentation et analyse du cas de Mme Zahra.....	78
1-8 Présentation et analyse du cas de Mme Djamila.....	82

1-9	Présentation et analyse du cas de Mme Zouina.....	86
1-10	Présentation et analyse du cas de Mme Amel.....	89
2.	Discussion générale des hypothèses.....	94
	Conclusion générale	100
	Références bibliographiques.....	102
	Annexes	

Liste des tableaux :

- Tableau N°01 : récapitulatif de groupe de recherche de la pré-enquête.....46
- Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 01).....57
- Tableau N°03 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 01).....57
- Tableau N°04 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 02).....61
- Tableau N°05 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 02).....61
- Tableau N°06 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 03).....64
- Tableau N°07 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 03).....65
- Tableau N°08 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 04)69
- Tableau N°09 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 04)69
- Tableau N°10 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 05)73
- Tableau N°11 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 05)73
- Tableau N°12 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 06)76
- Tableau N°13 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 06)77
- Tableau N°14 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 07)80
- Tableau N°15 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 07).....81
- Tableau N°16 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 08)84
- Tableau N°17 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 08).....84
- Tableau N°18 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 09).....87
- Tableau N°19 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 09).....88
- Tableau N°20 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 10).....91
- Tableau N°21 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 10).....91
- Tableau N°22 : récapitulatifs des résultats de recherche96
- Tableau N°23 : récapitulatifs des résultats de recherche.....99

Liste des figures :

- **Figure N°1** : structure du sien (glande mamelon).....04
- **Figure N°2** : cellules normale, cellules cancéreuses.....05
- **Figure N°3** : interaction entre santé physique, santé mentale et soutien (APA : 1994).....22
- **Figure N°4** : Les divers indicateurs de la qualité de vie décrivant tous ce qui est une qualité de vie satisfaisante (Nordenfelt, 1994).....29

Liste des abréviations :

1. **OMS** : Organisation Mondial de la Santé.
2. **SNS** : Mesure du réseau social (Social Network Scale).
3. **L'ISSB** : Mesure du soutien social reçu (Inventory of Socially Supportive Behaviors)
4. **SSQ** : Mesure générale du soutien social Perçu (Social Support Questionnaire)
5. **HAS** : la haute autorité de santé
6. **L'UNDP** : United Nations Développement Programme.
7. **Whoqol** : The world Heath organisation quality of life assessment).
8. **CDC** : le centre pour contrôle et prévention des maladies.
9. **L'EORTC** : L'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer.
10. **WHO** : world Heath organisation
11. **L'INCA** : l'institut national contre le cancer
12. **QDV** : Qualité de vie
13. **CF** : Capacité fonctionnelle
14. **CI** : Capacité à accomplir toute forme de travail et l'activité et loisir
15. **EM** : Etat Emotionnel
16. **CC** : Capacité cognitive
17. **CS** : Capacité à maintenir des relations social.
18. **FA** : Fatigue
19. **NV** : Nausée et vomissement
20. **DO** : Douleur
21. **DY** : Dyspnée
22. **IN** : Insomnie
23. **MA** : Manque d'appétit
24. **CO** : Constipation
25. **DI** : Diarrhées
26. **DF** : Difficultés financières.
27. **IC** : Image corporelle
28. **AS** : l'activité sexuelle
29. **PS** : Plaisir sexuelle
30. **PA** : Les perceptives d'avenir
31. **ES** : Effet secondaire
32. **SM** : Symptômes mammaires
33. **SB** : Symptômes brachiaux
34. **PH** : **préoccupation** « perte de cheveux ».

Annexes :

Annexe N°1 : Guide d'entretien

- Axe 1 : les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie.
- Axe 2 : l'état de relation social et familial
- Axe 3 : les informations concernant la qualité de vie

Annexe N°2 : Questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q.DE

SARASON & AL., 1983).

Annexe N°3 : Questionnaire de QLQ-C30 et QLQ-BR23

Introduction général

Au cours de la vie, l'être humain pourra être confronté à des expériences douloureuses, notamment à des maladies qui peuvent chambouler toute sa vie.

Le cancer est parmi les maladies chroniques du siècle dont les causes sont liées à une grande déficience nutritionnelle, changement du mode de vie et à des facteurs génétiques ou héréditaires, parmi les cancers les plus fréquents, il y a le cancer des poumons, celui du col d'utérus et le cancer du sein.

Le cancer du sein occupe une place singulière et reste l'un des plus fréquents et, malgré les progrès réalisés, il est intrinsèquement lié à la douleur, la dégradation et à la mort d'une part, d'autre part et en tant qu'organe particulièrement investi, il touche la femme, et aussi son entourage aux points les plus vifs de leurs existence « la féminité, la maternité, le couple, la sexualité », mais surtout la principale cause de mortalité par cancer chez la femme, il constitue un véritable combat si l'on considère la longueur des parcours thérapeutique qui sont véritablement ceux d'un combattant courageux, l'ablation de sein est parfois nécessaire pour supprimer la tumeur mais souvent mal vécu par les femmes.

La confrontation à cette mastectomie a un impact non négligeable autant au niveau physique, psychologique que social, l'importance d'un accompagnement social pour ces femmes est un point essentiel, leurs besoins d'être soutenues tant par la famille et les amis que par l'équipe médicale, elles ont besoin de la présence des autres, tout en se préoccupant de la manière dont leur entourage les perçoit.

Le soutien social qui renvoie à l'ensemble des aides que les individus dispensent et reçoivent de leur entourage, qu'il soit familial, amical, de voisinage ou même institutionnel, ces aides sont de nature très diverse : aide dans la vie quotidienne, soutien moral ou affectif, l'ensemble de ces aides participe d'une façon ou d'une autre dans l'amélioration de sa qualité de vie

En effet le soutien social fut l'un des points les plus important chez la femme ayant subi une mastectomie, qui influe sur sa qualité de vie d'une manière positive ou négative, soit sur son activité physique et/ou psychique ; soit sur les aspects relationnel, familial, social, professionnel.

C'est cette influence du soutien et son impact sur la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie qui font l'objet et l'intérêt de notre recherche, voir même le fondement de notre problématique, ce travail va donc chercher à relier entre ces deux variables en expliquant les liens de causalité et les répercussions qu'engendre ce soutien dans la qualité de vie chez ces femmes ayant subi une mastectomie.

Notre étude qui porte l'intitulé suivant « Le soutien social et la qualité de vie chez les Femmes ayant subi une mastectomie », nous mène vers un terrain purement clinique Au service d'oncologie de l'hôpital Ben Merad El Mekki (Amizour), où nous avons cherché réponses à nos questions auprès des femmes mastectomisées qui suivent un contrôle après guérison chaque deux ans.

Par rapport à l'importance de notre thème, il est à la fois un thème d'actualité et pertinent, et aussi vivre avec un corps mastectomisé demeure une expérience peu étudiée en Algérie.

De ce fait et dans notre recherche, on a subdivisée le travail on deux parties ; la partie théorique qui contient trois chapitres dont le premier intitulé : l'approche médicale et psychologique de la mastectomie, le deuxième chapitre et celui du soutien social , en suite la qualité de vie comme troisième, et la partie pratique consacrée aux chapitres suivants ; un chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche qui est la méthode clinique (étude de cas), et nous allons servir à l'entretien clinique (semi-directif) et l'échelle de soutien social (SSQ6) mesurant le soutien social perçu et le questionnaire de l'EORTC QLQC-30 et BR23 pour évaluer et mesurer l'impact sur la qualité de vie. Et un chapitre consacré pour la présentation et l'analyse des résultats puis à la discussion des hypothèses.

En fin, on termine notre recherche par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I :

**Mastectomie : approche
médicale et psychologique**

Préambule :

Cancer du sein ; deux mots considérés comme le pire cauchemar des femmes, une maladie inattendue qui surgit d'un jour à l'autre en bouleversant leur vie par le fait qu'elle ramène avec elle des conséquences dévastatrices pour l'image de la femme et sa féminité.

1. Approche médicale :**1.1. Historique :**

Depuis l'antiquité, le cancer du sein a servi de modèle pour mieux connaître la maladie, c'est Hippocrate qui est le premier à l'avoir nommé crabe (Karkinos en Greg, cancer en latin), pendant très longtemps les médecins ont eu à leur disposition un seul traitement qui est l'ablation de la tumeur, mais sans anesthésie et sans antiseptie, l'opération était bien souvent vouée à l'échec.

Après des siècles sans avancée majeure, les découvertes se sont emballées à partir du milieu du XIX siècle, avec l'anesthésie et l'asepsie qui ont augmenté le taux de réussite de la chirurgie, la découverte de la cellule par Rudolph Virchow grâce au microscope et peu après un chirurgien écossais George Beatson a obtenu une régression du cancer chez deux femmes aux quelles il avait retiré les ovaires, mettent ainsi en avant le rôle des hormones (œstrogènes) dans la maladie.

La radiothérapie et la chimiothérapie sont traitements substitutifs ou complémentaires à la chirurgie, elles appartiennent aux découvertes dues au hasard qui font la légende de l'histoire de la séance, c'est en 1895 que Wilhelm Röntgen le physicien allemand inventeur des rayons X a découvert que ce dernier provoque une altération sur les mains, à peine un an plus tard, ces rayons sont utilisés pour traiter le cancer de l'estomac d'abord et celui du sein ensuite.

Les premières grandes campagnes de dépistage ont été lancées à New-York puis dans les pays scandinaves dans les années 1970 puis quelques années après en France.

Selon le professeur Jaques Rouessé « le plus important était de s'organiser et faire un dépistage de qualité ».

En France, il est particulièrement performant, il met l'accent sur des appareils comme du personnel, les patientes sont prévenues des résultats dans les 15 jours et même tout de suite si le radiologue voit une anomalie, une seconde lecture aura lieu pour s'assurer que tout est normal et les résultats de cette seconde sont communiqués dans les 15 jours par contre si tout est normal les femmes sont convoquées à nouveau 2ans après.

Le dépistage organisé a été généralisé à l'ensemble du territoire à partir de 2004 avec succès, en effet aujourd'hui, en moyenne, les tumeurs dépistées mesurent 1.5 centimètre contre 3 centimètres et plus dans les années 1960 avec bien sur un taux de guérison plus importants (Ligue contre le cancer).

1.2. Généralités sur le cancer et le cancer du sein :

Les milliards de milliards de cellules qui constituent les différents tissus de l'organisme naissent et meurent de façon à maintenir la forme, l'architecture et les fonctions propre à chaque organe ou système, pour maintenir l'harmonie de l'ensemble, le propos du cancer est de briser cette harmonie (F.Scotté ; P.Colonna ; J-M. Andrieu, 2002. P41).

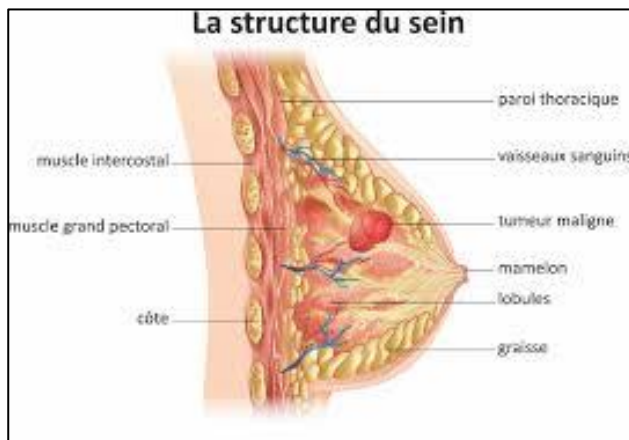


figure1 : structure du sien (glande mamelon)

Selon l'OMS Le cancer est un terme général appliqué à un grand nombre de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases.

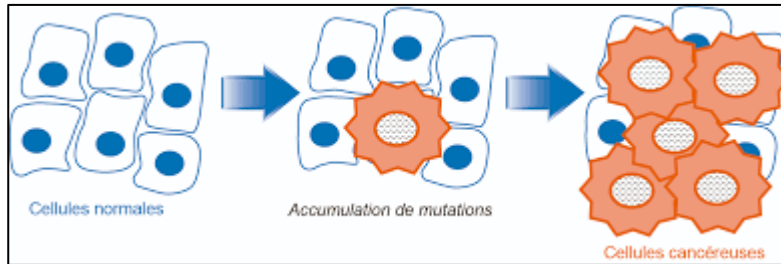


Figure2 : cellules normale, cellules cancéreuses

Le cancer du sein est une pathologie fréquente chez la femme, une femme sur dix est concernée en Europe avec un pronostic favorable grâce au développement des programmes de dépistage précoce et à l'amélioration des traitements. Néanmoins, les traitements proposés, notamment la chimiothérapie, induisent des effets secondaires qui peuvent détériorer la qualité de la vie des patientes

Le cancer mammaire est le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Ils s'accompagnent très souvent de quelques métastases à distance qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine soit décelable cliniquement.

Certains signes peuvent être révélateurs d'une anomalie et nécessitent ainsi une prise en charge particulière parmi ces signes :

- Une palpitation d'une masse ou d'une zone indure non présente intérieurement
- Réaction cutanée (fossette) spontanée ou provoquée lors du mouvement des bras, réaction mamelonnaire
- Changement global de l'aspect du sein ou de son volume
- Rougeur (érythème) de la peau ou aspect de celle-ci en peau d'orange. (Denys et stragier.2009, P.26)

Les causes du cancer du sein ne sont pas clairement définies, c'est pour cela que nombreux facteurs de risques ont été suspecté est très souvent intriquer, parmi ces facteurs on trouve :

- Les facteurs hormonaux : sont de grande importance, l'augmentation du risque est expliquer par la durée d'exposition des cellules mammaires a des agents

hormonodépendant comme spa exemples : les femmes ayant des règles précoce, une grossesse tardive (après 3ans ou avant 20ans), une ménopause tardive (après 55ans) (N.Benzidane, 2004, P.09).

- Facteurs génétique : les études familiales ont montré que 5% à 6% des cas de cancers du sein ont une composante héréditaire simple à transmission héréditaire dominante
- Facteurs personnelle : âge (après 50 ans, le risque est plus élevé qu'avant cet âge), alimentation : régime riche en graisse ou en protéine, obésité après la ménopause (F.Scotté; P.Colonna ; J-M. Andrieu, 2002, p.179).

Le diagnostic est posé principalement sur base des résultats des examens suivants : examen clinique (anamnèse, inspection et palpation), mammographie, diagnostique, échographie, examen cytologie (ponction a l'aiguille fine) ou plus souvent biopsie a l'aiguille. Le diagnostic par biopsie est réservée aux cas ou les méthodes de prélèvement préopératoire se sont avérées infructueuses ou non indiquées (rare) (M.Puddu, J.Tafforeaux, 2005)

La prise en charge est aujourd'hui très souvent le résultat de l'association de différents traitements disponibles dont les principaux sont la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la chirurgie qui consiste consistant en l'ablation de la tumeur (tumorectomie), curage ganglionnaire (ablation des ganglions de l'aisselle) ou encore l'ablation du sein (mastectomie)

1.3. Définition de la mastectomie :

Le sein est organisé comme un arbre galactophorique et c'est à partir de ses unités fonctionnelles terminales du ductulo-lobulaire que se développe les majorités des lésions pathologiques mammaires, il existe une grande variété selon leur prédominance sur le tissu conjonctif ou sur le tissu épithélial (Hervé Mingotte, 2011, P.03).

Une chirurgie mammaire non conservatrice, s'appelle mastectomie, elle consiste à enlever dans son intégralité le sein dans lequel se situe la tumeur, y compris l'aréole et le mamelon.

Cette chirurgie peut être proposée dans les cas suivants :

- La tumeur est trop volumineuse par rapport à la taille du sein pour réaliser une chirurgie conservatrice ou une chimiothérapie ou une hormonothérapie néoadjuvante, qui pourrait diminuer le volume, ne sont pas possible.
- La forme de la tumeur ou l'endroit où elle se trouve rend impossible une chirurgie conservatrice (il resterait très peu de tissu mammaire, ou le sein serait déformé)
- La présence de plusieurs tumeurs dans le même sein. (Institut Nationale Contre le cancer 2013)

1.4. Les types de la mastectomie :

1.4.1 La mastectomie totale ou mastectomie simple :

Le chirurgien retire tout le sein, le mamelon, le fascia pectoral (revêtements des nerfs du thorax) mais laisse les nerfs, les muscles du thorax et les ganglions lymphatiques,

- La mastectomie totale est proposée lorsque le cancer du sein est découvert à un stade très précoce, in situ et rien n'indique que les ganglions lymphatiques avoisinants sont touchés. (Institut Nationale Contre le cancer 2013).

1.4.2 La mastectomie radicale modifiée :

Lors d'une mastectomie radicale modifiée, le chirurgien retire également tout le sein, le mamelon, le fascia pectoral, et laisse les nerfs, et les muscles thorax et les ganglions, la différence est que certains ganglions lymphatiques de l'aisselle sont retirés et analysés. (H.Fichaux, 2016).

1.4.3 La mastectomie radicale (mastectomie de Halsted) :

Elle consiste en l'ablation de la glande mammaire avec résection des muscles pectoraux, associée à la réalisation d'un curage axillaire concernant les trois étages de Berg, l'exercer devrait être la plus large possible avec des marges importantes afin de permettre un contrôle local satisfaisant diminuant les récives locales et améliorant la survie globale. (D.Oberweis, 2015).

1.5. Les risques de la mastectomie :

En plus des risques inhérents à l'anesthésie générale (allergies, arrêt cardiaque), la mastectomie peut également entraîner certaines complications :

- Plus la chirurgie est longue plus le temps de convalescence l'est également.
- La radiothérapie peut malgré tout s'avérer essentielle dans certains cas, donc engendre des effets indésirables supplémentaires.
- La poitrine étant le symbole de la féminité, la perte de la totalité du sein peut affecter l'image de soi.

1.6. Les effets secondaires de la chirurgie :

Les effets secondaires ne sont pas systématiques, de plus ils varient selon des personnes, le type d'intervention pratiqué ou encore les effets des autres traitements du cancer

On distingue les effets secondaires à court terme et les effets secondaires à long terme :

1.6.1 Les effets secondaires à court terme :

Les effets secondaires à court terme sont ceux qui se manifestent immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général ils sont temporaires.

- Une fatigue : La fatigue est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération

- Une douleur : Au réveil, comme après toute intervention chirurgicale, il peut apparaître un inconfort ou une sensibilité autour de l'incision et sous le bras, qui peut descendre le long de la partie interne du bras, ressentir une sensation de resserrement au niveau de l'aisselle et dans la partie supérieure du bras ; elle disparaît souvent 2 à 3 mois après l'intervention.
- Un œdème de la zone opérée, de l'épaule, du thorax ou du bras. Il est fréquent tout juste après une chirurgie mammaire conservatrice. La plupart du temps, il se résorbe spontanément en quelques jours.
- Des problèmes lymphatiques : Le curage axillaire peut provoquer une accumulation de lymphes sous la peau et un gonflement au niveau de l'aisselle. Il arrive également que certains canaux lymphatiques soient sectionnés. Cette section provoque un écoulement de lymphes qui peut persister (lymphorrhée).
- Un hématome ou une infection : qui apparaissent au niveau du site opératoire. Ces effets disparaissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils persistent, une nouvelle opération peut être nécessaire.
- Une raideur, une faiblesse du bras ou de l'épaule, ou une mobilité réduite du bras du côté opéré.
- Des troubles de la sensibilité de la face interne du bras : Il peut s'agir par exemple d'un engourdissement, d'une sensation de froid, d'une faiblesse, d'une sensibilité réduite ou au contraire accrue au toucher ou à la pression, d'une sensation de brûlure ou de picotement, ces troubles de la sensibilité disparaissent en partie en 6 à 12 mois.
- Une sensation de déséquilibre après une chirurgie mammaire non conservatrice.
- Un changement de l'image corporelle et de l'estime de soi, en particulier après une chirurgie mammaire non conservatrice. (C. Musschoot, 2017)

1.6.2 Les effets secondaires à long terme :

On appelle effets secondaires à long terme ceux qui se manifestent bien après l'intervention et qui peuvent durer longtemps :

- Une rougeur de la cicatrice qui s'atténue progressivement.
- En cas de curage axillaire, un lymphœdème du membre supérieur également appelé « gros bras » et caractérisé par une accumulation de liquide lymphatique (la lymphe) au niveau de ce membre, afin de limiter le risque de survenue d'un lymphœdème, quelques précautions sont à prendre dans la vie quotidienne comme protéger les bras et les mains de blessures telles que des coupures.
- Des séquelles fonctionnelles : Une douleur, une raideur de l'épaule ou du bras, ainsi qu'une diminution de la force musculaire sont fréquentes. Plus rarement, un curage axillaire peut entraîner une inflammation des tissus qui entourent l'articulation de l'épaule ou des douleurs au niveau des muscles et des nerfs.
- Un risque d'infection accrue particulier après un curage axillaire, les ganglions lymphatiques agissent comme de petits filtres, c'est à-dire qu'ils permettent notamment d'éliminer les cellules infectées, lorsque certains d'entre elles sont enlevées, la capacité de défense face aux infections possibles du bras et du thorax du côté de l'opération diminue.
- Un changement de l'image corporelle et de l'estime de soi : en particulier après une chirurgie mammaire non conservatrice (ou mastectomie) parfois la cicatrice est disgracieuse et si le sein est conservé, il peut être déformé. Le chirurgien peut alors proposer une chirurgie esthétique pour atténuer ces déformations.
- Après une chirurgie mammaire non conservatrice, certaines femmes ont la sensation que le sein enlevé est toujours présent, on parle de sein fantôme. (C. Musschoot, 2017).

2. Approche psychologique :

2.1. L'annonce du diagnostic :

Selon Helene Brocq, apprendre que l'on est atteint d'une maladie mortelle est un traumatisme qui « s'accompagne du sentiment que la vie s'arrête » du point de vu psychique cet instant est vécu comme « le début de sa propre mort ».

Le diagnostic est donc un moment clef, celui qui fait basculer « du monde des biens portants à celui des malades en suris ».

2.2. La mutilation :

L'ablation d'un sein est toujours quelque chose de difficile à accepter pour une femme, si diverses que soient leurs réactions, pour toutes une même question se pose, même si elles ne la formulent pas 'celle de la perte' il ne s'agit pas seulement du sein, car la mutilation renvoie à d'autres pertes. (A.Lehman ,2014).

L'intervention chirurgicale mutilante d'un patient renvoie symboliquement à la castration dans le réel. Elle le confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité narcissique. Elle véhicule diverses peurs telles que la crainte de la déchéance physique avec perte d'autonomie et de la dignité, présence d'une souffrance tant physique que morale irréductible et in fine peur de l'abandon et de la mort. Différentes problématiques sont à considérer chez le patient mutilé ; Problématique de deuil, organe retiré et parfois non remplacé, Problématique de la castration, de la réparation, de l'image du corps, du regard de l'autre, de l'image renvoyée à autrui et à soi-même (image spéculaire) et la problématique de l'objet à rejeter « mauvais objet responsable de tous les maux » ou à réinvestir.

L'importance du retentissement sur le corps va dépendre de la symbolique, du degré d'investissement et des représentations associées à l'organe atteint et des modifications du fonctionnement corporel, perturbations identitaires engendrées, la perte du sentiment de sécurité, la blessure narcissique, le travail de deuil face à l'organe retiré et aux autres pertes associées rendent compte du difficile travail d'intégration du nouvel organe. (M. Reich, 2009, p 250.251)

L'importance des troubles de l'image du corps est telle qu'elle peut déterminé l'état de bien être émotionnel un à deux ans après le diagnostic et le traitement chirurgical.

L'atteinte de sein par le cancer revoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissement conscients et inconscients (la composante anatomique avec le sein

mamelle nourricière source de vie , de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle ; la composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité ; la composante érotique avec le sein source de fantasmes ,zone érogène et élément de la sexualité ;la composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu ...et qu'on n'aura jamais (M. Reich, 2009, p 251).

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure voire un effondrement narcissique avec la fin de la féminité et par contamination un vécu mortifère.

La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi « apparence, désirabilité quelque chose de l'identité est touché : « je ne suis plus une femme à part entière », disent-elles, mettant en doute leur identité de femme, le regard de l'autre ne leur renvoie plus leur intégrité corporelle, au contraire, il leur rappelle la réalité de la mutilation (M. Reich, 2009, p 251).

Avant la maladie et avant la mastectomie, le regard de l'autre était pour cette femme source de plaisir, il la confortait dans sa féminité. Il n'était pas ressenti comme indiscret. Après mutilation, tout regard joue comme une effraction. (A.Lehman ,2014).

Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale.

Il peut développer une véritable névrose de deuil souvent plus intense que tout autre organe car celui-ci est fortement investi, Un syndrome dépressif post mastectomie est rencontré dans près de 14 à 25% des cas

Pour pallier à la détresse psychologique engendrée par la mastectomie, certaines patientes se voient proposer une reconstruction mammaire qui peut être immédiate ou différée à un an, toutefois, cet acte chirurgical qui se veut réparateur ne va pas dispenser la patiente de travail de deuil du sein perdu et de l'appropriation, de l'incorporation et du réinvestissement libidinal du sein reconstruit, c'est aussi l'ambivalence et la question du

désir de la femme à être reconstruite qui est posée par ce geste chirurgical. (M. Reich, 2009, p.251).

2.3. La détresse émotionnelle :

La détresse émotionnelle est une expérience multifactorielle désagréable de nature psychosocial (cognitive, comportementale, émotionnelle ou spirituelle) qui peut interférer avec la capacité d'affronter un cancer, ses symptômes psychiques et ses traitements (Thibodeau, 2011, p. 10), elle se manifeste tant par des peurs que par des préoccupations, des soucis, de la tristesse...etc.

La détresse psychologique est influencée par des facteurs médicaux (le stade de la maladie, le traitement, la présence d'un handicap fonctionnel, des douleurs) individuels (la personnalité, les antécédents psychologiques, psychosociaux (la qualité de la communication, le support social et l'aide reçue) et sociodémographiques (l'âge, le sexe, la précarité) (Dauchy et Rouby, 2007).

2.4. Le travail de deuil :

Etymologiquement « deuil » vient de latin dolere qui signifie douleur, ainsi le deuil se vit dans la souffrance, bien qu'il soit un phénomène normal et universel.

Il est une notion complexe et riche, il a plusieurs sens dont les principaux sont signifiés par les expressions être en deuil « l'état émotionnel réactionnel à la perte et la séparation », porter le deuil « l'ensemble des conduites sociales individuelles ou collectives consécutives à la mort d'une personne qui est matérialisé par les rituels funéraires » et faire son deuil « le travail d'intégration et l'acceptation de la réalité de la perte » ou plus encore, les renoncements qui émaillent le cours d'une vie (C. Mauro 2014).

Le deuil n'est pas une maladie, il est avant tout une expérience nécessaire, cruciale, critique et pénible qui survient un jour ou l'autre au cours de toute existence et qui s'inscrit dans une temporalité singulière

Le travail de deuil s'apparente à un processus de cicatrisation et recouvre l'ensemble des mouvements psychiques inhérents et nécessaires à l'élaboration de la perte d'un d'objet affectivement et symboliquement par le sujet.

Il existe une similitude entre la perte d'une personne aimée et la perte d'une partie du corps et pour parvenir à une vie personnelle satisfaisante après la mutilation, les femmes ont besoin d'élaborer cette perte et d'effectuer un travail de deuil, tous comme le sein, elle fait l'objet d'un investissement particulièrement de même que l'acceptation de la disparition d'un investissement particulièrement intense de même que l'acceptation de la disparition d'un être cher ne se fait pas en un jour, l'acceptation d'une mutilation ne va pas de soi, la réalité de la mutilation, subie de plein fouet contraint brutalement les femmes à ce travail. (A.Lehman.2014)

Le travail de deuil, concerne donc principalement l'image de soi « Pouvoir investir une nouvelle image implique de renoncer à la précédente » ce travail permettra les remaniements psychiques nécessaires à l'acquisition d'un nouvel équilibre.

Des remaniements qui s'effectuent dans la vie des femmes que ça soit professionnelle ou autres, la femme vit la mutilation comme un processus de mise en pièces et de morcellement, c'est en un sens le deuil de soi-même qu'elle sera amenée à faire, ce qui explique la difficulté d'un travail qui met en jeu tout autant l'attachement à la vie que le rapport à la sexualité à travers les images qui soutiennent le désir.

Ce travail de deuil s'accomplit soit par un cheminement personnel ou à travers des discussions avec l'entourage familial ou amical, soit encore avec un membre de l'équipe soignant, mais pour certaines femmes, seule une aide psychothérapique leur permettra de franchir les obstacles et de surmonter les contradictions (A. Lehman.2014).

2.5. Le trouble de l'humeur (la dépression) :

L'annonce de la maladie est souvent suivie de pleures et de détresse, cependant, tous les patients ne feront pas une dépression parce que les individus ne sont pas égaux à l'épreuve du cancer du sein, tout dépend de leurs ressources (individuelles et sociales).

Le choc de l'annonce serait en partie responsable de l'apparition des symptômes dépressif du fait qu'elle renvoie la personne à l'idée de la mort, étant donné que la dépression cause non seulement de la détresse, mais également une mauvaise compliance aux traitements (Liebens et Aimont, 2001).

2.6. La question de la mort :

Derrière le problème de la perte, bien plus cachées et refoulées se trouvent les questions relatives à la mort qui naissent à l'annonce du diagnostic, mais d'une crainte qui existait confusément depuis longtemps.

La crainte de la mort est ici liée à la mort d'un proche, et se trouve réactivée par un processus d'identification. En fait, chaque patiente se trouve confrontée à ce qu'est la mort pour elle, à travers les représentations de mort et les pertes qui ont jalonné son existence.

C'est pourquoi, en tant que représentant de la mort, le cancer est en quelque sorte attendu lorsqu'il survient, un réel soulagement peut se produire comme lorsqu'on peut enfin affronter un ennemi à visage découvert (A. Lehman 2014), devant affronter brutalement le problème de la mort, chaque femme réagit selon sa personnalité, certaines tombent dans la dépression et d'autres plus ou moins gravement déprimées, changent de façon spectaculaire et reprennent goût à la vie, mais lorsque la fin des traitements approche, la dépression réapparaît pour les unes et bien au contraire, d'autres trouveront en elles-mêmes les ressources nécessaires pour se battre, nombre d'entre elles qui vivaient sans grand intérêt, elles sont prises d'un intense appétit de vivre qui se manifeste dans tous les domaines ; sexuel, familial et professionnel.

D'autres enfin semblent assumer la maladie et la mutilation qui s'ensuit, organisant leur protection psychique à leur manière et souvent au prix de troubles somatiques plus ou moins sérieux qui les amènent à anticiper les consultations de surveillance et à multiplier les examens, ces malades apparemment solides, sont en fait très fragiles et leurs angoisses se reportent sur leur corps, elles réagissent de la même façon que les malades qu'on dit « psychosomatiques », face à de tels comportements, le médecin ne peut procéder qu'au cas

par cas et apprécier chaque situation, elles sont difficiles à suivre et on ne peut ni les renvoyer, ni céder à toutes les demandes d'examens complémentaires ou plus encore leur conseiller une psychothérapie si elles ne le désirent pas, elles ont pour un temps plus ou moins long besoin de la présence rassurante du médecin qui leur sert de point d'ancrage. (A.Lehman 2014).

À l'opposé, certaines malades refusent d'accepter à la fois la maladie et les traitements proposés, elles nient la réalité de ce qui leur arrive et mises en face d'une réalité insupportable, ces malades utilisent des moyens de défense qui rappellent ceux des psychotiques, comme la déniégation, le refus de la réalité, il arrive même que certaines délirent.

Ces malades ne sont pas psychotiques pour autant et il faut se garder de psychiatriser indûment la situation, la plupart de ces moments délirants sont dus à des bouffées d'angoisse qui les submergent momentanément et se résorbent lorsque les malades peuvent en parler.

Chaque patiente affronte le risque de mort en fonction de sa propre histoire, mais quel que soit leur comportement face à la mort, il s'agit de respecter leur position et de ne pas vouloir à tout prix leur faire assumer ce qu'elles sont incapables de supporter.

Chapitre II :

Le Soutien social

Préambule :

Le soutien social est un vaste champ des relations sociales, soit par ses définitions ou ses perspectives théoriques, dans ce chapitre on va essayer de mettre en avant les différents aspects du soutien social et sa relation avec le bien-être mentale et physique des patients.

1. Origines et historiques du soutien social :

Depuis les années 1970, une grande partie de la littérature scientifique démontre l'intérêt croissant porté à la relation entre santé physique, psychologique et l'environnement social, plus spécifiquement le soutien social (Barrera 1986 ; Cohen et Syme 1985).

Le soutien social a évolué pendant les 30 dernières années, mais le terme populaire soutien social est tout phénomène par lequel les relations sociales agissent sur la santé et le bien-être (Cohoen ; Gottlieb et Underwood, 2000).

Selon Pearson 1986 des relations sociales qui soutiennent la personne, les réseaux sociaux efficaces offrent une valeur thérapeutique pour la santé physique et mentale tout en facilitant l'adaptation, en effet parmi les douze déterminants de la santé, le soutien social détient une place importante, Cohen en 1988 souligne l'apport du soutien social à une meilleure santé par le biais de mécanismes tels la suppression de la tristesse, le meilleur fonctionnement du système immunitaire ou la promotion des bonnes habitudes.

Le soutien social existe de tout temps entre les humains ne serait-ce que sous formes de parentalité ou d'amitié, il est sous-entendu et plus ou moins consciemment, l'humanité s'y appuyée depuis toujours, quant au concept du soutien social qui préoccupe les auteurs depuis plusieurs décennies, House 1981 remarque « le soutien social est du vieux vin dans une nouvelle bouteille ». Il a connu par son véritable essor théorique et conceptuel y compris au plan des interventions, dans la deuxième partie du 20^e siècle, d'une part au niveau individuel par la théorie de l'attachement (Bowlby. 1969) qui reconnaît l'importance de l'autre pour son développement, d'autre part au niveau public par l'émergence des programmes de soutien

instrumental (exemple : l'assistance social) et émotionnel (exemple : groupe de soutien) (Lin et Dean 1984).

Ce développement théorique et pratique découle de l'importance du soutien social et sa relation avec la santé des individus. Cependant, ce lien n'est pas toujours facile à démontrer empiriquement et la prochaine section considère les études qui se penchent sur le lien entre le soutien social et la santé physique et mentale.

2. Définitions du soutien social :

Le soutien social est soit un sentiment ou une conviction d'être aimé, estimé et entouré de personnes significatives qui se préoccupent de notre bien-être (Shearin ; Pierce ; Sarason, 1987), il se définit comme les relations entre deux individus ou un groupe d'individus, ces relations favorisent les capacités d'adaptation en période de crise et de transition, se stressent intense de même que l'ensemble des défis de la vie (Dunst ; Al, 1986)

Selon Cobb 1976 : l'un des pionniers dans ce domaine de recherche, définit le soutien social comme des informations qui permettent aux individus de croire qu'il y a des gens dans leurs environnement qui sont disponible pour prendre soin d'eux pour qu'ils se sentent aimés, estimés et il appartient à un groupe de communication et d'obligation mutuelle.

3. Les formes du soutien social :

3.1. Le soutien affectif (ou émotionnel) :

Correspond à des comportements tels que manifester de l'affection et de l'estime à quelqu'un, l'écouter, chercher à le reconforter dans une situation émotionnellement éprouvante.

3.2. Le soutien cognitif (informatif ou évaluatif) :

Consiste par exemple à donner de l'information pour l'aider intellectuellement à résoudre un problème.

3.3. Le soutien normatif :

Se traduit par l'information rétroactive au sujet du comportement de la personne aidée de telle sorte que celle-ci puisse mieux s'adapter à une situation ou à un nouveau contexte sociale, il peut se manifester par la validation du comportements de l'autre et la confirmation des gestes et attitudes qui conviennent à la situation, il consiste aussi à suggérer des comportements plus adéquates en fonction de normes ou modèles dans certains contextes particuliers de façon a facilité son intégration.

3.4. Le soutien instrumental (concret ou matériel) :

Correspond à des comportements d'aides concrètes qui fournissent ou aident la personne pour avoir accès à des ressources matérielles, financières ou autres formes d'aides très concrètes.

3.5. Besoin d'activités sociales :

Référent à tous les comportements qui ont pour but de favoriser la participation des personnes à des activités sociales et réactives ou de leur donner l'opportunité d'avoir accès à de nouvelles relations sociales (Kazak et Marvin, 1984 ; Mc Allister, Butler et Lei, 1973 ; Fossen, 1983).

4. Les dimensions du soutien social :

Plusieurs auteurs ont donné de nombreuses dimensions du soutien social qui signifie parfois la même chose mais plus récemment « Pierce, Sarason 1996 » ont suggère trois dimensions au soutien social qui s'apparentent à la proposition de vaux et de ses collaborateurs, il s'agit de :

4.1. Le réseau de soutien :

Le réseau de soutien se définit de la façon suivante : « le réseau de soutien est un sous ensemble du réseau social vers qui la personne tourne ou pourrait se tourner pour obtenir de l'aide (Vaux, 1986, P.28)

Lorsqu'on parle des ressources du réseau de soutien à sa structure ou encore à ses caractéristiques relationnelles (Vaux et al, 1986)

Ainsi que (Streeter et Franklin, 1992) recourent à l'expression « intégration social » pour signifier les liens ou contacts d'un individu avec les autres personnes significatives de son environnement, l'intégration sociale serait associée au sentiment d'appartenance à la communauté.

4.2. Les comportements de soutien :

Le soutien social est aussi conceptualisé comme étant l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne (Barrera, 1986), il s'agit d'un soutien actif en opposition à un soutien potentiel composé d'action ou de comportement spécifique effectué par les autres et considéré comme une expérience manifeste de soutien ou d'assistance. Les comportements du soutien peuvent comprendre : l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, avoir l'opinion des autres, montré de l'affection...etc. Le soutien reçu fait donc référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985).

4.3. L'appréciation subjectives de soutien :

L'appréciation subjectives du soutien fait référence à l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui (Barrera, 1986 ; Streeter et Franklin, 1992)

Cette appréciation regroupe plusieurs dimensions, telles que le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception selon laquelle

les besoins de soutien sont comblés, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien et Enfin, la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin (Barrera 1986 ; Streeter et Franklin 1992 ; Vaux 1992).

5. Les effets du soutien social sur la santé :

Les études menées sur les effets du soutien social et sur la santé montrent dans l'ensemble, que les effets du soutien social sur la santé mentale sont bien établies et les résultats sont plus discordants en ce qui concerne ses effets sur la santé physique, les autres effets (disponibilité, satisfaction et adéquation) s'avèrent plus prédictives vis-à-vis des issues de santé des indicateurs structuraux (objectifs) comme le réseau social, ceci étant particulièrement marqué pour la santé mentale, et ci-dessous on va citer les effets directs et ceux indirects du soutien sur la santé :

5.1. Les effets directs (effets principaux) :

L'hypothèse concernant l'effet direct du soutien social sur la santé est cohérente avec le biomédical classique et avec perspective épidémiologique consistant à évaluer les effets bénéfiques directs du soutien social sur diverses issues psychologiquement directe prédominante dans les études prenant en compte les aspects structuraux du soutien comme le montre la synthèse d'Uchino et ses collaborateurs, la taille du réseau et l'intégration sociale sont inversement liées à la mortalité (uchino, holt-lunstad ; smith et bloor, 2004).

5.2. Les effets indirects (effets modérateurs ou effets tampon) :

De nombreuses études ont testé l'effet modérateur éventuel du soutien social atténuant les effets nocifs du stress sur la santé est cohérente avec le modèle interactionnel. Les études qui se sont inspirées du modèle transactionnel considérant que le soutien social fait partie de l'étape d'évaluation secondaire (évaluation des ressources) et qu'il joue un rôle médiateur entre les stressés et les issues. Le soutien social perçu, renforçant le sentiment de contrôle

personnel face à une situation aversive, jouerait en effet un rôle fonctionnel (Hobfoll et Al, 1988).

6. Soutien social, santé physique et ajustement à la maladie :

Les études concernant ce domaine sont très vastes, c'est pour cela que nous avons choisi de prendre ce qui concerne notre travail, les études de (Brucho Schweitzer et Quintard, 2001), ces études montrent en générale que le soutien exerce à la fois des effets directs et des tampons sur l'état de santé émotionnel et somatique des patients.

Dans le domaine des cancers, un impact du soutien sur des variables biométriques n'a pas été clairement établie (Reblin et Uchino, 2008) suggèrent qu'il serait intéressant de continuer à mener des études dans cette direction, en revanche le soutien social à certains effets directs ; il facilite l'adhésion thérapeutique des patients et leurs recours a certaines stratégies fonctionnelles c'est surtout le soutien émotionnel procuré par la famille qui est bénéfique, ainsi que le soutien informatif apporté par l'équipe médicale (Wills et Ainette, 2012)

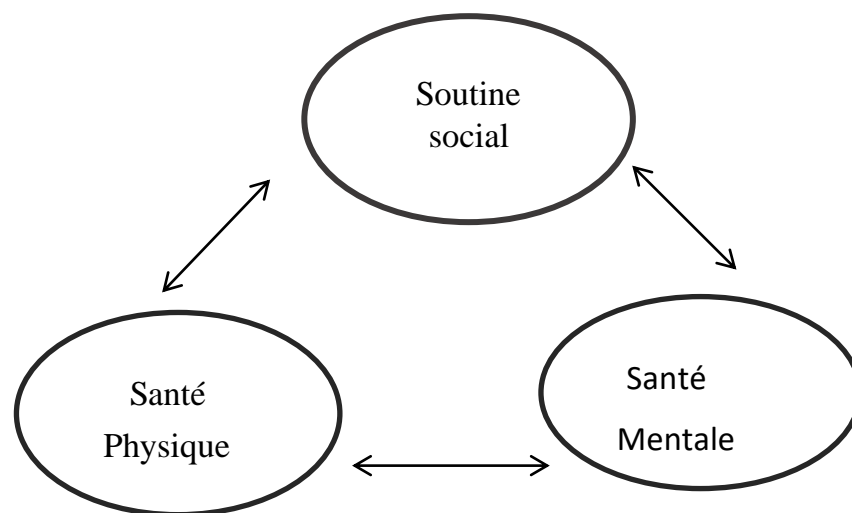


Figure 3 : interaction entre santé physique, santé mentale et soutien

(APA : 1994)

7. La mesure du soutien social :

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social et parmi eux certains explorent le réseau social, les sources ainsi que les types de soutien, en fin le soutien social perçu, on trouve aussi des échelles évaluant la santé sociale des individus qui est considéré comme un critère, la santé sociale est comme la santé psychologique et la santé physique, un aspect de la qualité de vie (Cohen, Underwood, 2000).

7.1. Une mesure du réseau social (la SNS su stokes) :

Il existe divers indicateurs relatifs au réseau social et à l'intégration social des individus (taille, dispersion géographique, densité, composition, homogénéité, fréquence des contacts, forces des liens, participation à des activités collectives, ancrage dans la communauté...etc.). Pour ce genre de mesures, il est souhaitable d'utiliser des mesures objectives, mais n'est pas toujours facile pare qu'on est toujours obligé de retourner à l'auto-évaluation

La SNS (Social Network Scale) : elle permet d'évaluer quatre aspects du réseau social (la taille, le nombre de relations, la densité, et les relations privilégiées), les scores que l'on peut calculer à partir des items de la SNS se sont avérés faiblement associés à certaines issues de santé, satisfaction de la vie, morbidité, l'avantage de cette mesure est d'être rapide et on peut facilement la compléter.

7.2. Une mesure du soutien social reçu (L'ISSB de Barrera) :

Barrera et Ainlay 1983 ont défini le soutien reçu comme l'ensemble des aides spontanées que les individus reçoivent de la part de leurs entourages, c'est une conception fonctionnelle du soutien, L'ISSB (Inventory of Socially Supportive Behaviors) de Barrera qui évalue quatre types de soutien ; émotionnel, instrumentale, informatif et intégratif.

7.3. Une mesure générale du soutien social Perçu (Le SSQ de Sarason) :

Le plus utilisé des échelles mesurent le soutien social perçu est le SSQ (Social Support Questionnaire) de Sarason et Al 1983, dans la version longue à vingt-sept items ou sa version courte à six items, elles permettent de savoir de quelle personne un individu attend-il pour recevoir de l'aide dans six situations différentes, et quelle est le degré de satisfaction associée à ce soutien (de 1 très insatisfait à 6 très satisfait), ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un autre pour la satisfaction (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p.461)

Conclusion :

D'après les différents auteurs et notre séjour au service d'oncologie, on peut dire que le soutien social est une source de force qui donne le courage et l'espoir aux femmes pour surmonter leurs maladies, elles ressentent le besoin d'être soutenu tant par la famille et les amis que par l'équipe médicale, et aussi elles ont besoin de la présence des autres, toute en se préoccupant de la manière dont leurs entourage les perçoit, mais sur tout être vu comme une personne à part entière et non pas comme une cancéreuse ou comme une survivante, de là on déduit que le soutien social joue un grand rôle sur la qualité de vie chez ces femmes.

Chapitre III :

La qualité de vie

Préambule :

La notion de la qualité de vie est l'un des concepts les plus larges et plus complexes à définir, il dépasse celui des conditions de vie et renvoie à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé environnementale, à la satisfaction de vie et au bien-être général d'une société.

Alors pour mieux comprendre la notion de qualité de vie, nous optons dans ce chapitre pour l'explication suivante :

1. Historique sur la qualité de vie :

En 1948, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Depuis cette date, l'évolution sociétale, le développement de la psychologie et les profonds remaniements dans le monde de la santé ont changé les rapports malade/médecin.

La santé n'est plus uniquement évaluée en termes de morbidité et de mortalité ou de diagnostics et de thérapies, d'autres approches centrées sur la personne malade sont prises en compte « la douleur, la fin de vie, la qualité de vie ...

L'apparition des concepts de santé subjective s'est faite progressivement, ils sont devenus un paramètre important dans le domaine de la santé, des soins et des politiques sociales, ils sont actuellement reconnus par la haute autorité de santé (HAS) comme un axe fort de la qualité des soins.

La notion de qualité de vie apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années 1950 et plus officiellement dans les annales de médecine interne en 1966.

Elle est devenue un concept si populaire que de nombreux ouvrages (Raplay, 2003 ; Fayers et machin, 2007) et plusieurs revues lui sont spécifiquement consacrées.

Souvent, elle était confondue avec des notions voisines comme le bonheur qui est d'origine philosophique, le bien-être matériel d'origine économique, le bien-être subjectif d'origine psychologique et sociologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale

d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est la qualité de vie. (M. Formarier ; 2012, p260).

2. L'évolution des notions selon différentes approches :

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement quatre approches sont envisagées qui peuvent être décomposées en période d'intérêts et en fonction du domaine de ceux qui l'abordent ; philosophes, psychosociologues, politologues, et médecins.

2.1. L'approche philosophique :

Le bien-être serait l'objectif ultime de l'existence qui cherchent à atteindre les êtres humains souhaitant être heureux, pour Aristote, le désir suprême, la tradition philosophique occidentale oppose les optimistes pour ceux le bonheur, état de satisfaction totale est possible « Spinoza, Montaigne, Diderot », voire même facile « Epicure », et les pessimistes pour ceux il est difficile « Rousseau », voire impossible « Pascal, Schopenhauer, Freud ».

Les épicuriens, les hédonistes et certains empiristes comme John Stuart Mill prônent la recherche du plaisir qui aboutit à un sentiment de plénitude, proche du bonheur mais le premier est momentané, alors que le second est durable

D'autre, comme Kant qui oppose la recherche du bonheur et la morale, par contre, les stoïciens ont reconnues que le bonheur est une aspiration humaine fondamentale, mais cette quête étant source de frustrations, ils conseillent d'éviter la recherche du plaisir et de renoncer à la poursuite du bonheur. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p07).

2.2. L'approche médicale :

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique, en épidémiologie et en psychiatrie qui vont assurer le succès de la notion de la qualité de vie et qui finira par intégrer les notions voisines « bien être, santé, bonheur, satisfaction ... » jusqu'à devenir extrêmement étendue et complexe, les progrès qu'a connus la médecine ont apporté des traitements qui ont permis une certaine longévité pour des personnes souffrant de maladies chroniques, tout ceci aux conséquences multiples « physique, mentale et sociale » affectant le bien être des patients plutôt que leur survie, ce qui a poussé les

spécialistes en ce domaine d'apporter des solutions et de préserver la qualité de vie de ces personnes, tout en évaluant l'impact physique, subjectif et sociale de ces maladies ainsi que les traitements qui leur sont associés .

Depuis quelques années les cliniciens et chercheurs en santé considèrent que la qualité de vie concerne l'état fonctionnel « objectif » ainsi que le bien-être « subjectif » des patients qui sont des dimensions différentes. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p07)

2.3. L'approche économique et politique :

La notion de qualité de vie telle qu'elle était conçue par les économistes et politiciens, se référait surtout aux conditions matérielles permettant un niveau de vie optimal auquel tout individu devrait pouvoir accéder Flanagan 1982, chargé d'évaluer la qualité de vie des américains et proposera de prendre en compte non seulement des indicateurs classiques «niveaux d'éducation, niveau socio-économique... » Mais aussi certains aspects de bien-être subjectif «santé perçue, aspirations, sentiment de liberté ».

Dans les pays développés, il y a longtemps que les responsables politiques affirment que les droits des citoyens ne se réduisent pas à la satisfaction de leurs besoins matériels, les gouvernements et institutions de santé des pays développés admettent de plus en plus que les indicateurs économiques de développement sont insuffisants et qu'il y ajouter des indicateurs psychosociaux.

Les recherches centrées tout d'abord sur le bien-être matériel intégrèrent de plus en plus d'indicateurs environnementaux et sociétaux « épidémies, niveau de pollution, nombre de médecins, taux de criminalité ... » puis des indicateurs individualisés et subjectifs « satisfaction, bonheur. », ainsi que les informations sur les conditions de vie objectives des individus. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p10).

2.4. L'approche psychosociologique :

Les sociologues ont été les premiers à aborder des notions qui deviendront la qualité de vie, ils ont défriché ce champ d'étude en différenciant peu à peu la notion de bonheur, de bien-être subjectif, de bien-être matériel et de satisfaction de la vie.

Pour eux, deux types de facteurs peuvent affecter le bien-être ; des facteurs « externes » variables sociodémographiques, socio-économiques, évènement de vie, intégration sociale...et des facteurs « internes » ; estime de soi, efficacité perçue, équilibre émotionnel...

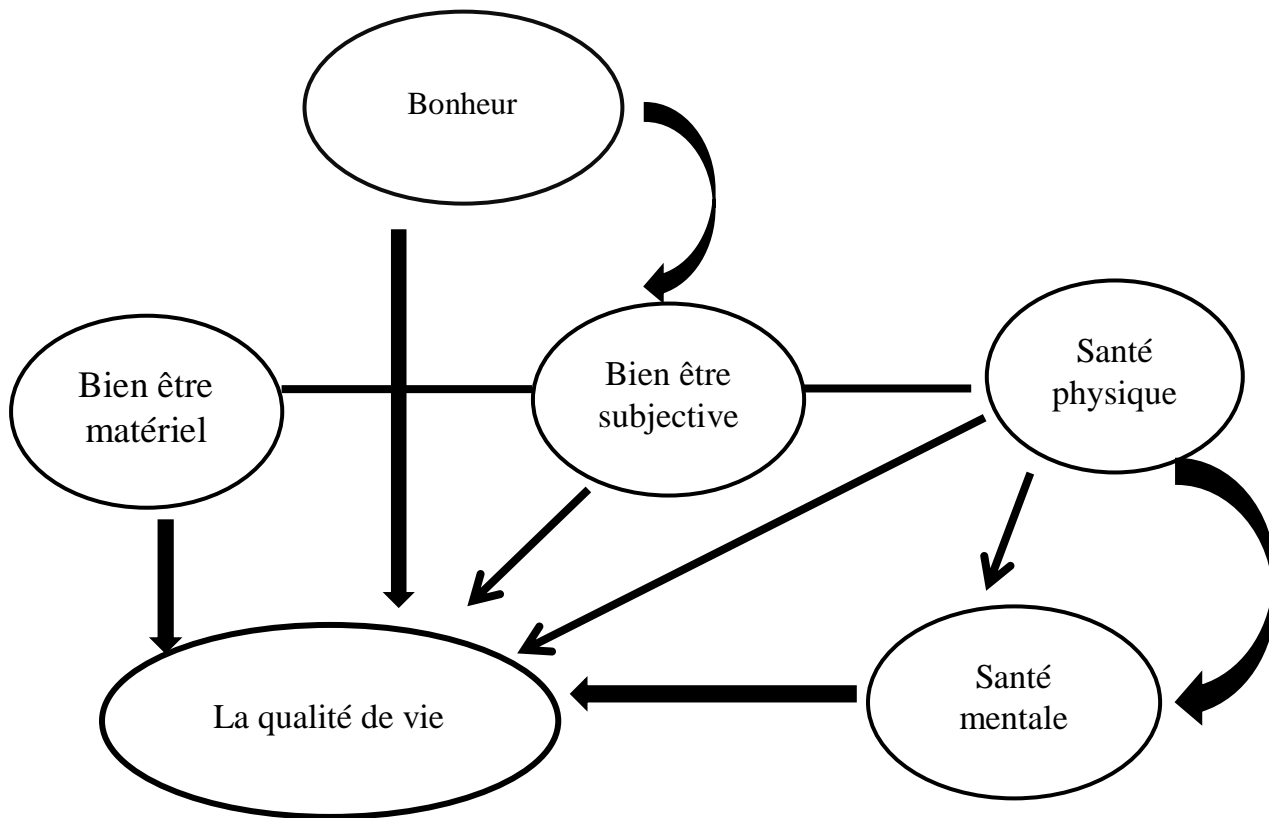
Le terme de qualité de vie est apparu dans les années 1970 avec les travaux de Bradburn, on s'éloignera de plus en plus de la notion de bonheur et on s'intéressera de plus en plus au bien-être et à la qualité de vie telle que Campbell et al .1976 puis par la suite la notion de la qualité de vie et les notions proches vont s'individualiser peu à peu dans les années quatre-vingt-dix grâce à l'apport des psychologues cela va permettre d'approfondir les domaines que recouvre le concept très large de la qualité de vie et tenteront de définir et mesurer la satisfaction, bonheur , bien-être, ainsi que les diverses facettes de la santé « physique ,mentale (émotionnelle, cognitive , spirituelle..) Et sociale (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p11).

3. Les conceptions et définitions de la qualité de vie :

La qualité de vie est une notion complexe voir pluridisciplinaire et pluridimensionnelle, elle est parfois confondue avec les notions voisines mais en réalité c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif.

Pour Lawton (1997), la qualité de vie est une « collection de dimension », mais pour les auteurs contemporains, la qualité de vie et les notions voisines correspondent à un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de leur vie, ce concept serait plus général et le plus utilisé aujourd'hui.

Le schéma proposé par Nordenfelt (1994) résume bien cette conception additive, voir (figure 4).



(Figure 04)

Les divers indicateurs de la qualité de vie décrivant tous ce qui est une qualité de vie satisfaisante (Nordenfelt, 1994).

3.1. Conception objective de la qualité de vie :

Jusqu'aux alentours des années 1960, on évaluait la qualité de vie à partir d'indicateurs économiques objectifs (taux de pauvreté, taux de chômage, produit intérieur brut ...) puis on s'intéresse au « bien-être » des populations en utilisant divers indicateurs (espérance de vie, mortalité infantile, épidémies, pollution, scolarisation).

Dans les années 1980 l'école scandinave se centre exclusivement sur ce type d'indicateurs (niveau collectif et individuel), puis à la fin du 20^e siècle on évoluera de conceptions objectives de la qualité de vie vers des conceptions subjectives, d'indicateurs économique (welfare) vers des indicateurs psychosociaux, de conception collective à une conception individualisée. L'UNDP (United Nations Développement Programme, 2011) a

créé un index de qualité de vie composite (indice de développement humain), constitué de trois dimensions : santé (espérance de vie à la naissance), éducation (durée moyenne de la scolarisation) et niveau de vie, Divers indicateurs objectifs sont utilisés pour décrire l'état des sociétés et des individus, Ils sont notés dans des registres et fichiers et sont donc aisément disponibles, d'où sans doute leur succès.

Même si on les spécifie au niveau individuel (revenu, santé physique, santé émotionnelle, travail, relations familiales, relations sociales, logement, quartier...), a cette conception objective de la qualité de vie extérieure et descriptive, s'opposera puis s'ajoutera une conception subjective seulement accessible par auto-évaluation, c'est bien la façon dont chaque individu perçoit sa santé, par exemple, qui détermine en grand partie sa demande et son utilisation des services de soins. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p40-41)

3.2. Conception subjective de la qualité de vie :

La qualité de vie trouve son origine dans le mouvement des indicateurs sociaux au milieu des années 1960, les conceptions inspirées (aux États-Unis et en Europe de l'ouest) s'intéressent à des indicateurs subjectifs et individualisés (bien-être, satisfaction, bonheur), issus du domaine de santé mentale et en continuité avec les philosophies humanistes et utilitaristes, la qualité de vie sera vue comme une notion alternative à celle du bien-être matériel dont elle s'éloignera de plus en plus pour se rapprocher des notions de satisfaction et de bien-être subjectif.

Dans différentes économies, sciences sociales, la qualité de vie est définie aujourd'hui comme un concept intégratif qui se limite pas à l'état de santé ni au niveau de vie, mais se rapportant à d'autres domaines relationnel et social en particulier (communauté, famille, travail, sexualité ...). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p42-43).

3.3. Conception intégrative de la qualité de vie :

La plupart des auteurs estiment à présent que la qualité de vie comprend à la fois des aspects objectifs et subjectifs, qui en sont tous deux des indicateurs valides, les uns sont simplement additives et d'autres impliquent à la fois les conditions de vie objectives et la

façon dont les individus les perçoivent et les utilisent pour se réaliser parmi les définitions intégratives additives « la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations aux facteurs essentiels de son environnement » (Whoqol Group, 1995). Le modèle proposé par Urzua et Caqueo-Urizar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie.

L'intérêt pour la définition de la qualité de vie en terme intégrative et dynamique est de prendre à la fois les composantes externes (par exemple l'état de santé, le bien-être subjectif, etc.), évaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue hétéro évaluation et auto-évaluation, considérer les interactions dynamiques entre les composants de la qualité de vie (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p44)

Il existe beaucoup de définitions de la qualité de vie, pour notre part nous retiendrons celle de l'OMS (1993) qui considère la qualité de vie comme la perception qu'a un individu et sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, attentes, normes et ses inquiétudes.

C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (N. Fischer Gustave, 2002, p288).

Pour Chwalow, la qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne, à travers cela, nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet, il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé.

Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes. (N. Fischer Gustave, 2002, p289).

Selon le centre pour contrôle et prévention des maladies « la qualité de vie liée à la santé est un concept multidimensionnel développé depuis les années 1980, intégrant les différents aspects évaluables de vie pouvant affecter la santé physique et mentale, elle comprend les

perceptions de la santé physique et mentale et ses corolaires dont les risques et comorbidités, statut fonctionnel, support social et conditions socioéconomiques (CDC ,2000).

4. Les domaines de la qualité de vie :

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines ; **physique, psychologique et social.**

4.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et des états affectifs positifs, pour d'autres, elle impose l'absence d'affects négatifs (anxiété, dépression), ici on est proche des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vaste car elles incluent certains processus cognitifs comme la satisfaction de la qualité de vie.

Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (la créativité, sens donné à la vie, morale, vie spirituelle, compréhension du monde). (E.Tazopoulou.2008, P 18).

4.2. Le domaine physique de la qualité de vie :

Ce domaine, les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, la santé physique implique la prise en compte de l'énergie, la vitalité, la fatigue, du sommeil, du repos, des douleurs, des symptômes et divers autres indicateurs biologiques.

Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et le degré d'autonomie, nous pouvons évaluer ces deux aspects (santé physique et capacité fonctionnelle) selon deux points de vue ; un point de vue « externe » médical qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles et, un point de vue « interne », seulement accessible par une auto-évaluation du patient lui-même, pour atteindre ses représentations,

ses perceptions et son vécu subjectif quant à sa santé, c'est ce dernier point de vue qui seul reflète la satisfaction de vie d'un individu (E. Tazopoulou.2008, P 18-19).

4.3. Le domaine social de la qualité de vie :

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie, on oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères « familiale, amicale, professionnelle et citoyenne », un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu en termes de disponibilité et de satisfaction).

Pour certains auteurs (Griffin, 1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus pour des auteurs comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales « estime de soi 'social' sentiment de réalisation de soi, échec et réussite et aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement social la qualité de vie sociale est évaluée, en général par des outils génériques (E. Tazopoulou.2008, P 19).

5. Les mesures de la qualité de vie :

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature, on distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

5.1. Les questionnaires génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent en particulier de comparer la qualité de vie des sujets présentant des pathologies différentes, mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales).

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles « activité physique (10), « limitation /état physique » (4), « douleur physique » (2), « santé perçue (5), « vitalité » (4), « vie/relations » (2), « santé psychologique (5) », « limitation /état psychologique (4) ».
- NHP (Nottingham Heath profile), avec 45items regroupé en 6 échelles
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items
- WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles

5.2. Les questionnaires spécifiques :

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...), ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie appelé « questionnaire central » ou « core questionnaires », les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

Les principaux questionnaires en oncologie parmi ceux validés, peu sont disponibles en langue française, actuellement, on note la prédominance de deux dans toutes les études, il s'agit du **QLQ-C30 de L'EORTC** et du **FACT** qui sont accompagnés de nombreux modules particuliers. (M. Mercier, S. Schraub ,420-421).

6. La qualité de vie liée à la santé :

La santé est l'une des composantes du concept de la qualité de vie selon **Grenier (1995)**, il a fallu attendre les années 1970 pour que la distinction soit faite entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (qualité de vie liée à la sante) et les autres « revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie ...) En revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de qualité de vie ne recouvrait plus que le domaine lié à la santé, à l'impact de la maladie ou traitements sur la vie personnelle et sociale des malades.

Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de qualité de vie dans le domaine biomédical « la santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO ,1946), aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale, il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel « somatique, activités de la vie quotidienne », social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés comme exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi. (T. Soulas, A. Brédart, 2012, p19)

7. La qualité de vie en cancérologie :

Comme le soulignent Schraub, Mercier et arvaux (1996), le terme « qualité de vie » est largement employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années, cependant, à l'origine, son évaluation posait problème car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept, et se limitaient par exemple à l'absence de toxicité médicamenteuse mesurée par le médecin à l'aide d'indice ou code de toxicité de chimiothérapie ou code de vie OMS.

Par la suite, d'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la durée de survie sans toxicité thérapeutique ou rechute de la maladie cancéreuse (temps sans symptôme ou rechute), néanmoins, le Twist est difficilement applicable en dehors des essais thérapeutiques et ne mesure qu'une partie du concept de la qualité de vie.

Ensuite, progressivement sont apparues des échelles issues de la psychiatrie, évaluant l'anxiété, la dépression associées ou non à des index de santé dans le but de mesurer la qualité de vie des personnes en bonne santé ou atteinte de différentes affections.

Dans les années 1980, la nécessité de recourir à des questionnaires spécifiques pour les malades cancéreux s'est fait réellement sentir et l'un des premiers outils largement utilisé ; le

FLIC « Functional Living Index Cancer » de Shipper, par ailleurs il y a le questionnaire de L'EORTC de Aaronson, et le FAST cella, Tulsky et Gray,

De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie ainsi que le fait de vivre une expérience négative (la maladie), qui peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il évalue sa qualité de vie comme ils ont subi plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative.

En effet, certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées grâce à la maladie comme les relations familiales. (N .Fischer. Gustave, 2002, p 293).

L'évaluation relativement positive qu'ont les patients cancéreux de leur vie peut également s'expliquer par l'hypothèse proposée par Razavi et Delvaux, (1998), selon laquelle deux composantes sont impliquées dans l'évaluation de la qualité de vie, l'une cognitive et l'autre affective, l'expression de la satisfaction résulte de la composante cognitive par contre le sentiment qui y est associé résulte de la composante affective.

Selon cette hypothèse, les patientes cancéreuses confortées au bouleversement profond de leur vie peuvent témoigner d'un niveau de satisfaction équivalent concernant leur vie mais éprouver parallèlement des sentiments négatifs.

Récapitulatif ; l'évaluation de la qualité de vie est influencée par l'évolution personnelle, la modification des valeurs, la réévaluation de la situation et les facteurs affectifs.

La connaissance de ces derniers est un préalable indispensable lorsqu'il s'agit d'aider le malade cancéreux dans les difficultés qu'il rencontre au cours de sa maladie, une meilleure connaissance du patient doit permettre de décaler les personnes à haut risque de détresse émotionnelle afin de leur proposer des interventions psychologiques. (N .Fischer, A. Gustave, 2002, p294).

Les effets secondaires immédiats et les séquelles laissées par traitements des patients atteintes de cancer de sein nombreux et ont été décrits à l'aide des échelles de toxicité, il

s'agit de séquelles physique « lymphœdème, limitation des mouvements de l'épaule, prise de poids, ménopause, toxicité cardiaque », les séquelles psychologiques « anxiété, dépression, image corporelle, fatigue » et surtout ; sociales sont plus difficiles à appréhender.

Les entretiens psychologiques et les questionnaires génériques ou spécifiques vont permettre de mieux évaluer les répercussions sur la qualité de vie liée à la santé de ces séquelles (M. Mercier, S. Schraub, 2005, p422).

Il y a longtemps en oncologie, l'efficacité d'un traitement a été appréciée en termes de taux de réponse et de prolongation de survie, pour la plupart des traitements du cancer en général et le cancer de sein en particulier sont pour le moins agressifs et responsables de conséquences physique, psychologique et sociales.

Parmi les objectifs du traitement du cancer du sein, on trouve l'amélioration durable de la qualité de vie des femmes qui sont atteintes et devenues un enjeu prioritaire, pour réaliser cet objectif, il faut pouvoir dans un contexte pluridisciplinaire disposer des moyens humains et techniques les plus performants pour guérir ou diminuer les conséquences (N.Delveux, D.Razavi, 2002, p118).

Conclusion :

Nombreux chercheurs et scientifique ont essayé de donner diverses explications de la qualité de vie, certains chercheurs philosophes ont considéré la qualité de vie comme le bonheur et la satisfaction dans la vie, pour d'autres comme le bien matériel, le bien-être physique et psychique, mais le principe c'est de donner des dispositifs et des moyens permettant l'amélioration de la qualité de vie.

Problématique

Selon l'OMS en 2001, la santé est l'une des choses les plus précieuses dans notre vie, le désir de tous est de pouvoir la sauvegarder le plus longtemps possible, telle qu'elle est définie comme étant une intégrité (anatomique, physiologique et mentale) et aussi une capacité à assumer ses rôles (familiaux, professionnels et sociaux).

La maladie est une expérience d'autant plus paradoxale qu'elle suppose l'acceptation nécessaire par le patient de ce qui le dissocie, en particulier les traitements qui exigent des instructions violentes et des mutilations, c'est comme si le malade se retrouve exproprié de son propre corps et dénudé dans tous les sens du terme, ouvert au caractère tragique et critique de l'avenir, nombreuses sont les personnes atteintes de maladies chroniques parmi lesquelles on trouve le cancer (G.Francequin, 2012, P42)

Le cancer est une épreuve radicale outre le périple de douleurs qui la jalonnent, expérience dont on ne se remet jamais vu sa vulnérabilité jusqu'ici jamais entrevue et d'une anticipation déconcertante de la mort, une fracture de temps où s'engouffre Passé présent et futur lorsque le corps est la cible de l'entreprise destructrice de la maladie (G.Lyber, 1998).

Il existe au sein de notre organisme un équilibre entre les cellules qui meurent et celles qui naissent, mais le cancer est un trouble dans cette homéostasie caractérisée par la prolifération anormale et anarchique d'une cellule, sans que les mécanismes de contrôle internes puissent la détecter et/ou la détruire, il en résulte une tumeur qui croît au fur et à mesure que les cellules prolifèrent (Nogaret, 2010).

Jusqu'à présent on n'a pu déterminer la forme exacte du cancer, il se développe de façon et à une vitesse différente et ça d'une personne à une autre, comme on peut trouver cette maladie sous plusieurs types comme le cancer de la prostate, le cancer de la peau, le cancer du sang...et le cancer du sein qui s'est imposé chez la femme tandis qu'il touche moins de 1% des hommes.

Le cancer du sein est un cancer touchant la glande mammaire de la femme et principalement sous la forme d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire), parfois sous la forme d'un sarcome (cancer du tissu conjonctif) Y. Morin, 2003, p. 1. Par ailleurs les

symptômes de cette maladie sont plusieurs dont on trouve parmi eux une palpation d'une masse ou d'une zone indurée non présente antérieurement, une rétraction cutanée (fossette) spontanée ou provoquée lors du mouvement des bras, changement global de l'aspect du sein ou de son volume, écoulement mamelonnaire, surtout s'il est sanglant, anomalie cutanée du mamelon ou de l'aréole se présentant sous forme d'un eczéma, rougeur (érythème) de la peau ou aspect de celle-ci en peau d'orange.

Les causes d'apparition du cancer du sein ne sont pas clairement définies, cette pathologie est multifactorielle dont on trouve plusieurs facteurs de risques (biologiques, environnementaux et psychologiques) prédisposant au cancer du sein (Mignotte, 2011).

Dans le monde et chez la femme, le cancer du sein est le plus fréquent avec 1.7 million de femmes diagnostiquées chaque année, il représente 16% de l'ensemble des cancers féminins, en France il représente 31.1% des cancers de la femme en 2015, on dénombre 54.062 nouveaux cas et 11.913 décès (Institut national du cancer, 2015), par conséquent et selon le professeur Zitouni qui a précisé qu'entre 13.000 et 14.000 nouveaux cas de cancer du sein ont été enregistrés, il est en tête en terme de classement, les femmes atteintes sont âgées de 40 ans et plus dont 80% à 90% consultent à un stade avancé, contrairement aux pays développés où la maladie apparaît à l'âge de 50 ans ou plus (Plan National De Lutte Contre le cancer, 2015 ,2019).

Malgré les progrès qu'apportent les différents traitements thérapeutiques, radiothérapie, chimiothérapie et l'hormonothérapie, mais dans certains cas la nécessité de l'ablation du sein reste obligatoire.

La mastectomie, appelée aussi chirurgie non conservatrice est réalisée sous anesthésie générale qui consiste à enlever le sein dans lequel se situe la tumeur dans son intégralité y compris l'aréole et le mamelon, il existe deux types de chirurgies mammaires non conservatrices ; la mastectomie totale appelée aussi mastectomie simple et mastectomie radicale modifiée.

Lors d'une mastectomie totale, le chirurgien enlève le sein, le mamelon ainsi que le revêtement des muscles du thorax (fascia pectoral), il laisse en place les ganglions

lymphatiques, les nerfs et les muscles du thorax, la mastectomie totale est proposée lorsque le cancer de sein est découvert à un stade très précoce, in situ et que rien n'indique que les ganglions lymphatiques avoisinants sont touchés.

Par différence la mastectomie radicale modifiée, certains ganglions lymphatiques de l'aisselle sont retirés (ganglions axillaires) et analysés afin de savoir s'ils contiennent des cellules cancéreuses, cela permet la détermination du degré d'extension du cancer du sein pour déterminer la suite du traitement. (L'INCA).

En Algérie, plusieurs femmes dont la trajectoire de vie a croisé le cancer du sein ont subi une mastectomie, elles parlent de travail de deuil et rares sont celles qui avouent avoir eu la chance de refaire une belle poitrine, d'autres parlent de la difficulté à vivre en société et à se montrer en public dans leur milieu de travail à cause des regards ou de l'impossibilité de subir une chirurgie réparatrice en raison des frais, certaines parlent de dégradation de leur couple (N.Boumansour ; N.Midoun ; M .Merguni , 2014, Service d'épidémiologie et de médecine préventive et l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran , Oran).

Parmi les ressources dont un individu dispose pour faire face à un événement éprouvant, on distingue ses ressources personnelles (contrôle et auto-efficacité perçus, compétences...) et ses ressources sociales (aide fournie par autrui). L'entourage joue certainement un rôle très important dans le soutien des femmes cancéreuses. Le soutien fourni par les proches peut être lui-même thérapeutique.

Le soutien social, c'est-à-dire la provision d'aide de différente nature qu'une personne peut fournir à une autre, en tant que tel, le terme soutien social n'apparaît pas dans les dictionnaires étant donné qu'il se compose de deux éléments, l'élément social représente les rapports de la personne avec son environnement social, alors que l'élément soutien reflète les activités instrumentales et expressives essentielles, les définitions du soutien social sont nombreuses et variées, et il est reconnu généralement comme étant un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptations, l'estime de soi, les sentiments d'appartenance et la compétence et cela par des échanges réels ou prévisibles de ressources pratiques ou psychosociales (M. Chouinard, 2012).

La conceptualisation du soutien social repose sur différentes dimensions de ce dernier mais celles les plus souvent mentionnées sont ; le soutien émotionnel, d'estime, informationnel et d'aide tangible..., c'est surtout le soutien émotionnel procuré par la famille qui est bénéfique ainsi que le soutien informatif apporté par l'équipe médicale (Wills et AINETTE, 2012), les différentes dimensions du soutien social sont essentielles, la vie relationnelle et professionnelle et aussi conjugale notamment sexuel du couple renvoie à un changement dans leur qualité de vie, le concept de qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, habitudes de vie, styles de vie et index de santé.

Une étude très intéressante menée auprès de sujets cancéreux par Dunkel-Schetter (1984) a montré que ces différentes catégories du soutien social sont perçues comme plus ou moins bénéfiques par le patient selon leur origine (Familiale, amicale ou professionnelle). Ainsi, si le soutien émotionnel est perçu évalué par le questionnaire de soutien social de Sarason (1983) qui distingue, d'une part la quantité de Soutien (disponibilité), et d'autre part la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu. D'après une étude d'Irvine et Brown (1984) menée sur 15 femmes atteintes d'un cancer du Sein, les mieux ajustées sont celles qui rapportent un soutien social perçu élevé (Nombre, soutien matériel, soutien émotionnel).

Neuling et al. (1988) ont tenté de contre-valider les résultats de Dunkel-Schetter auprès de 58 patientes atteintes d'un cancer du sein. Les patientes évaluent la fréquence du soutien social reçu de la part des membres de la famille, D'amis proches et du personnel médical, et leur satisfaction vis-à-vis de ce Soutien. L'ajustement psychosocial et physique est évalué 1 mois et 3 mois après L'intervention chirurgicale. Le soutien émotionnel est satisfaisant surtout lorsqu'il Proviens des membres de la famille et des amis.

Une étude récente de Hoskins et al. (1996) a étudié l'effet du soutien marital et du soutien social général sur l'ajustement émotionnel de 128 femmes atteintes d'un cancer du sein. Le soutien marital dans cette étude désigne la satisfaction de la patiente vis-à-vis du soutien émotionnel prodigué par son mari pendant les différentes étapes de la maladie (diagnostic,

chirurgie, thérapie Adjuvante). Les résultats montrent que le soutien marital et le soutien social général prédisent significativement l'ajustement émotionnel mesuré 7 à 10 jours et 1 an après l'intervention chirurgicale.

La qualité de vie telle qu'elle est définie par l'OMS (1993), c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». (N. Fischer, A. Gustave, 2002, p298), la qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne, à travers cela, nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet comme il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé, les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes (Chwalow, 1996)

La plupart des théoriciens de la santé s'accordent à dire qu'une étude sur la qualité de vie permet au moins d'évaluer cinq aspects de la vie d'un individu, soit les dimensions biologique, psychologique, interpersonnelle, sociale et économique (Rosenblatt et Attkisson, 1990), plusieurs approches se sont intéressées à expliquer le soutien social et la qualité de vie, parmi ses approches on a l'approche cognitivo-comportementale, qui est la théorie la plus adaptée et la plus correspondante comme cadre de référence à notre thème de recherche, elle s'intéresse aux pensées, aux sentiments, au côté observable des pensées, avançant des interprétations sur le vécu psychologique des sujets subissant des excitations venant de l'intérieur ou de l'extérieur, et parmi l'un des principes de cette approche est que leurs effets soient vérifiables, ce qui nécessite l'évaluation des résultats qui portera aussi bien sur les comportements ainsi que les cognitions, l'objectif est de supprimer le comportement inapproprié pour le remplacer par un comportement adapté selon les lois du conditionnement.

Dans notre recherche, portée sur le soutien sociale et la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie, nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'oncologie à l'hôpital Benmerad EL Meki d'amizour, et pour la réalisation de cette dernière, nous avons utilisé l'échelle de soutien social (SSQ6) et le questionnaire EORTC QLQ-C30 et QLQ-BR23 pour évaluer la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie, Afin d'effectuer et de cerner cette recherche, on a posé la question suivante :

- Quel est l'impact de soutien social sur la qualité de vie des femmes ayant subi une mastectomie ?

Hypothèse générale :

Le soutien social apporté pour les femmes mastectomisée améliore leur qualité de vie.

Hypothèse partielle :

➤ **Première hypothèse**

L'existence d'un accompagnement social pour les femmes, qui subissent une mastectomie, par la famille, les amie, l'équipe médicale et l'environnement en général même les associations, contribuerait à la bonne qualité de vie de ses femmes.

➤ **Deuxième hypothèse**

Le niveau de qualité de vie différerait d'une femme à une autre en fonction du soutien perçu, leur état physique et psychique, la relations avec la famille et les amis, ainsi que l'entourage,....etc.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de

Recherche

Préambule

La méthodologie est une partie de la procédure de recherche (méthode scientifique), une façon de procéder pour faire une chose suivant certains principes et règles selon certains ordre y afférent afin d'aboutir à un travail objectif.

Dans ce chapitre on va présenter notre méthode de recherche qu'on a effectué avec l'entretien clinique et l'usage des tests qui nous ont permet de guider le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses, pour cela on va expliquer l'ensemble des techniques utilisées pour mener notre étude.

1. La méthode de recherche :

Notre étude s'inscrit dans le cadre de la méthode dite clinique. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons cette méthode et mettant l'accent sur l'étude de cas comme une composante principale de la méthode clinique sur laquelle nous nous sommes appuyées.

1.1 La méthode clinique :

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache, 1949).

Pour cela cette méthode utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique, l'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il s'agit d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative perceptivo-cognitive...etc. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise «non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Huber, 1993).

Il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relation entre les faits, les événements, passé et présent...etc. (Bénony et Chahraoui, 2003, P.12).

1.2. L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation d'un individu ou d'un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de définir le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet de ses différentes intervenances actuelles ou passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense...etc.).

Elle ne s'intéresse pas uniquement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension.

Le plus grand objectif de l'étude de cas est d'accroître les connaissances concernant un individu ou un groupe d'individus, comme elle permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaire, échelles cliniques, témoignage des proches). Afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même à son histoire et à son contexte de vie.

2. Le groupe de recherche :

Notre recherche s'est portée sur les femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont subi une mastectomie. La rencontre avec les quatre premières femmes lors de notre pré-enquête s'est faite en présence de la psychologue.

L'entretien avec ces 4 femmes rencontrées nous a permis de constater leur difficulté d'expression.

Le tableau suivant résume les caractéristiques de ce groupe :

Tableau 01 : groupe de recherche de la pré-enquête :

Sujet	Age	Niveau d'instruction	Profession	Statut marital	Nombre d'enfants	L'année d'intervention
Meriem	33 ans	9 ^{ème} année	Femme au foyer	Mariée	2	2019
Sabrina	43 ans	Terminale	Femme au foyer	Célibataire	Aucun	2018
Zouina	48 ans	Analphabète	Femme au foyer	Mariée	Aucun	2019
Faroudja	48 ans	Primaire	Femme au foyer	Célibataire	Aucun	2017

Le tableau indique que le groupe rencontré se compose de quatre femmes âgées entre 33 ans et 48 ans Toutes sont des femmes au foyer. La rencontre avec elles c'est bien dérouler avec l'aide de la psychologue.

On a remarqué que les femmes plus âgées sont plus coopératives que les autres, elles refusent de donner leurs informations de peur de les révéler et d'autres parce que leurs familles ne savent pas qu'elles ont fait l'ablation, au début de chaque rencontre on a remarqué aussi quelques femmes qui ont tendance à rester réserver mais après leurs avoir expliqué que tout restera dans l'anonymat peu à peu elles ce confient à nous.

A partir des entretiens déroulés dans la pré-enquête ont été apportées plusieurs modifications à notre guide d'entretien pour plusieurs raisons parmi elles le fait que notre guide était trop long et chargé, cela ne nous permettait pas de faire notre travail correctement, et l'autre raison qui est que les patientes se sentaient fatiguées c'est pour cela on a préféré retenir que les questions pertinentes, comme ça nous a aidé à préciser les critères d'inclusion et d'exclusion des sujets à étudier.

Les critères d'inclusion :

- Femmes qui ont subi une mastectomie (soit latérale ou bilatérale). Pour faciliter la recherche.
- Leurs interventions remontent au moins à deux ans, pour pouvoir mieux évaluer leur qualité de vie.
- Les femmes mariées sans limitation d'âge car la maladie touche toutes les catégories d'âge.
- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car la maladie ne désigne personne.

➤ Les critères d'exclusion :

- Femmes célibataires, dans notre recherche on a voulu étudier les femmes mariées dans le but de toucher à tous les aspects de vie conjugale.
- L'ablation au moins de 2 ans, les femmes étaient encore sous le choc par rapport à leur maladie.

3. Les outils de recherche :

Pour réaliser notre recherche sur le soutien social et la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie, on a utilisé les outils suivants

- L'entretien semi-directif
- Echelle de la qualité de vie (QLQ- C30, QLQ-BR23)
- Echelle de soutien social perçu.

3.1. L'entretien clinique de recherche :

L'entretien avec le patient ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Ce n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres telles que des observations (en milieu naturel, à l'hôpital, etc.) examens et tests psychologique son but est diagnostique et thérapeutique.

Donc l'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus « biographie , événements vécus , représentations , croyances , émotions ,histoire personnelle , souvenirs , rêves ...etc.

Ce qui fait fond la spécificité d'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui revoie au champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins et une attitude clinique « centration sur le sujet , compréhension empathique , neutralité bienveillante , respect » qui correspond à la fois à la

méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique (Bénony et Chahraoui ,2003, p141)

Comme nous avons utilisé dans notre recherche un entretien semi-directif nous allons donner un bref aperçu sur ce dernier :

3.2. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif est un texte associé à un grand d'entretien qui se compose des axes, son objectif est de donner des renseignements personnels de sujet, notre guide d'entretien est subdiviser en 3axe, chaque axe est constitué de questions principales en relation direct avec notre recherche le premier axe sur l'état de sante avant et après la mastectomie et le deuxième sur l'état de relation social et familial et le 3eme sur les questions concernant la qualité de vie , les questions sont posée en longue française et kabyle pour assurer la compréhension de celle.

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 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 récit (Chahraoui et Bénony, 2003, p143).

L'entretien semi-structuré qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse (Bénony et Chahraoui 1999).

3.3. Echelle de la qualité de vie :

Ce questionnaire mis au point en 1986 par l'organisation européenne de recherche de traitement du cancer est actuellement le plus utilisé dans les études françaises et européennes portant sur la qualité de vie

Il constitue un questionnaire principal permettant d'explorer plusieurs dimensions de la qualité de vie, tandis qu'il existe plusieurs modules complémentaires adaptés et spécifique à chaque type de cancer celui qui nous

Intéresse ici étant le QLQ-BR23, module spécifique du cancer du sein

Le QLQ-C30 se compose de trente items dont les réponses permettent d'établir différentes échelles, chacune d'elle explorant une dimension différente de la qualité de vie :

- 5 échelles fonctionnelles permettant d'explorer les dimensions physiques

(Items 1 à 5), exécutives (items 6 et 7), sociales (26 et 27), cognitives (items 20 et 25) et émotionnelles (items 21 à 24) de la qualité de vie de la personne interrogée

- 9 échelles symptomatiques permettant d'explorer la fatigue (items 10,12 et 18), les symptômes nauséux (items 14 et 15), la douleur (items 9 et 19), la dyspnée

(Items 8), les insomnies (items 11), l'anorexie (items 13), la diarrhée (items 17), la constipation (items 16) et les difficultés financières (items 28) ressenties par le patient. -1 échelle mesurant la qualité de vie globale de chaque patiente (items 29 et 30) Chaque dimension explorée regroupe entre un et cinq items différents. Pour la Majorité des questions, il existe quatre types de réponse possible « pas de tout, un peu, assez ou beaucoup.

Les modalités de réponse sont en revanche différentes pour les deux items constituant la mesure de l'état de santé global de la patiente, cette dernière devant autoévaluer son état de santé global et sa qualité de vie sur une échelle allant de 1 « très mauvaise » à 7 « excellent ».

Les résultats de ces différentes échelles permettent le calcul d'un score sur

100 dont la procédure est décrite dans l'EORTC QLQ-C30 scoring manuel « un score élevé de santé globale traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie .un score élevé pour une échelle fonctionnelle traduit une fonction optimale des variables mesurées. Un score élevé pour une échelle symptomatique traduit à l'inverse un haut niveau de symptômes

Le QLQ-BR23 un module complémentaire au précédent questionnaire, spécifique cette fois-ci du cancer de sein, le QLQ-BR23 se compose de vingt-trois items permettant là encore d'établir différentes échelles, en complément de celles déjà existantes :

- 4 échelles fonctionnelles explorant l'image corporelle (items 39 à 42), l'activité sexuelle (items 44 et 45), le plaisir sexuel (items 46) et les perspectives d'avenir (items 43).
- 4 échelles symptomatiques explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques (items 31 à 34 et 36 à 38), les symptômes mammaires (items 50 à 53), les symptômes brachiaux (items 47 à 49) et la préoccupation engendrée par la perte de cheveux (items 35).

De même manière que pour les différentes échelles de QLQ-C30, un calcul permet d'obtenir pour chaque échelle un score sur 100. Leur interprétation se fait selon les mêmes modalités précédentes, hormis pour les échelles concernant l'activité et le plaisir sexuel dont un score élevé signeraient un faible niveau de symptômes, à l'inverse des autres échelles symptomatique. (S.Messouak ,2016)

3.4. Echelle de soutien social perçu :

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social, nous n'en citerons parmi les échelles mesurant le soutien social perçu, la plus utilisée est le SSQ « social support questionnaire » de Sarason et al ;(1983) dans sa version longue à vingt-sept items ou sa version courte à six items SSQ6 (Rasclé, Bruchon-Schweitzer, et sarason, 2005) la version française.

Elles permettent de savoir de quelles personnes un individu s'attend 'il à recevoir de l'aide dans six situations différentes (disponibilité) et quel est le degré de satisfaction associé à

ce soutien (de 1, très insatisfait, à 6, très satisfait) ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un pour la satisfaction.

La consigne :

Les questions suivantes concerne les personnes de votre environnement qui Vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties :

Dans le premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite.

Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évoluez tout de même votre degré de satisfaction. ne citez pas plus de neuf personnes par question. Si vous plait « répondez de votre mieux à toutes les questions.

La cotation :

Pour calculer le score de disponibilité, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3, 4, 5, et 6 puis le score total de disponibilité ; N (somme de ces nombres) qui varie (de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important. , pour calculer le score de satisfaction, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait). Puis calculer le score total de satisfaction, S (somme de ces scores) qui varie (de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

4. La stratégie de recherche :

Notre recherche s'est déroulée à l'hôpital BENMERAD EL-MEKKI de Bejaia qui se trouve à la daïra d'Amizour, dans le service d'Oncologie où sont accueillis des malades atteints

de tous types de tumeurs cancéreuses (prostate, poumons, cancer du sein...etc.). Nous nous sommes présentées pour la première fois en tant que stagiaires, on a parlé avec la psychologue et le chef de services d'oncologie qui nous ont donné leurs accords pour effectuer notre recherche au sein de ce service.

Après qu'on a consulté notre encadreur on a décidé qu'il était de notre bien de modifier notre thème de mémoire ce qui nous a conduit à refaire toute la procédure, notre stage était censé durer deux mois mais avec les examens et les autres imprévues de la vie on a du prolonger deux fois pour pouvoir mettre à terme notre recherche.

Notre population d'étude est constituée par des femmes ayant subi une mastectomie qui se trouvent au sein de l'Hôpital d'Amizour, qui a consacré tout un service spéciale pour prendre en charge des patients cancéreux.

Le premier jour où on a commencé comme stagiaires le chef de services nous a précisé en quelque sorte nos droits et nos devoirs, parmi eux le fait de ne pas s'adresser directement aux patientes et les aborder sans la présence de la psychologue, par la suite notre stage c'est déroulé sous de bonnes conditions, la prise de contact avec les patients se faisait avec l'aide de la psychologue, elle leur parlait en premier et prend leur consentement après elle nous laisse prendre la relève. On commence par leur expliquer que toutes les données personnelles resteront anonymes, que le but de notre recherche est d'avoir des informations sur leur vie après avoir été touché par le cancer, bien sûr il y avait des femmes qui répondent sans aucun problème de parler, mais d'autres restent hésitantes et donnent des réponses limitées.

On a entamé notre premier entretien tout en respectant la procédure, qui est que c'est la psychologue désigne les femmes auxquelles on va s'adresser, au cours du déroulement de ce premier entretien, on a remarqué que la femme en question n'avait pas eu recours à l'ablation, on n'a pas voulu mettre à terme subitement à l'entretien donc on la continue, tout en sachant qu'au début on a bien précisé à la psychologue que notre groupe de recherche se focalise sur les femmes ayant subi une mastectomie,

Au cours de notre recherche on a pu rencontrer des femmes qui nous ont raconté tous les malheurs de leur vie et parfois même elle pelure, on a essayé au maximum d'être à l'écoute des patientes.

Ça n'a pas été évident de réunir tous les cas, parfois en arrivant au lieu du stage ils nous disent que c'est une journée pour le cancer du sein, ça s'est produit a deux reprise, avec les autres empêchements qui se sont imposer, on a dû se contenter des informations qu'on a recueillies au cours des jours précédents.

Chapitre V

Présentation, analyse et discussion des résultats

1- Le cas de Mme Salima:

1-1 Présentation générale du cas :

Salima est une femme au foyer âgée de 40ans mariée, mère de trois garçons, elle n'est jamais été à l'école à cause de la maladie d'Alzheimer de son père, et la maladie de sa mère, elle a dit que c'était la raison pour la qu'elle elle a choisie de rester a la maison pour prendre soin de ses parents.

1-2 présentation et analyse des données du guide d'entretien

Les informations concernant l'état de Santer avant et après la mastectomie:

Dès son jeune âge, Salima était atteinte d'une bronchite c'était la seul maladie qu'elle avait avant qu'on lui annonce son cancer du sein. Au cours de l'entretien Salima nous raconter comment elle a découvert sa maladie et la première fois est sous la douche, elle nous a dit : « sligh g la radio ma adwickedh ilak atouchidh les sein inem » ,« j'ai entendu à la radio que au moment de se doucher il faut toucher ses siens » et après qu'elle est à toucher elle a dit : « houssagh ilhadja tamchtouheth a mou3eka ouzemour », « senti une très petites boule comme un grain au niveau du sein gauche » elle a dit directement à son marie, ils ont pas attendu longtemps pour aller consulter c'est là où ils lui ont annoncer sa maladie elle raconte au moment de l'annonce : « ettourgh, tmdjidhagh tebath akk iguelane dina rouhend ghor » ,« j'ai pleuré, crier, j'étais déprimer, même les médecins qui étaient présents là-bas je les ai bouleversée » et immédiatement ils m'ont orienter vers une IRM, à partir de ça ils sont arrivé à la seul solution pour qui est l'ablation du sein, au même temps choquer déprimer, ça a empiré a l'annonce de l'ablation dit elle : « goumagh akk adhkevlagh l'idée blik ilak adhekssagh el sein inou, diprimigh, karhhagh imanoiu, zaraghd kouleche davarkkan nwith adhemthagh, gel moment ani amakken out3ichghara gedounithagui », « j'ai refusé carrément l'idée d'enlever mon sein j'étais déprimer dégoutée de moi-même j'ai cru mourir.

Durant ces moment-là comme si je ne vivais pas dans ce monde » elle a pleuré un peu après qu'elle a terminé de parler. Mais son marie et sa mère l'on encourager pour faire l'intervention

en lui expliquant que c'était pour son bien, elle a fait l'ablation sa fait maintenant 3ans sa c'est fait au niveau de TrgavaOzmour, au moment du revielle salima dit : « imi idekragh houssagh amaken elhadja zegui tetwakesse tehrouh, r l'ekkrih ani dhoupiprimi ani onwighara akk at3edi feli thesswi3eth nagh adyawedh wassagui » « quand que me suis réveiller j'ai sentie comme si j'ai perdu une partie de moi, avec les douleurs et la déprime, je croyais pas que tous cela aller passer et que aujourd'hui arrivera »,les médicaments la rendais malade souvent : « guemi itessagh adwawi ani tekrahniyi yeghssaniou milh » « j'ai des douleurs atroce au niveau de mes os », a par ca elle suit aucun régime actuellement sa Santer s'améliore peut a peut c'est ce que le scanner révèle.

Les informations concernant l'état de relation familiale et social :

Après l'annonce de sa maladie, sa famille été choquer sur tout sa mère, mais elle a préféré ne pas le dire à tout le monde, elle dit que « iloussaniw d tlwssathiniw ouzzrintara, yarna outkssgara akhimariw ghokham oguadghagh ayyzren akkeni » « les frères et les sœurs de mon marie ne la savent pas, même à la maison j'enlevé pas mon voile de peur qu'ils me voient dans cette état », d'après ce qu'elle nous a dit Salima a eu un grands soutien de la part de son marie ses sœurs dans tous les côtes, même financièrement c'est sa mère qui la aider c'est pareille jusqu'à présent. Salima à deux copines avec qui elle s'entend très bien mais a eux aussi elle leurs a rien dit par rapport a sont ablation, pour elle sa famille est un élément très important dans sa guérison elle a été un facteur de protection, et ses relation avec son entourage elle les considère comme satisfaisante.

Les informations concernant la qualité de vie :

Salima nous a dit qu'elle a rencontrée des changements après la chirurgie quand on lui a poser la question, elle s'est arrêter de parler, elle a regardé ailleurs comme si elle pensait a quelque chose, après quelques seconde, elle a répondu oui : « hemlagh akk argziou, amaken ogliwra tellement degoutigh perdigh el gout n dounith » « j'ai abandonné mon marie je l'ai effacer de ma vie, tellement j'ai perdu gout à la vie »après la chirurgie Salima ne sortais nulle part elle est

restée dans cette état jusqu'à ces 1 ans après l'ablation, elle recommencer à reprendre sa vie en main par rapport aux tâches de la maison c'est sa sœur qui fait tout, salima ne fait que les petits trucks, son fils aussi de 19 ans d'aide à la maison sur tout dans le nettoyage, ce qui lui rester de son expérience avec le cancer est le choc de l'ablation, pour elle « loukan fragh g themouth ahath oytksnara el sein inou » « si elle avait l'occasion de sortir du payer, sa se pourrait qu'elle a toujours son sein ». Le seul souhait de Salima est guérir pour pouvoir vivre comme les autres.

1-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	5	5	5	5	5	5	30	55.55%
Satisfaction	5	5	6	5	6	5	36	88.88%

Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSP (cas 01)

Les résultats montrent un niveau moyen de la disponibilité des personnes de dans son entourage avec un score de 30/54, et un pourcentage de 55.55%, et les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un résultat de 36/36 et un pourcentage de 88.88%.

1-4 présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique								Echelle de la qualité de vie	
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF		DY
Les scores	86.88	100	50	100	83.33	33	0	33.33	0	0	0	33.33	0	33.33	100

Tableau N°03 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 01)

On remarque un score très élevé dans les résultats de Mme Salima qui est de 100% traduisant une bonne qualité de vie.

1-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	91.66	50	50	100	19.04	0	11.11	66.66

La qualité de vie de Salima est perçue à 100/100 ce qui traduit un très bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 86.88/100 - Capacité à complaire toute forme de travail et d'activité de loisir 100/100 - Etat émotionnelle 60/100 - Capacité cognitive 100 /100 - Capacité à maintenir les relations sociales 100/100
 - Image corporelle 91.66/100 - Activité sexuelle 50/100 - Plaisir sexuelle 50/100 - Perspective d'avenir 100/100

➤ Les dimensions symptomatiques :

➤ Fatigue 33.33/100 - Nausées et vomissements 0/100 - Douleur 33.33/100 - Insomnie 0/100 - Manque d'appétit 0/100 - Constipation 0/100 - Diarrhées 0/100 - Difficultés financières 0/100 - Dyspnée 33.33/100 - Les effets secondaires liée aux thérapeutique 19.04/100 - les symptômes mammaires 0/100 - Les symptômes brachiaux 11.11/100 et Perte de cheveux 66.66/100.

D'après le score obtenu on peut dire que Salima présente un score élevé de santé global qui est traduit par un bon état de santé et une très bonne qualité de vie, une échelle de fonctionnelle élevée et un score faible pour l'échelle symptomatique ce qui est traduit par un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

l'analyse des données de l'entretien ou Mme Salima a déclaré « qu'elle a eu un grands soutien de la part de son marie, sa mère, ses sœurs dans tous les côtes », et que « sa famille est un élément très important dans sa guérison, et un facteur de protection jusqu'à temps présent », et les données des échelles de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23), les résultats de l'échelle du soutien social « SSP » nous en permis de montrer que Mme Salima à une bonne qualité de vie et un niveau élevé de soutien social.

2- Le cas de Mme Fatiha :

2-1 Présentation générale du cas:

Madame Fatiha est âgé de 55ans, une femme au foyer mariée sans enfant.

Elle dit qu'elle habiter dans la ville jusqu'à ce que son mari meurt puis elle est retourné habiter chez ses parents dans le village son niveau d'instructions est de niveau terminale, elle dit qu'il y a 5ans depuis qu'elle a subi l'ablation se son sein droit à l'hôpital d'Akbou.

2-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

Fatiha n'avait aucun problème de santé avant qu'elle soit atteinte de cancer de sein elle dit que dans sa famille y a son père et sa grand-mère qui sont mort à cause du cancer mais défirent de celui qu'elle a, elle est la première dans la famille qui a eu le cancer de sein, sa première intervention chirurgicale était à cause de cette l'atteinte.

Sa première réaction quand elle sut pour sa maladie elle dit que « J'ai pleuré tellement, J'ai cru si la fin de monde ».et quand elle a sue pour son ablation dit elle s'était un choque pour moi. Elle dit « En me réveillant je me trouve entouré de gens, j'ai senti une très forte douleur dans la partie ou il y eu le pansement, j'ai pleuré de douleur et surtout le symbole de ma féminité que j'ai perdu ce n'est pas facile pour elle d'accepter.

D'après Fatiha il n'y a pas eu de complication qui ont accompagné cette atteinte. Mais par contre les effets secondaires se manifestent jusqu'à aujourd'hui le mal au os, perte de goût pour la nourriture cela à cause de traitement, elle suit un traitement pour son estomac ses effets souvent dit-elle se manifestent par les vomissements, mais malgré cela elle suit aucun régime stricte, mais elle dit que les médecins lui conseil des légumes surtout les épinards, Pour son ressentie actuellement par rapport à sante elle s'inquiète toujours au sujet de sa santé.

L'état de relation social et familial :

Madame Fatiha parle de la réaction de sa famille face à sa maladie elle dit qu'ils étaient tous choqué, mon mari ma famille et surtout mes sœurs et frères, ils n'aimaient pas pleurer devant moi ils me donnent beaucoup plus de courage ils essayent de m'aider à surmonter ses moment difficile, elle dit qu'ils étaient toujours là pour elle, que rien n'à changer au contraire leur relation était devenu plus que meilleur ils la laisse jamais, ils emmènent partout, ils ne la laisse pas dire non.

Mais à l'hôpital je n'ai pas eu beaucoup d'aide dans la part des infirmières, il répond jamais à mes besoins sauf dans la présence du médecin « le chirurgien qui m'a fait l'intervention » elle dit que « en va dire que je ne suis pas tombé dans les bonnes mains ». Sa famille était un facteur de protection et elle dit que ses relations sociales et familiales sont satisfaisantes.

Les informations concernant la qualité de vie :

Madame Fatiha dit qu'elle a rencontré des changements après la chirurgie, surtout physiquement elle dit une partie de son corps est plus là il y a un manque, mais après la chirurgie y a pas eu d'obstacles pour elle, mais pour accomplir les tâches quotidienne elle a toujours eu besoin de ses sœurs et les femmes de ses frères.

Ce qui la marqué dans l'histoire de sa maladie positivement le soutien reçu par son mari et ces parents, négativement elle se dit toujours si seulement je n'ai jamais eu le cancer. Elle souhaite la guérison et que elle tombe plus malade elle dit qu'elle a peur de retomber malade une

seconde fois et quelle aurais plus le courage de le confronter une autre fois, elle souhaite aussi qu'on puisse améliorer la prise en charge et surtout celles des infirmières parce qu'elle très mauvaise.

2-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	9	2	5	3	2	2	24	44.44
Satisfaction	5	5	5	5	5	5	30	83.33

Tableau N°04 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 02)

La lecture des résultats de l'échelle affirme un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 24/54 et avec un pourcentage de 44.44 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un résultat de 35/36 et de pourcentage de 83.33 %.

2-4 présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique							Echelle de la qualité de vie		
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	80	83.33	75	100	100	44.33	16.67	33.33	16.67	0	0	0	0	0	50

Tableau N° 05 : les résultats de l'échelle de QLQ-C30 (cas 02)

Les résultats de Mme Fatiha montrent une bonne qualité de vie qui est en moyen de 50%.

2-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

Dimension	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	58.33	100	/	66.67	38	0	11	100

La qualité de vie de Mme Fatiha est perçue à 50 /100, ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie .une évaluation bien exprime dans les dimensions suivantes :

➤ Les Dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 80 /100 - Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir 83.33/100 - Etat émotionnel 75/100 - Capacité cognitive 100/100 - Capacité à maintenir les relations sociales 100/100.
- Image corporelle 58.33/100 - l'activité sexuelle 100/100 - Plaisir sexuel / perspective d'avenir 66.67/100.

➤ Les Dimensions symptomatiques :

- Fatigue 44.33/100 – nausées et vomissements 16.67/100 – douleur 33.33/100 – insomnie 16.67/100 – manque d'appétit 0/100 - constipation 33.33/100 – diarrhées 0/100 – difficultés financières 0/100 – dyspnée 0/100 – les effets secondaires liée aux thérapeutique 38/100 – les symptômes mammaires 0/100 – les symptômes brachiaux 11/100 et perte de cheveux 33.33/100.

D'après les scores obtenu en peut dire que Mme Fatiha présente une estimation de santé global ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie et une échelle fonctionnelle élevé et un score faible pour une échelle symptomatique ce qui traduit un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

A partir des données de l'entretien ou Mme Fatiha annonce que « sa famille lui ont donné beaucoup plus de courage, qu'ils essayent de l'aider à surmonter ses moment difficile, ils étaient toujours là pour elle que rien n'à changer au contraire leur relation était devenu plus que

meilleur il la laisse jamais, ils emmènent partout » et avec les résultats des échelles de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle de soutien social « SSP ».

Nous avons conclu que Mme « Fatiha » est d'un score de vie global qui atteste d'une bonne qualité de vie et un niveau très élevé de soutien social.

3- le cas de Mme Taous

3-1 Présentation générale du cas :

Taous est une femme au foyer âgée de 63 ans mariée à un homme d'une situation financière instable, mère de 4 enfants elle a un niveau scolaire de 6^{ème} année primaire.

3-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Présentation des informations concernant l'état de Santer avant et après la mastectomie :

Avant de commencer l'entretien on a remarqué que Taous été calme et un peu fatiguer, on lui a demandé si elle pouvait tenir jusqu'à la fin de l'entretien, elle a dit oui mais ça se peut qu'elle s'arrête un peu pour appeler à son fils, après cela on a pu commencer l'entretien.

Taous a une bronchite et une polykystose rénale, elle a fait une invention d'appendicite a l'âge de 18ans,et une hyper attention, au cour de l'entretien en remarquer qu'elle parle pas beaucoup, elle donne des réponses limiter, sa mastectomie remonte maintenant à 2ans ils lui ont fait l'ablation du sein droit, elle nous a dit qu'elle est jamais rester à l'hôpital, même quand elle était à Sétif son fils et son mari lui ont louer une maison où se rend quand qu'elle sorte de l'hôpital, elle a eu aucune complication.

Au moment du réveille après l'opération elle a eu très mal, les douleurs ont précité un bout de quelques temps après l'intervention, avec le temps ça c'est arrêter, même ses bras lui font mal, elle se sentais très fatiguer à cause de la chimiothérapie, et le manque d'appétit, la radiothérapie montre que son état est en train d'évoluer juste elle se sent faible et elle a aussi des douleurs au

niveau de l'estomac, ses Os lui font mal cause des médicaments , ils peuvent pas lui donner des vaccins parce qu'elle a un problème rénale, les médecins lui donner un bilan rénale à faire, quand elle terminera la chimiothérapie elle entamera l'hémodialyse.

Les informations concernant la qualité de relation familiale et sociale :

La première fois que la famille a su pour sa maladie ils étaient choquée sur tout son marie et ses enfants, mais avec le temps ils ont fait que l'encourager et la soutenir, elle a une bonne relation au sein de sa famille, il Ya juste une petite tension avec son marie, pacque lui aussi il est diabétique, elle dit : « netta yahlekk, itnirvi rapide itkelike, neki daghen otsopotighara atas, mais it3assa feli , ullah ghaleb akken igetwawakhdham », par rapport à sa relation avec les autres rien na changer avant et après l'ablation, Taous a eu tous le soutien qu'il lui fallait, elle dit aussi que l'équipe médicale qui était à ses côtes se sont montrés gentille et bienveillant, et que sa famille est un facteur de protection, comme ces relations familiale et sociale sont très satisfaisante.

Les informations concernant la qualité de vie :

Taous a dit que : « hamdoulah, la situation anagh labasse biha zemrghasse ilahlak agui soit de mon côté avec le courage soi sel côté idhrimen », elle fait toute les tâches personnelle toute seul par exemple aller au toilette... etc. mais tout le reste c'est sa fille qui fait tout, son mari et son fils lui font ce qu'elle veut, sur tous son fils, c'est lui qui la dépose à l'hôpital avant qu'il part a son travail, il lui appelle avant qu'elle commence sa chimiothérapie, il vient la récupérer, elle essaye de continuer sa vie le plus normalement possible, comme elle le dit : « sehha dechffa daya » « guérir et être en bonne Santer » et vivre au sein de sa famille et voir ses petites enfants.

3-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	5	3	4	5	4	5	26	48.15
Satisfaction	5	5	5	5	5	6	31	88.11

Tableau N°06 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 03)

D'après les résultats Mme Taous a un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 26/54 et un pourcentage de 48.15%, et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé de 31/36 et un pourcentage de 100%.

	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
Dimensions	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	80	83.33	66.66	83.33	66.66	33.33	16.66	33.33	33.33	33.33	40	33.33	0	33.33	91.66

3-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Tableau N°07 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 03)

Le tableau montre des résultats très élevés avec un score de 91.66%, ce qui signifie une très bonne qualité de vie pour Mme Taous.

3-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IS	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	83.33	60	50	100	19.04	22.22	22.22	0

La qualité de vie de Mme Taous est perçue à 91.66/100 ce qui traduit un très bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 80/100 -Capacité à complaire toute forme de travail et d'activité de loisir 83.33/100 -Etat émotionnelle 66.66/100 -Capacité cognitive 83.33 /100 -Capacité à maintenir les relations sociales 66.66/100
-Image corporelle 83.33/100 - Activité sexuelle 60/100 - plaisir sexuelle 50/100 - Perspective d'avenir 100/100.

➤ Les dimensions symptomatiques :

➤ Fatigue 33.33/100 - Nausées et vomissements 16.66/100 - Douleur 50/100 - Insomnie 33.33/100 - Manque d'appétit 0/100 - Constipation 33.33/100 - Diarrhées 0/100 - Difficultés financières 0/100 - Dyspnée 33.33/100 - Les effets secondaires liée aux thérapeutique 19.04/100 - les symptômes mammaires 22/100 - Les symptômes brachiaux 22.22/100 et Perte de cheveux 0/100.

Les résultats montrent un score élever de santé global qui est traduit par un bon état de santé et une très bonne qualité de vie, une échelle de fonctionnelle élever et un score faible pour l'échelle symptomatique ce qui est traduit par un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien, Mme Taous a été « encourager par sa famille et son entourage comme elle a eu tous le soutien qui lui a fallu, son mari et son fils lui font ce qu'elle veut »et selon les résultats de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle du soutien social « SSP » on constate Mme Taous à une bonne qualité de vie et un niveau élevé de soutien social.

4- Le cas de Mme Malika :

4-1 Présentation générale du cas :

Madame Malika âgé de 43ans mariée, avec deux enfants une fille et un garçon elle vit dans un milieu rural mais à cause de sa maladie elle a alloué un appartement dans la ville pour faciliter

ces déplacements, elle a fait des études supérieures et maintenant elle travaille comme superviseur « éducatrice » à Tizi-Ouzou elle a subi une mastectomie de sein droit à Bejaia dans une clinique privée.

4-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

Madame Malika qu'avant qu'elle soit atteinte du cancer de sein elle n'avait aucune maladie à part ces accouchements par césarienne. Dans sa famille y a eu sa tante qui a un cancer mais pas de même type elle souffre d'un cancer du sang, elle est malade depuis 2017 elle a fait une intervention chirurgicale du côté droit au rameau d'olivier de Bejaia.

Elle dit le moment on m'a annoncé ma maladie, j'ai été choqué et Je n'ai pas cru ni moi ni mon mari d'ailleurs « imi ydnan akeni bli halkagh orominaghara choquigh orominagh ara ne nki ne argaziw » en plus on a refait les analyses on a cru que y'avais une erreur médicale mais malheureusement c'était vrai, elle a beaucoup pleuré après Malika dit qu'elle a accepté la réalité et grâce à sa foi en dieu elle a tenu bon. Après son réveil, « j'ai ressenti un désespoir » dit-elle en regardant la zone y'avais que des os après une heure avec la psychologue et ma famille mon mari surtout j'ai accepté.

Madame Malika dit qu'il y a pas de complication qui ont accompagné cette intervention mais par apport eux effet secondaire de traitement sur son poids elle dit qu'elle a perdu plus de poids mais malgré ça elle suit aucun régime stricte elle dit que l'essentiel si le résultat, au sujet de son ressenti actuellement par apport elle dit qu'elle regrette la santé, y a des capacités physiques et les devoirs et des fois elle se sent inutile envers son mari ses enfants « complexe d'infériorité ».

L'état de relation sociale et familiale :

Madame Malika dit que après l'annonce de sa maladie sa famille était choquée surtout ses frères et sœurs puisque elle tombe jamais malade même pas la grippe, une tumeur après un cancer de sein été un choc pour tout le monde mais ses enfants ne comprennent pas puisque ils étaient petits,

elle dit que sa maladie a rendu ses relations plus solide, plus attachante « noukal nhadar akthar gar waythmathniw » « on se parle plus entre frère et sœur »

Avec ses amies et collègues de travail elle dit que : « je n'ai pas dit jusqu'à ce que j'ai accepté ma maladie » mais leur relations avec elle n'a jamais de problème au contraire elle est devenu meilleur, elle dit aussi : «qui' ils étaient très serviables et compréhensive mais les premiers temps quand ils ont su pour ma maladie ils ont était choqué », rajoute que : «elle a créé une alerté générale », ce qui a pousser toutes les femmes qui travaillent avec elles ont fait la mammographie par peur.

Sa famille a toujours su comment l'aider à surmonter sa maladie, moralement et financièrement, pour elle sa famille a toujours était un facteur de protection. À l'hôpital j'ai était très bien accueil par son personnelles ils étaient compréhensive rien à dire sur eux que ça soit médecins ou infirmier. Malika considère ses relations social et familiale sont très satisfaisantes.

Les informations concernant la qualité de vie :

Madame Malika raconte qu'après la chirurgie sa vie à changer, elle peut plus faire les tâches quotidienne comme avant elle dit : « oulache thizmarth »

« Qu'elle n'a plus le physique », ça la gêne pour ces déplacements elle ne peut pas se déplacer comme avant surtout pour les visite aussi pour ne pas attraper de Maladie, mais au niveau du corps, la prothèse la beaucoup aider pour ne pas sentir le vide a la place surtout en sortant de la maison.

Ce qu'il l'a marqué le plus dans l'histoire de sa maladie positivement ses relation humaine le rapprochement plus qu'avant mais négativement non y'a aucune. Tous ses souhaite c'est la guérison la stabilité de la maladie.

4-3 Présentation et analyse des données de L'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	8	4	5	2	2	5	26	48,14
Satisfaction	5	5	5	5	5	5	30	83,33

Tableau N°08 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 04)

A travers les résultats obtenus dans l'échelle nous interprétons un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 26/54 et avec un pourcentage de 48.14 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un résultat de 30/36 et de pourcentage de 83.33%.

4-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	73.33	66.67	50	66.67	50	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.333	0	0	50

Tableau N° 09 : les résultats de l'échelle de QLQ-C30 (cas 04)

Le tableau ci-dessus montre que Mme Malika a une qualité de vie avec une moyenne de 50%.

4-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

Dimension	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	75	67.67	67.67	100	9.33	0	0	0

On a remarqué que la qualité de vie de Mm Malika est perçue à 50/100, ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie .une évaluation bien exprime dans les dimensions suivantes :

➤ Les Dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 73.33 /100 - Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir 66.67/100 - Etat émotionnel 50/100 – Capacité cognitive 66.67/100 – Capacité à maintenir les relations sociales 50/100.

Image corporelle 75/100 – l'activité sexuelle 67.67/100 – plaisir sexue6.767/100 –perspective d'avenir 100/100.

➤ Les Dimensions symptomatiques :

- Fatigue 33.33/100 – nausées et vomissements 33.33/100 – douleur 33.33/100 – insomnie 33.33/100 – manque d'appétit 33.33/100 - constipation 33.33/100 – diarrhées 33.33/100 – difficultés financières 0/100 – dyspnée 0/100 – les effets secondaires liée aux thérapeutique 9.33/100 – les symptômes mammaires 0/100 – les symptômes brachiaux 0/100 et perte de cheveux 0/100.

D'après la cotation des résultats en déduit que Mme Malika présente un score élevé de santé global ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie et une échelle fonctionnelle élevé et un score faible pour une échelle symptomatique ce qui traduit un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien ou Mme Malika a déclaré que « Sa famille a toujours su comment l'aider à surmonter sa maladie, moralement et financièrement » et a partir des résultats de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle de soutien social « SSP » Nous n'avons conclu que Mme « Malika » est d'un score de vie global qui témoignant d'une bonne qualité de vie et un niveau très élevé de soutien social.

5- le cas de Mme Zahia :

5-1 Présentation générale du cas :

Zahia est une femme au foyer âgée de 47 ans, mère de 3 enfants c'est une femme qui est passé par beaucoup d'épreuves durant sa vie, marier a un homme qui est dépressif avec une situation financière médiocre, mais ça la pas empêcher d'avoir espoir qu'un jour tout va s'améliorer elle s'est confier à nous sans aucun problème.

5-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien

Les informations générales concernant l'état de Santer avant et après la mastectomie :

Avant que Zahia ait subit une mastectomie, elle a fait une opération pour enlever un fibrome, et elle a un goitre, sont ablation du sein droit a été faite a targua-ouzmour remonte à 3ans, quand on lui a annoncer le fait qu'elle soit obligée d'enlever son sien la choquée elle a pleuré beaucoup, au réveille après l'opération elle a eu très mal, et c'est rendu compte qu'ils lui ont brulée son épaule, elle dit que : « souffrigh apres l'opetaion, r l'ekkrihh ani n'taytiw imi itssarghen, taraghdaghen milh » « j'ai souffre après l'opération, avec mon épaule qui été brulée, et le faite que je vomissait beaucoup » après ça elle a essayé de vivre avec ça, en se battant avec son espoir après un bout de temps de son ablation elle a fait la radiothérapie, les médecins ont constater que le cancer été réapparue dans son coup, actuellement elle est sous chimiothérapie, ses cheveux sont retomber une deuxième fois, Zahia suit un régime qu'elle a fait elle-même pas de yaourt ou de sucre, ni viande rouge, elle fait de son mieux pour qu'elle se rétablisse une fois pour toute et fini avec ce cancer, elle se sent fragile, faible, fatiguer « tekkrhniyi yeghssaniw milh,tehhlakagh rapide, avehi kan akka amechtouh issawadhiyi r ossou » « mes os me font très mal, je tombe facilement malade un simple rhume peut me mettre au lit ».

Les informations concernant l'état de relation familiale et sociale :

Zahia c'est ouverte à nous sans complexe, elle nous a tous raconté à propos des problèmes qu'elle a eu avec son mari et sa belle-mère, elle nous a dit : « yenyid wargaziou othetatafedhara doudro s'ghori » « mon mari m'a dit qu'il va pas me donner de l'argent pour me soigner » heureusement que ses sœurs et ses amies l'encouragent et l'aident dans tout ce qu'elle avait besoin, au début sa belle-mère ne l'avait pas cru quand Zahia lui a dit qu'elle a fait une ablation, pour la belle-mère Zahia ment, c'est pour ça qu'elle continuera à la basculer et la rendre mal, « sevragh imi id yiwen wasse ekssghazed el khimar, sekngazed antik ani n l'opération, thechoquee theghli sivedi, guimaren apres thelviyid semahh » « jusqu'au jour elle a enlevé le voile devant elle et lui a fait monter la zone de l'ablation, tellement choquée sa belle-mère tomba directement à terre, après cela elle lui a demandé pardon pour tout ce qu'elle lui a fait » elle dit que son mari aussi fait des efforts pour améliorer sa relation avec elle, et ses relations aussi avec les autres sont satisfaisantes.

Les informations concernant la qualité de vie :

On lui a demandé à Zahia si elle avait rencontrée des changements après la chirurgie, elle a répondu : « après l'opération ani houssagh ammaken meden akk hemlniyi aketharr » « après l'opération j'ai ressenti comme si tout le monde m'aimait beaucoup » par rapport aux tâches quotidiennes c'est elle qui fait tout en sachant qu'elle prend aussi soin de sa belle-mère.

elle vient pour sa séance de chimiothérapie et repars sur transport quand elle arrive à la maison elle reprend ses tâches ou elle les a laissées, même elle se sent malade Zahia est obligée de travailler à la maison, elle ne peut pas se courber, ou lever quoi que ce soit parce que son épaule lui fait mal, comme elle le dit « akken igevvghou yili el hal thoura akhir goussan i3edane, elligh setrouyagh kan, oulache l'ehhna, soufffrigh » mais « malgré tout sa situation d'actuelle est bien meilleure qu'avant, je pleure, beaucoup j'avais pas de paix, j'ai souffert » elle rajoute : « hamdoulah iffekad rebi thalwith », le plus grand souhait de Zahia est de partir en France pour continuer à se soigner, et faire el Omra.

5-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	4	2	4	6	4	4	26	48.15%
Satisfaction	4	4	5	5	4	5	27	75%

Tableau N°10 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 05)

Les résultats obtenus affirme un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 26/54 et avec un pourcentage de 48.15 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élève avec un résultat de 27/36 et de pourcentage de 75 %.

5-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	
Les scores	86.88	83.33	50	50	100	33.33	33.33	33.33	0	33.33	33.33	33.33	0	0	100

QLQ-C30**Tableau N°11 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 05)**

Mme Zahia a un score très élevé de 100% qui traduit une très bonne qualité de vie.

5-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

Dimension	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
	IS	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	80	66.66	66.66	100	19.04	33.33	33.33	33.33

La qualité de vie de Mme Zahia est perçue à 66.66/100 ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 86.88/100 - Capacité à complaire toute forme de travail et d'activité de loisir 83.33/100 - Etat émotionnelle 50/100 - Capacité cognitive 50/100 - Capacité à maintenir les relations sociales 100/100

- Image corporelle 80/100 - Activité sexuelle 66.66/100 - Plaisir sexuelle 66.66/100 - Perspective d'avenir 100/100.

➤ Les dimensions symptomatiques :

- Fatigue 33.33/100 - Nausées et vomissements 33.33/100 - Douleur 50/100 - Insomnie 33.33/100 - Manque d'appétit 50/100 - Constipation 33.33/100 - Diarrhées 33.33/100 - Difficultés financières 33.33/100 - Dyspnée 33.33/100 - Les effets secondaires liée aux thérapeutique 19.04/100 - les symptômes mammaires 33.33/100 - Les symptômes brachiaux 33.33/100 et Perte de cheveux 33.33/100.

Mme Zahia présente un bon score de santé global qui montre un bon état de santé et une bonne qualité de vie, une échelle de fonctionnelle élevé et un score faible pour l'échelle symptomatique ce qui est traduit par un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas:

L'analyse des données de l'entretien avec Mme Zahia où elle a annoncé que « après l'opération j ressens comme si tout le monde m'aime » et selon les résultats de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle du soutien social « SSP » qui nous ont montré que Mme Zahia à une bonne qualité de vie et un niveau élevé de soutien social.

6- Le cas de Mme Fatima :

6-1 Présentation générale du cas :

Fatima âgée de 63 ans mariée depuis 1969 mère de 12 enfants, 8 filles et 4 garçons, elle a fait ça primaire dans une école des Français à l'époque du colonialisme.

6-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations concernant l'état de sante avant et après la mastectomie:

Fatima est une vieille dame gentille et souriante avec nous tout au long de l'entretien, elle avait aucune maladie avec sa mastectomie, sa à commencer par constater que son sien avait gonfler puis elle est partie à un médecin il lui a donner des médicaments qui conduit a fait déborder le kyste, puis ils ont orienter directement vers une ablation total du sein, quand ils lui annoncer qu'elle devait faire l'opération elle dit : « la première fois khoul3agh, mais après nighasse awid kan adhehlough » « la première fois j'ai eu peur, mais je me suis dit l'essentiel je vais guérir ».

Fatima a fait sa première opération en 2005 à Oued-Ghir pour enlever le sein droit elle est restée sous chimiothérapie jusqu'à 2007, elle tomber souvent malade pare qu'elle fessait des aller retours a Alger pour faire sa chimiothérapie en transport, on a demandé à Fatima si il y avait des personnes a par elle qui avait ce types de maladie elle a dit que sa cousine, et sa mère avait un cancer, d'ailleurs sa mère avait un cancer de l'estomac elle avait subi 6 opérations, elle est morte sur la table d'opération l'année passée, Fatima avait recommencer à reprendre sa vie normale, jusqu'à ce que le cancer reparue après 9 ans dans son coup, et c'est là qu'elle nous a dit : « onwighara akk aydyoughal, adh3awdhagh ad3achagh kouleche swada » « j'ai jamais cru qu'il va réapparaitre et que je serai obligé de vire tous une deuxième fois », elle a fait une seconde opération en 2014 et rester sous chimiothérapie une année plus tard en 2015, on lui a dit qu'elle pouvait dire après ses deux opérations qu'elle est sont ressentie par rapport à son état physique, elle a répondu comme suite : « hmdoulah ma kimagh akka dessah you3ar elhal, mais etfagh g rebi, tnahhlakagh kan rapidement apar sa hmdoulah » « dieu merci si je reste comme ça, c'est

vrai que sa était difficile, mais j'ai foi en dieu, a par le faite que je tombe facilement malade, rien de grave »

Les informations concernant l'état de relation familiale et sociale :

Fatima parle toujours de sa famille comme étant un facteur de protection qui l'ont aider à dépasser sa maladie pour la deuxième fois, ils lui donnent le soutien et le courage de se battre pour sa vie et sa santé, pour elle la famille avant tous et ses relations avec son entourages sont très satisfaisantes comme elle nous la expliquer, elle a dit aussi que l'équipe médicale qui la prise en charge ont été très gentille avec elle, soi c'elle de l'hôpital Mestfa-Bacha ou c'elles de l'hôpital d'Amizour

Les informations concernant la qualité de vie :

Durant les deux opérations que Fatima a subit elle a rencontrée aucun changement de la part des autres tout le monde était bien avec elle, sa fille prend soin d'elle, et de de toutes les tâches quotidiennes , par rapport à sa maladie Fatima n'a aucun obstacle de continuer sa vie, comme elle le dit « tefaghagh nei d yeli, touhough thwissagh, trouhough r la fmallie inou » « je sors avec ma fille, on fait des balades, je pars chez mes proches, Fatima nous parler toute en étant tranquille calme elle ne cesser pas de dire « sobhanou neta ithidifkan » « c'est dieu qui me la donner » elle été croyante, son souhait est de guérir.

6-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	9	5	5	5	5	5	34	62.96
Satisfaction	6	6	6	5	5	6	34	94.44

Tableau N°12 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 06)

A partir des résultats obtenus dans l'échelle on remarque un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 34/54 et avec un pourcentage de 62.96 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élève avec un résultat de 34/36et de pourcentage de 94.44%

6-4 Présentation et analyse des données de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
Dimensions	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	73.33	66.66	66.66	100	100	22.22	0	33.33	33.33	33.33	0	0	0	33.33	91.66

Tableau N°13 : Les résultats de l'échelle QLQ-C30 (cas 06)

Le tableau ci-dessus montre des résultats très élevé avec un score de 91.66 ce qui veut dire que Mme Fatima a une très bonne qualité de vie.

6-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IS	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	80	66.66	66.66	100	19.04	33.33	33.33	33.33

La qualité de vie de Mme Fatima est perçue à 91.66/100 ce qui traduit un très bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 73.33/100
- Capacité à complaire toute forme de travail et d'activité de loisir 66.66/100
- Etat émotionnelle 66.66/100
- Capacité cognitive 100 /100
- Capacité à maintenir les relations sociales 100/100
- Image corporelle 80/100
- Activité sexuelle 66.66/100
- Plaisir sexuelle 66.66/100
- Perspective d'avenir 100/100

- Les dimensions symptomatiques :
 - Fatigue 22.22/100 - Nausées et vomissements 0/100 - Douleur 33.33/100 - Insomnie 33.33/100 - Manque d'appétit 33.33/100 - Constipation 0/100 - Diarrhées 0/100 - Difficultés financières 0/100 - Dyspnée 33.33/100 - Les effets secondaires liée aux thérapeutique 19.04/100 - les symptômes mammaires 33.33/100 - Les symptômes brachiaux 33.33/100 et Perte de cheveux 33.33/100.

Les résultats obtenu montrent que Fatima manifeste un score élevé de santé global qui est traduit par un bon état de santé et une très bonne qualité de vie, une échelle de fonctionnelle élevée et un score faible pour l'échelle symptomatique ce qui est traduit par un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

Dans son entretien Mme Fatima nous a dit que «sa famille comme étant un facteur de protection qui l'ont aidé à dépasser sa maladie pour la deuxième fois, ils lui donner le soutien et le courage de se battre pour sa vie et sa santé » avec les résultats obtenu de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle du soutien social « SSP » on constate Mme Fatima à une bonne qualité de vie et un niveau élevé de soutien social.

7- Le cas de Mme Zahra :

7-1 Présentation générales du cas :

Madame Zahra âgée de 85ans femme au foyer, mère de neuf enfants « cinq filles quatre garçons » elle est l'unique de ces parent elle habite dans un milieu urbain elle dit qu'elle n'est jamais allé à l'école, elle a subi une mastectomie du sein droite et son opération a été fait dans une clinique privé a Bejaia cela date de 2016.

7-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

Nous avons eu une seule rencontre avec madame Zahra durant laquelle on n'a pu rassembler toutes les informations, elle était souriante et dynamique, Madame Zahra a vécu une enfance et une adolescence normale sans aucune maladie, mais à l'âge de 50 ans elle a fait une chirurgie de canal carpien aussi elle a subi une autre intervention pour un problème de genou, une autre pour le goitre mais elle dit que ça n'a pas influencé sa vie seul le problème du genou qui l'a obligé à utiliser une canne pour pouvoir marcher mais après avoir fait l'ablation de son sein droit elle arrive mal à utiliser bien la canne alors pour se déplacer que ça soit dans la maison ou à l'extérieur elle utilise déambulateur. Dans sa famille y a eu son oncle qui a souffert d'une même maladie cancer mais d'un autre type. Madame Zahra raconte qu'elle n'était pas au courant de sa maladie si son fils qui a été le premier à savoir, elle dit : « j'ai été choqué mais je n'ai pas pleuré ».

À son réveil après avoir fait l'intervention dit-elle je n'ai pas ressenti de douleurs mais en voyant la zone et le pansement j'ai encore subi un autre choc avec tous les gens qui m'ont entouré je n'ai pas pu supporter », mais après avec le temps tout a changé et que sa santé va de mieux en mieux et qu'il n'y a aucune complication qui a accompagné cette intervention, ni aucun traitement elle suit aucun régime alimentaire strict elle dit qu'elle mange un peu de tout.

Madame Zahra dit que sa santé va bien « hamdollah » sauf le problème du genou des fois qu'il l'empêche de se déplacer à l'hôpital sinon tout va bien.

L'état de relation sociale et familiale :

Madame Zahra raconte que le jour où sa famille a su pour cette maladie ils étaient tous choqués. Elle dit que ces relations n'ont pas changé au contraire ils sont devenus mieux qu'avant, sur tout avec ses belles filles ils ont tous aidé à surmonter sa maladie moralement et physiquement «

awninyi soumslayensan srahmansan ». Madame Zahra dit que le personnel au sein de l'hôpital ils sont tous compétant et humaniste et rien à dire sur eux « machallah l3alithan akith ».

Son entourage été pour elle un facteur de protection, ses relations social et familial sont très satisfaisantes

Les informations concernant la qualité de vie :

Madame Zahra raconte qu'avant de subir cette ablation, sa santé ne lui permettait pas de faire les tâches ménagères alors elle le fait avec l'aide d'une femme de ménage et d'après ce qu'elle a raconté, elle est une femme riche le moment au elle a besoin de se déplacer pour sa chimiothérapie son fils lui a loué un appartement, malgré qu'elle a besoin d'autres personnes pour aider mais cela ne lui a pas provoqué des obstacles puisque elle a les moyens.

Madame Zahra dit que dans l'histoire de sa maladie la chose la plus positive qu'il l'a marqué si qu'elle a trouvé son mari et ses enfant a ses coter et ils lui ont montrée leurs affection pour elle, et comme elle a de valeur à leur yeux. Tous ces souhaits pour les gens qui sont malade elle souhaite leur guérison « inchallah adifka rebi chfa akith iwidak ihlkan lhlakayi ».

7-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
Disponibilité	9	3	9	5	5	5	36	66,67
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100

Tableau N°14 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 07)

A partir des résultats obtenus dans l'échelle on affirme un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 36/54 et avec un pourcentage de 66.67 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élève avec un résultat de 36/36 et de pourcentage de 100 %.

7-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
Dimensions	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	67.67	50	83.33	67.67	100	33.33	0	0	0	0	33.33	0	0	0	75%

Tableau N° 15 : les résultats de l'échelle de QLQ-C30 (cas 07)

On remarque un score élevé dans les résultats de Mme Zahra qui est de 75% ce qui se traduit en une bonne qualité de vie.

7-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	100	66.67	/	100	4.67	0	0	0

La qualité de vie de Mme Zahra est perçue à 75/100, ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie .une évaluation bien exprime dans les dimensions suivantes :

➤ Les Dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 67.67 /100
- Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir 50/100
- Etat émotionnel 83.33/100
- Capacité cognitive 67.67/100
- Capacité à maintenir les relations sociales 100/100.

Image corporelle 100/100 – l'activité sexuelle 67.67– plaisir sexuel / –perspective d'avenir 100/100.

➤ Les Dimensions symptomatiques :

- Fatigue 33.33/100 – nausées et vomissements 0/100 – douleur 0/100 – insomnie 0/100 – manque d'appétit 0/100 - constipation 33.33/100 – diarrhées 33/100 – difficultés financières 0/100 – dyspnée 0/100 – les effets secondaires liée aux thérapeutique 4.67/100 – les symptômes mammaires 0/100 – les symptômes brachiaux 0/100 et perte de cheveux 0/100.

En conclu que Mm Zahra présente un bon état de santé et une bonne qualité de vie avec une échelle fonctionnelle élevé et un score faible pour une échelle symptomatique ce qui veut dire un faible niveau de symptômes.

Synthèse de cas:

D'après l'analyse des données de l'entretien ou Mme Zahra a bien préciser, lors de sa maladie elle a trouvé son mari et ses enfant a ses coter et ils lui ont montrée leurs affection pour elle, et comme elle a de valeur à leur yeux, et a partir des résultats de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle de soutien social « SSP » on peut dire qu'elle manifeste d'une bonne qualité de vie et un niveau très élevé de soutien social.

8- Le cas de Mme Djamila:

8-1 Présentation générale du cas :

Djamila est femme au foyer mariée depuis 48 ans, mère de 04 enfants, elle a un niveau scolaire du primaire, quand on la vue son marie son marie été venu avec elle, il a attendu dehors jusqu'à la fin de l'entretien.

8-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations consternant l'état de sante avant et apes la mastectomie :

Djamila a une hypertension, et elle a subit 04 opérations qui sont , la vésicule, l'appendicite, l'renie discale, goitre, aucun membres de sa famille n'avait été toucher par le cancer, sont opération s'est faite à targa-ouzmour en 2017 pour enlever le sein gauche, la première fois

quand ils lui ont annoncé son cancer, dans son cas sa nécessité d'une ablation totale du sein gauche, elle nous a dit : « welah ma khoul3agh elmouhim adhehlough,ta3atou ullah » « sa ma pas choquée, pour moi l'essentiel est de guérir », l'ablation c'est bien déroulé y'avait eu aucune complication, au réveil elle dit : « twakarhagh, houssagh amekken yegheli ouzzguenn dhegui » et elle rajoute « mais hamdoullah » « j'ai eu mal, j'ai ressenti comme si une moitié de moi-même m'est enlevée », son appendice s'est fait après avoir fait son ablation, actuellement elle est sous médicaments, Djamilia a dit : « zzrigh blik jamais adhilih amzzik » « je sais que je ne vais plus être comme avant », pour elle son état actuellement est meilleur que ce qu'elle croyait.

Les informations concernant l'état de relation familiale et sociale :

Sa fille était choquée à la suite de l'annonce de sa maladie, Djamilia c'est arrêté de parler quelques secondes puis elle a dit : « d'ailleurs yema danchthnie itinghane » « d'ailleurs ma mère est morte du choc après avoir su que j'étais malade » elle de bonne relation avec son entourage les relations n'ont pas changé après son opération, elle a des amies avec qui elle s'entend très bien avec eux, elle a eu tout le soutien qui lui fallait, même avec les infirmières elle a de bonne relation avec eux, la famille pour Djamilia est un grand élément qui a contribué pour son amélioration.

Les informations concernant la qualité de vie :

Djamilia nous a dit qu'il a eu aucun changement dans sa vie après l'opération, et que tout le monde l'aime « ma famille, mes voisins, mais après avoir fait l'ablation elle reste beaucoup à la maison, son état physique lui permettait pas de sortir beaucoup, à la maison elle bouge rarement c'est sa fille et la femme de son fils qui s'occupent des tâches quotidiennes de la maison, par rapport à sa maladie et son ablation tout ce qu'il lui restait dans la tête est : « elligh s'sehhaou, thoura dayen therouh, mais daghen loukan oukhimghara l'ablation ani otoughalghara bien » « j'étais en bonne santé mais je l'ai perdue, mais d'un autre côté si j'avais pas fait l'ablation j'aurais pas pu aller mieux » tout au long de l'entretien elle disait : « ikhetviyith rebi

ath3achagh, kevlageth » « dieu ma imposer cette maladie, je l’accepte » tous ce qu’elle veut est de guérir pour pouvoir faire El Omra.

8-3 Présentation et analyse des données de l’échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	Total	TOTAL %
Disponibilité	5	5	4	4	5	4	27	50
Satisfaction	6	5	6	5	5	5	32	88.88

Tableau N°16 : les résultats de l’échelle de SSP (cas 08)

Dans l’échelle on note un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 27/54 et avec un pourcentage de 50 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élève avec un résultat de 32/36 avec un pourcentage de 88.88%.

8-4 Présentation et analyse des données de l’échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique										Echelle de la qualité de vie
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV	
Les scores	80	100	66.66	66.66	83.33	44.44	16.66	33.33	33.33	50	0	0	33.33	33.33	91.66%	

Tableau N°17 : Les résultats de l’échelle QLQ-C30 (cas 08)

On remarque que Mme Djamila a une bonne qualité de vie avec un score élevé de 91.66.

8-5 Présentation et analyse des données de l’échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IS	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	83.33	50	33.33	100	28.57	25	33.33	0

La qualité de vie de Mme Djamila est perçue à 91.66/100 ce qui renvoie à un très bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 80.33/100 -Capacité à complaire toute forme de travail et d'activité de loisir 100/100 -Etat émotionnelle 66.66/100 -Capacité cognitive 66.66/100 -Capacité à maintenir les relations sociales 83.33/100
-Image corporelle 83.33/100 - Activité sexuelle50/100 - Plaisir sexuelle 50/100 - Perspective d'avenir 100/100

➤ Les dimensions symptomatiques :

➤ Fatigue 44.44/100 - Nausées et vomissements 16.66/100 - Douleur 33.33/100 - Insomnie 33.33/100 - Manque d'appétit 33.33/100 - Constipation 0/100 - Diarrhées 0/100 - Difficultés financières 33.33/100 - Dyspnée 33.33/100 - Les effets secondaires liée aux thérapeutique 28.57/100 - les symptômes mammaires 25/100 - Les symptômes brachiaux 33.33/100 et Perte de cheveux 0/100.

Mme Djamila présente un score élevé de santé global qui est traduit par un bon état de santé et une très bonne qualité de vie, une échelle de fonctionnelle élevée et un score faible pour l'échelle symptomatique ce qui est traduit par un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

A partir de l'analyse des données de l'entretien ou Mme Djamila a dit que sa famille à jouer un grand rôle qui a contribué à son amélioration, on combinant avec les résultats de l'échelle de la

qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle du soutien social « SSP » on déduit que Mme Djamilia à une bonne qualité de vie et un niveau élevé de soutien social.

9- Le cas de Mme Zouina :

9-1 Présentation générale du cas :

Madame Zouina âgé de 38ans mariée avec trois filles une femme au foyer, elle habite dans un milieu rural. Elle à un niveau scolaire du primaire niveau 4émé année elle a subi une intervention chirurgicale de sein droite il y a 2ans à Bejaia plus exactement à Targa Ouzemmour.

9-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

Zouina avant de subir la mastectomie elle ne souffre d'aucune maladie auparavant et elle n'a subi aucune intervention chirurgicale même pour une autre atteinte, elle dit que n'y a personne dans sa famille qui souffre de cette atteinte.

Un jour dit-elle en se soignant pour avoir des enfants, elle a découvert une boule dans son sein droit, elle est parti faire une mammographie avec son frère et son mari, raconte que sa réaction la première fois qu'elle a su pour sa maladie été un choc, elle a pleuré mais tous c'est passer très rapidement comme si c'est une grippe , elle a subi son intervention en se réveillant elle a rien compris , y a pas eu de mal dans la zone tous est normal pour elle n'y pas eu de complication qui a suivi cette atteinte toute était passer bien ,aucun effet secondaire de traitement, actuellement elle suit des vaccins pour quelle puisse avoir plus d'enfants mais son ressentie par rapport à sa santé est de mieux en mieux elle dit « hamdoullah sahaynou thtdou kan rzath »

L'état de relation social et familial :

Zouina raconte que jusqu'à aujourd'hui sa mère n'a pas été mise au courant pour sa maladie, elle dit que sa mère est diabétique et son cœur ne peut pas supporter une telle information. Ses sœurs aussi n'ont pas été mises au courant que après son opération, après cela elle a raconté à sa famille sauf sa mère jusqu'à aujourd'hui elle ne sait pas donc son mari et son frère qui ont été à ses côtés durant cette période difficile elle dit que : « leur comportement n'a jamais changé envers moi au contraire ils m'ont beaucoup aidé surtout mon conjoint ».

Zouina dit que sa famille a toujours été un facteur de protection qu'elle est toujours satisfaite de ses relations sociales et familiales que même quand elle était à l'hôpital le personnel soignant l'a énormément aidé « mach Allah ».

Les informations concernant la qualité de vie :

Zouina dit que « kra ogbdal g lhayatiw » rien n'a changé dans sa vie, rien n'a gêné sa vie sociale et familiale, qu'elle n'a pas eu d'obstacle, mais par rapport à ses tâches quotidiennes elle a besoin d'aide un peu elle dit que sa fille de 13 ans l'aide un peu elle rajoute que son grand souhait « tmnigh dajigh adzmragh adarwag yarna daqchich » si la guérison et avoir un enfant « garçon ».

9-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
Disponibilité	9	5	2	5	2	5	28	51.85%
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100%

Tableau N°18 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 09)

Selon les résultats obtenus dans l'échelle on note un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 28/54 et avec un

pourcentage de 51.85 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un résultat de 36/36 et de pourcentage de 100%.

9-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
Dimensions	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	67.67	83.33	91.67	100	100	33.33	16.67	16.67	33.33	0	0	0	0	0	83.33%

Tableau N° 19 : les résultats de l'échelle de QLQ-C30 (cas 09)

Dans ce tableau ci-dessus un score très élevé avec un score de 83.33%, qui se traduit en bonne qualité de vie pour Mme Zouina.

9-5 Présentation et analyses des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	83.33	66.67	66.67	100	19	22.33	11	33.33

Nous avons remarqué que la qualité de vie de Mme Zouina est perçue à 83.33/100, ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les Dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 67.67 /100
- Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir 83.33/100
- Etat émotionnel 91.67/100
- Capacité cognitive 100/100
- Capacité à maintenir les relations sociales 100/100.

Image corporelle 83.33/100 – l'activité sexuelle 66.67/100 – plaisir sexuel 66.67/100 – perspective d'avenir 100/100.

➤ Les Dimensions symptomatiques :

- Fatigue 33.33/100 – nausées et vomissements 16.67/100 – douleur 16.67/100 – insomnie 33.33/100 – manque d'appétit 0/100 - constipation 0/100 – diarrhées 0/100 – difficultés financières 0/100 – dyspnée 0/100 – les effets secondaires liée aux thérapeutique 19/100 – les symptômes mammaires 22.33/100 – les symptômes brachiaux 11/100 et perte de cheveux 33.33/100.

Pour ce qui des dimensions Mme zouina présente une estimation de santé global ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie et une échelle fonctionnelle élevé et un score faible pour une échelle symptomatique ce qui traduit un faible niveau de symptômes.

Synthèse du cas :

L'analyse des données de l'entretien de Mme Zouina qui a dit que « rien n'à changer dans sa vie, rien n'à gêner sa vie sociale et familiale, qu'elle n'a pas eu d'obstacle » et les résultats obtenu de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle de soutien social « SSP ».

Nous n'avons conclu que Mme Zouina est d'un score de vie global qui atteste d'une bonne qualité de vie et un niveau très élevé de soutien social.

10- Le cas de Mme Amel :

10-1 Présentation générale du cas :

Madame Amel est une femme au foyer âgée de 40ans, mariée mère de deux enfants une fille et un garçon, femme au foyer qui habite dans un milieu urbain, elle a subit une mastectomie de son sein gauche depuis 2ans, l'opération a été effectuer a Bejaia dans une clinique privé.

Madame Amel à accepter de participer à la recherche avec plaisir, elle a été coopérative malgré les difficultés rencontrées par rapport au niveau d'instruction niveau terminal, nous avons effectué un seul entretien en na peut rassembles toute les informations son opération.

10-2 Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

L'état de santé avant et après la mastectomie :

Madame Amel affirme qu'elle a jamais eu de maladie avant qu'elle soit atteinte d'un cancer de sein ni hospitaliser à cause d'une autre atteinte à part celle-ci, dans l'histoire de la famille aucune personne n'a souffert de cette maladie. La première intervention qu'elle a faite a été à cause de cette atteinte, elle a subi comme un choc au début déclare « J'ai pleuré toutes les larmes de mon corps », à son réveil de la chirurgie elle dit « je ressenti rien à l'instant comme un vide » après cette intervention elle affirme qu'elle n'a pas été hospitalisée et que sa santé va bien et qu'il n'y a pas eu de complication mais par rapport au traitement il y a eu des effets secondaires tels que la fièvre, actuellement elle subit une chimiothérapie cela l'affaiblit, pour le régime elle suit pas un régime strict mais les médecins lui conseillent d'éviter les viandes rouges. Madame Amel malgré tout elle dit que sa santé elle va bien.

L'état de relation sociale et familiale :

Madame Amel déclare que sa famille était choquée au début après ils l'ont soutenue et que c'est sa relation avec son entourage « surtout son mari » qu'il y a eu aucun changement au contraire il l'a soutenue il s'est amélioré il a su comment l'aider à surmonter tout ce qui est toujours un facteur de protection pour elle, Amel elle n'a pas d'amie mais lui il remplace tout, elle a parlé de l'équipe de travail qu'il y a rien à dire de leur côté qu'ils ont aidé beaucoup qu'ils sont très gentils « que ce soit les infirmières ou médecins même les femmes de ménage » elle dit que ces relations sociales et familiales sont très satisfaisantes.

Les informations concernant la qualité de vie :

Madame Amel dit qu'elle n'a rencontré aucun changement rien n'a changé ni du côté de sa famille ni de son mari au contraire ces relations sont devenues plus soudaines. Madame Amel confirme que la chirurgie n'a jamais provoqué des obstacles et que son état physique et son traitement n'ont jamais gêné sa vie sociale et familiale ou qu'elle a eu le sentiment de la

nécessiter d'aide d'autres personnes pour accomplir les tâches quotidiennes. Tous se qu'elle souhaite c'est de guérir, pour elle et toutes les femmes qui sont de même cas.

10-3 Présentation et analyse des données de l'échelle de soutien social perçu :

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
Disponibilité	6	3	6	2	6	6	29	53.70%
Satisfaction	5	5	5	5	5	5	30	83.33%

Tableau N°20 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 10)

Les résultats obtenus affirme un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage avec un score de 36/54 et avec un pourcentage de 66.67 % et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élève avec un résultat de 36/36 et de pourcentage de 100 %.

10-4 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Dimensions	Echelle fonctionnelles					Echelle Symptomatique									Echelle de la qualité de vie
	CF	CT	EM	CC	CS	FA	NV	DO	IN	MA	CO	DI	DF	DY	QDV
Les scores	92	73.33	83.33	100	100	44.33	33.33	16.67	33.33	33.33	0	33.33	0	0	83.33%

Tableau N° 21 : les résultats de l'échelle de QLQ-C30 (cas 10)

Les résultats de Mme Amel montrent un score élevé de 83.33%, qui se traduit en bonne qualité de vie.

10-5 Présentation et analyse des données de l'échelle complémentaire QLQ BR-23

	Echelle fonctionnelles				Echelle symptomatique			
Dimension	IC	AS	PS	PA	ES	SM	SB	PH
Les scores	33.33	100	/	100	9.33	11	11	33.33

La qualité de vie de Mme Amel est perçue 83.33/100, ce qui traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

➤ Les Dimensions physiques :

- Capacité fonctionnelle 92 /100 - Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir 73.33/100 - Etat émotionnel 83.33/100 – Capacité cognitive 100/100 – Capacité à maintenir les relations sociales 100/100.

Image corporelle 33.33/100 – l'activité sexuelle 100 /– plaisir sexuel / –perspective d'avenir 100/100.

➤ Les Dimensions symptomatiques :

- Fatigue 44.33/100 – nausées et vomissements 33.33/100 – douleur 16.67/100 – insomnie 33.33/100 – manque d'appétit 33.33/100 - constipation 0/100 – diarrhées 33.33/100 – difficultés financières 0/100 – dyspnée 0/100 – les effets secondaires liés aux thérapeutiques 9.33/100 – les symptômes mammaires 11/100 – les symptômes brachiaux 11/100 et perte de cheveux 33.33/100.

En peut dire que les scores que Mme Amel obtient ne traduisent pas un niveau élevé de l'état de santé global surtout le score obtenu de la dimension physiques « image corporelle » qui traduit un niveau bas 33/100 mais au niveau symptomatique les scores obtenus sont trop faibles pour dire qu'il représente un niveau haut de symptôme.

Synthèse du cas :

A partir de l'analyse des données de l'entretien les résultats de l'entretien ou Mme Ame a déclaré que « rien n'a changé ni du côté de sa famille ni de son mari au contraire ces relations

sont devenu plus soudait » et des résultats obtenu de l'échelle de la qualité de vie (QLQ-C30 et BR23) et l'échelle de soutien social « SSP »

On peut dire que Mme « Amel » présente une bonne qualité de vie et un niveau très élevé de soutien social.

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Nous allons reprendre dans cette partie, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif et les deux échelles « soutien social » SSQ6 et l'EORTC QLQ-C30 et QLQ-BR23.

➤ Première hypothèse

L'existence d'un accompagnement social pour les femmes qui subissent une mastectomie par la famille, les amie, l'équipe médicale, l'environnement en général même les associations. Elle est présente par deux aspect de soutien social perçu une bonne disponibilité et satisfaction. Effectivement nos dix cas ont confirmé notre hypothèse ; elles reçoivent de bonne soutien à des degrés différent « moyen » «élevé »et « très élevé » entre disponibilité et satisfaction

- Le 1er cas obtient un niveau moyen de la disponibilité des personnes ainsi un niveau très élevé de satisfaction. Elle déclare « avoir a eu un grand soutien de la part de son marie ses sœurs dans tous les côtes ».
- Le 2eme cas obtient un niveau moyen de disponibilité des personnes avec un niveau élevé de satisfaction «elle dit que sa famille était un facteur de protection et que ses relations sociales et familiales sont satisfaisantes.
- Le 3eme cas obtient un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et une satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élevé « a eu tous le soutien qu'il lui fallait, elle dit aussi que l'équipe médicale qui été a ses côtes, et que sa famille est un facteur de protection, comme ses relations familiale et sociale sont très satisfaisante. »
- Le 4eme cas obtient un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élève « elle dit que sa famille a toujours su comment l'aider à surmonter sa maladie, moralement et financièrement et elle considère ses relations social et familiale sont très satisfaisantes ».

- Le 5ème cas obtient un niveau moyen de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage pour les résultats de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau élevé « mon mari m'a dit qu'il ne va pas me donner l'argent pour me soigner » heureusement que ses sœurs et ses amies l'encouragent et l'aident dans tout ce qu'elle avait besoin ».
- Le 6ème cas obtient un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et un niveau très élevé de satisfaction « Fatima parle toujours de sa famille comme étant un facteur de protection qui l'ont aidé à dépasser sa maladie ».
- Le 7ème cas obtient un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et un niveau très élevé de satisfaction « Son entourage est pour elle un facteur de protection, ses relations sociales et familiales sont très satisfaisantes ».
- Le 8ème cas obtient un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et un niveau très élevé de satisfaction « elle a eu tout le soutien qui lui fallait, même avec les infirmières elle a de bonnes relations avec eux, la famille pour Djamila est un grand élément qui a contribué pour son amélioration ».
- Le 9ème cas obtient un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et un niveau très élevé de satisfaction « dit que sa famille a toujours été un facteur de protection qu'elle est toujours satisfaite de ses relations sociales et familiales que même quand elle était à l'hôpital le personnel soignant l'a énormément aidé ».
- Le 10ème cas obtient un niveau élevé de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage et un niveau très élevé de satisfaction « que c'est la relation avec son entourage « surtout son mari » que y a eu aucun changement au contraire il l'a soutenu il s'est amélioré il a su comment l'aider à surmonter tout ce qui est toujours un facteur de protection pour elle ».

Tableau récapitulatif des résultats de la recherche :

Groupe de recherche	Disponibilité	Niveau	Satisfaction	Niveau
Cas Salima	30/54	Moyen	36/36	Très élevé
Cas Fatiha	24/54	Moyen	30/36	Très élevé
Cas Taous	26/54	Moyen	31/36	Très élevé
Cas Malika	26/54	Moyen	30/36	Très élevé
Cas Zahia	26/54	Moyen	27/36	Elevé
Cas Fatima	34/54	élevé	34/36	Très élevé
Cas Zahra	36/54	élevé	36/36	Très élevé
Cas Djamila	27/54	Moyen	32/36	Très élevé
Cas Zouina	28/54	Moyen	36/36	Très élevé
Cas Amel	29/54	Moyen	30/36	Très élevé

Tableaux N°22 récapitulatifs des résultats de recherche.**➤ Deuxième hypothèse**

Le niveau de qualité de vie différencierait d'une femme à une autre en fonction du soutien perçu, leur état physique et psychique, les relations avec la famille et les amis, ainsi que l'entourage,....etc.

Effectivement nos dix cas ont confirmé notre hypothèse ; à savoir la concordance entre les résultats obtenus dans l'échelle de Sarason et le questionnaire d'EORTC QLQ-C30 et BR23.

- Le 1^{er} cas : concernant la qualité de vie de Salima, on note l'apport favorable de l'environnement ce qui traduit une qualité de vie positive « ses relations avec ses frère et sœur, l'amour et le soutien qu'elle a trouvé de la part de ses proche lui ont servi d'un appui et d'une source de soulagement ce qui lui a permis de surmonter les moments difficile et l'amélioration de l'état de santé physique et psychique .en parallèle avec les constatations qui sont confirmées

par ses réponses et addition des notes , le score obtenu de QDV est (100) , qui signifie une bonne qualité de vie liée au soutien social très élevé.

- le 2eme cas : Au sujet de sa qualité de vie Fatiha, nous constatons que le soutien qu'elle a eu de la part de sa famille et son mari ont influencé positivement sa qualité de vie et surtout l'état de sa santé .en parallèle avec les constatations qui sont confirmées par ses réponses et addition des notes, le score obtenu de QDV (50), qui signifie une bonne qualité de vie .

- le 3eme cas : concernant la qualité de vie de Taous, on note une bonne santé et qualité de vie cela grâce au soutien qu'elle a reçu de sa famille et ses enfants ils ont beaucoup influencé sa qualité de vie positivement. En en parallèle avec les constatations qui sont confirmées par ses réponses et addition des notes, le score obtenu de QDV (91.66), qui signifie une bonne qualité de vie.

- le 4eme cas : Quant à la qualité de vie, on note que Malika a pu déplacer sa maladie et cela si surtout grâce au rapprochement quelle a eu que ça soit de ses proche, au frère, amie. l'aide des autres lui a permis de se rétablir facilement et reprendre la vie comme avant tous cela a marqué positivement sa qualité de vie .D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de (50) qui signifie que Malika a une bonne qualité de vie lié à un niveau de soutien très élevé.

- le 5eme cas : concernant la qualité de vie, on note que Zahia elle a repris sa vie rapidement comme avant « par rapport aux tâches quotidiennes c'est elle qui fait tous » ce qui traduit une qualité de vie positive. En en parallèle avec les constatations qui sont confirmées par ses réponses et addition des notes, le score obtenu de QDV (100), qui signifie une bonne qualité de vie.

- le 6eme cas : Concernant sa qualité de vie de Fatima, on note l'apport favorable de L'environnement qui se traduit dans la qualité positive de ses relations avec sa famille proche et l'entourage, La bonne entente, l'amour et le soutien qu'elle a trouvé de la part de sa fille, ce qui a contribué à un bon état de santé. On a remarqué que sa maladie n'influence pas beaucoup sa vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des

notes, le score obtenu (91.66) qui est positif, signifie une bonne qualité de vie avec un soutien social très élevé.

-Le 7eme cas : Quant à la qualité de vie de Zahra, on note un favorable environnement ce qui renvoi une qualité de vie positive ses relation avec ses enfants et belle fille et capacité financière qui lui a permet d'amener une femme de ménage et tous ceux dont elle a besoin de soutien. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu (75) qui est positif, signifie une bonne qualité de vie avec un soutien social très élevé.

- le 8eme cas : Au sujet de la qualité de vie de Djamila, on note un grand soutien de la part de sa famille, elle a eu tous le nécessaire ce qui traduit une qualité de vie positive. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu (91.66) qui est positif, signifie une bonne qualité de vie avec un soutien social très élevé.

- le 9eme cas : concernant la qualité vie de Zouina, nous constatons que son état de santé est bon et ses relations avec sa famille proche et l'entourage sont très satisfaisante ce qui traduit une qualité de vie positive, D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de (83.33) qui signifie que Malika a une bonne qualité de vie lié à un niveau de soutien très élevé.

- le 10eme cas : Au sujet de la qualité de vie d'Amel, on note que l'environnement traduit une qualité de vie positive que ça soit du côté de sa famille de son mari et ces relations qui sont devenu plus soudé. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de (83.33) qui signifie qu'Amel a une bonne qualité de vie lié à un niveau de soutien très élevé.

A travers ses études qu'on a exposées, on dit que nos hypothèses sont confirmées avec tous les cas.

Tableau N°23 récapitulatif des résultats de la recherche :

Cas	Qualité de vie	Niveau de qualité de vie
Salima	100	Positif
Fatiha	50	Positif
Taous	91.66	Positif
Malika	50	Positif
Zahia	100	Positif
Fatima	91.66	Positif
Zahra	75	Positif
Djamila	91.66	Positif
Zouina	83.33	Positif
Amel	83.33	Positif

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que les femmes de notre groupe d'étude ont une bonne qualité de vie et un bon soutien social .en finale, nous somme arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche.

Conclusion

Le cancer représente une double effraction dans nos vies, effraction biologique d'une part au sein du corps réel, et d'autre part, effraction dans notre organisation subjective, qui nous met brutalement face à l'essentiel.

Le cancer du sein considéré comme un traumatisme tant émotionnel que physique pour les patientes. Qui fait naître en eux une fatigue et un grand besoin d'attention, d'écoute et d'accompagnement.

A cause de cette maladie le sujet est confronté à la finitude et projeté hors de ses repères habituelles, est ainsi amené reconsidérer le rapport à soi, et c'est face à l'impensable de la situation dans laquelle il se trouve, qu'il découvre au plus profond de lui-même une volonté de vivre.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le soutien social et la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie ». On a tenté de démontrer l'impact et l'influence de la maladie sur le type de soutien qu'elle peut recevoir, qui détermine de sa part la qualité de vie de ses femmes.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique. Qui nous permet une compréhension approfondie des sujets, elle se caractérise également par la mise en œuvre des techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique, puis nous avons appliqué trois outils : un questionnaire principale QLQ-C30 permettant d'explorer plusieurs dimensions de la qualité de vie, et le QLQ-BR23 module complémentaire du précédent, spécifique au cancer du sein et le SSQ6 visant à mesurer le soutien social.

Cette étude nous a permis de découvrir à quel point le soutien et l'accompagnement du malade, que ça soit familial, amical et médical peut jouer un rôle plus qu'essentiel dans la prise en charge psychologique des patients. Afin d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la détresse psychologique.

D'après l'analyse des dix cas et les résultats des recherches, on a constaté que pour nos cas en majorité, nous avons abouti à la confirmation de nos hypothèses ; ou un bon soutien social détermine une qualité de vie positive. Mais comme toutes recherche scientifique restant relatives et non absolues, du moment que notre groupe de recherche ne représente pas toutes les femmes atteintes d'un cancer du sien et qui ont subi une mastectomie.

Cette recherche a été pour nous une expérience assez riche en connaissance et en apprentissage, de ce fait plusieurs questions de perspectives qui peuvent être recherchées par d'autres étudiants et approfondir dans des sujets similaires à celui-ci comme par exemple : l'image de soi chez les femmes ayant subi une mastectomie, la reconstruction psychologique après la perte d'un sein, comment arrivent-elles à faire le deuil ?

Grace à cette étude et aux témoignages des femmes qui nous ont permis d'ouvrir les yeux sur la valeur de la vie et les autres choses qu'on considère comme acquises, dès l'annonce de cette maladie mortelle qui a basculé leur vie pour ce trouver dans un espace-temps nouveau dont elles ne reconnaissent rien, et ce battent-elles à en sortir, c'est là où on a pris conscience de la chance qu'on a d'être en bonne santé et de prendre l'expérience de ces femmes comme une alarme pour prendre soin de notre corps.

En fin, un dépistage reste le moyen de lutter contre la maladie, il permet d'améliorer les chances de survie que l'issue du cancer du sein.

Références

Bibliographiques :

Liste d'Ouvrage :

1. Bénony.H, Chahraoui. KH, (1999) « **L'entretien clinique** », DUNOD Paris.
2. Bénony.H, Chahraoui.KH, (2003) « **Méthode et évaluation recherche en psychologie clinique**», DUNOD Paris.
3. Bruchon-Shweitzer Marilou, Boujut Emilie, (2014) « **psychologie de la sante, concept, méthode et model** » Edition DUNOD, Paris 5.
4. Fischer G.N, (2002) « **traité de la psychologie de la sante** », Edition Dunod, Paris.
5. Mingotte.H, (2011) « **maladie du sein** » Masson, 2eme édition. Italie.
6. Saglier J, Benzeboc P, Pommeyrol A, Toledano A, (2003) « **Cancer du sien : question et réponses au quotidien** », Paris, 3eme édition.
7. Scotté.F, Colonna.P, Andrieu. J-M, (2002) « **Cancérologie** », Edition Ellipses, Paris.
8. Ginette F, (2012) « **Cancer du sien, une féminité à reconstruire** », Toulouse, érès.
9. Benzidane N, (2014), « **Cancer du sein, diagnostic et traitement** », Alger, édition O.P.U.
10. Razavi D, Delvaux N, (2002) « **psycho-oncologie, le cancer, la malade et sa famille** », Paris, édition Masson.

Liste de Thèse :

1. Tazopoulou E, (2008), « **Evaluation de la qualité de vie subjective Après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, Psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire** », Université Paris 8.
2. Messouak S, (2016), « **Evaluation de la qualité de vie à long terme du cancer du sein chez les personnes âgées** », Au CH de Montceau-Les-Mines.
3. De la calle M, (2020), « **Conserver sa féminité pendent et après un cancer du sien : rôle et conseils du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patients** » Université de Bordeaux.
4. Fichaux E, (2016), « **Chimiothérapie Neo-adjvante et cancer du sein : qu'elle prise en charge chirurgicale au centre oscar Lambert ?** » Université de Lille2

5. Hunt H, (2012), « **Le soutien social et la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves** », Université de Québec à Trois Rivières
6. Richard J, (1997), « **La relation entre la qualité du fonctionnement familial et le soutien social des parents ayant un jeune enfant présentant des retards de développement** », Université de Québec.

Liste des Articles :

1. Michel Reich (2009). **Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique** .Travail présenté lors des 27es journées de la société de l'information psychiatrique, Lille24-27 septembre 2008, 247-254.
2. Monique Formarier (2012). **Qualité de vie** .association de recherche en soins infirmiers, 260-262.
3. Mercier, M ; Schraub. S (2005). **Qualité de vie : quels outils de mesure ?** 27 Journées de la SFSPM, Deauville, 418-422.

Site internet :

1. <http://www.SNDL.cerist.dz>.
2. <http://www.e-cancer.fr>
3. <http://www.sciencedirect.com>

Annexes

Annexe 01 :

Le guide d'entretien

Annexe N°1:

Guide d'entretien :

Les caractéristiques personnelles

- Age :
- statut marital : **célibataire ... mariée... divorce... veuf**
- Nombre de frères et sœurs et nombre d'enfants
- milieu de résidence : **urbain rural**
- profession : **actif ... retraité... chômeur...femmes au foyer...**
- niveau d'étude : **analphabète...primaire...secondaire...universitaire...**

Axe I : les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint du cancer du sein ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
- Ya-t-il d'autre personne de votre famille atteinte de la même maladie ?
- Depuis quand êtes-vous malade ?
- Dans quelle cote vous-avez effectué l'intervention ? où ?
- Comment a été votre réaction la première fois quand on vous a annoncé votre ablation (mastectomie) et comment l'avais-vous vécu ?
- Quelle sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Quels effets secondaires avez-vous subi suite aux traitements dont vous avez bénéficié ?
- Quel est votre traitement actuel ? et comment le vivez-vous ?
- Suivrez-vous un régime alimentaire strict ?
- Parler nous de votre ressenti actuellement par rapport à votre santé ?

Axe II : l'état de relation social et familial :

- Vous pouvez nous parler de la réaction de votre famille face à votre maladie ?

- Comment elles sont vos relations avec votre entourage ? ont telle changé après la chirurgie ?
- Parler nous de votre relation avec vos amis avant le diagnostic ? comment sont devenu après la maladie ?
- Est-ce que votre famille a sue comment vous aider dans votre maladie ?
- Pouvez-vous nous parler de la réaction de personnel au sein de votre travail par rapport à votre maladie ? (la question pour les femmes qui travail) ?
- Que pensez-vous de l'équipe de travail à l'hôpital ?
- Est-ce que le soutien de votre famille et votre entourage été un facteur de protection ou dégradation ?
- Considérez-vous vos relation social et familiale comme satisfaisantes ?

Axe III : les informations concernant la qualité de vie :

- Avez-vous rencontrée des changements après votre chirurgie ? si oui dans quelle cote ?
- Est-ce que la chirurgie provoque des obstacles pour vous ?
- Votre état physique et votre traitement vous ont il gênée dans votre vie social et familial ?
- Pensez-vous que vous avez besoin d'autres personnes pour accomplir vos taché quotidienne ?
- Qu'est-ce qui vous a marqué dans l'histoire de votre maladie ? positivement et négativement ?
- Que pensez-vous que nous aurions pu faire pour améliorer la prise en charge dans ce domaine lorsque l'on vous a traité ?
- Quel sont vos souhaits ?

Annexe 01 : Le guide d'entretien se directive en kabyle pour les femmes ayant subi une mastectomie :

Les caractéristiques personnelles

- Achehal guel3amrim :.....
- lhala tfamilte : **Thejwdjadh Thnevradh....Wahdam... Thjladh**

- Achhal nwaythmathan nagh n drya maths3idh :.....
- Anda ithezdhghedh : **G Themdintte G Thadarth**
- EL hala ikhdim : **takhdamt... thfokat lkhdma... othfidh ara ...tamtouth wakham ...**
- Thisdarin leqraya : **othghridhara...naghprimaire... thghridh ar cem ...nagh lqraya tha3layante...**

Axe I : les informations concernant l'état de santé avant et après la mastectomie :

- Ths3idh déjà lehlak ouqbal athelkedh el cancer du sein ?
- Thekhdmadh l'opération oqbale ?
- Gthfamiltime yela wine igues3ane am lehlak agui ?
- Gouwaqth gmi thehalkadh lhlakayi?
- Gounta ljiha ithghmadh l'operationynem ?
- Amekite la réaction ynem ass amzwarou assmi imdnane atkhdhmedh la mastectomie et amek itd3achdh ?
- Dachouthen lcompliqationi nagh lhlakath idistb3an lhlakayi Assa ?
- Dachouthen les effets secondaires nldwa ni imdfkan ?
- Dachoute dwayename toura ? amek itdit3ichdh ?
- Thtaba3adh Kra n régime stricte nagh khati ?
- Hadraddh dachou iththousoudh toura par rapport ar seham ?

Axe II : l'état de relation social et familial :

- Zmradh aghdhadhrat aghdinidh amek ithriyagi thfamiltim assemi isslen slahlakim ?
- Amekithent les ralationyemen dlentourgime bdlant gmi thghdmadh l'opération ?
- Hadrachad f les ralationyemen dlhavavim amek ilanet et iqlante après lhlakim ?
- ac que thafamiltid thoufad amek akmt3awen g lhlakim ?
- Thzmradh aghdhadhradh f la réaction fkhdaman dwachou ithdmadh ayen i3nan lhlakim ? asqsi ayi ithidak iykhdman ?
- Dachou adinidh f lpersonnel nsbitar ?

- Lm3awna ntfamiltim et lentouragim th3awnikam dayen l3ali imdwi nagh thdigradikam thrakam ardfir ?
- Thessken3adh s la relation yennem social d tfamiltime ?

Axe III : les informations concernant la qualité de vie :

- Thoussadh thbdal flam gmi th3aladh l'operation mathbdal ganwa ljiha ?
- l'opération ynem th3lamd i3wiqen ?
- El hala n lcorps im d dwawi ynem tejinayenkem g lhayatim n koulasse d tfamiltime ?
- Thousadh imanin bli thhwajadh l3ibad nayadh bach akm3iwenan at3aladh lchghalim wakham ?
- Dachou ikmithouchin mlih ghlakim ? ayen nl3ali dwayen ndiri ?
- Inaghed dachou ithtkhmimadh nzmar anekhdham akken atilidh akhir elwaqtheni ithelidh akken s traitement ?
- Dachou ithetmnidh akith ?

Annexe 02 :
Questionnaire de soutien social

ANNEXE N° 2 :

Questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q.DE

SARASON & AL., 1983).

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand Vous avez besoin d'aide ?

Aucune personne 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

3-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu Lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?

Aucun personne 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

5-Qui vous acceptent tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais côtés ?

Aucune 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

6-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

7- En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune personne 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

8-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

9- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il Vous arrive de broyer du noir ?

Aucune personne 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

10- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

11- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes Bouleversé ?

Aucune personne 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

12- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5.satisfait 6. Très satisfait

Annexe 3 :
Questionnaire de QLQ-C30 et
QLQ-BR23.

Annexe n°3 : Evaluation de la qualité de vie – EORTC QLQ-C30

<i>Au cours de la semaine passée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Assez</i>	<i>Beaucoup</i>
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C.?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4

11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur)?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4

<i>Au cours de la semaine passée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Assez</i>	<i>Beaucoup</i>
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée?				
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

**POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ
REPONDRE EN ENTOURANT LE CHIFFRE ENTRE 1 ET 7
QUI S'APPLIQUE LE MIEUX A VOTRE SITUATION.**

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais Excellent

Annexe 04 : Evaluation de la qualité de vie – EORTC QLQ-BR23

<i>Au cours de la semaine passée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>assez</i>	<i>beaucoup</i>
31. Avez-vous eu la bouche sèche?	1	2	3	4
32. Votre nourriture et vos boissons avaient-ils un goût inhabituel?	1	2	3	4
33. Vos yeux étaient-ils douloureux, irrités ou humides?	1	2	3	4

34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. Ne répondez à cette question que si vous avez perdu vos cheveux : Avez-vous été préoccupé par cette perte de cheveux?	1	2	3	4
36. Vous êtes-vous senti malade?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu des maux de tête?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous senti moins attractive sexuellement du fait de votre maladie ou du traitement?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous senti moins féminine du fait de votre maladie ou du traitement?	1	2	3	4
41. Trouvez-vous difficile le fait de vous voir nue?	1	2	3	4
42. Avez-vous été insatisfaite de votre corps?	1	2	3	4
43. Avez-vous été inquiète au sujet de votre santé à l'avenir?	1	2	3	4

Au cours des 4 dernières semaines

*Pas du Un peu Assez Beaucoup
tout*

44. Dans quelles proportions avez-vous été intéressée par une activité sexuelle?	1	2	3	4
45. Dans quelles proportions avez-vous été sexuellement active?	1	2	3	4
46. Ne répondez à cette question que si vous avez été sexuellement active : Dans quelles proportions votre activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir?	1	2	3	4

<i>Au cours de la semaine passée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Assez</i>	<i>Beaucoup</i>
47. Avez-vous ressenti une douleur au niveau de votre bras ou de votre épaule?	1	2	3	4
48. Votre bras ou votre main ont-ils augmentés de volume?	1	2	3	4
49. Avez-vous ressenti des difficultés à déplacer votre bras?	1	2	3	4
50. Avez- vous ressentit une douleur en regard de la zone atteinte de votre sein?	1	2	3	4
51. La zone atteinte de votre sein vous paraît-elle avoir augmenté de volume?	1	2	3	4
52. La zone atteinte de votre sein vous paraît-elle sensible?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des problèmes de peau sur ou dans la zone atteinte (sécheresse, démangeaisons, pertes)?	1	2	3	4

Le soutien social et la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie

Résumé

Le sein est organisé comme un arbre galactophorique et c'est à partir de ses unités fonctionnelles terminales du ductulo-lobulaire que se développent les majorités des lésions pathologiques mammaires.

Une chirurgie mammaire non conservatrice appelée aussi mastectomie consiste à enlever sans son intégralité le sein dans lequel se situe la tumeur y compris l'aréole et le mamelon.

Dans notre recherche on essaie d'étudier le soutien social et la qualité de vie le soutien social est une variable très essentiels dans notre projet telle quel est défini comme les relations entre deux individus ou un groupe d'individu ses relations favorise les capacités d'adaptation en période de crise et de transition si pour cela le soutien social est considère comme une source de force que donne deb l'espoir aux femmes pour surmonter leur maladie

De là, en déduit que le soutien social joue un grand rôle sur la qualité de vie chez ces femmes la qualité de vie qui est considère comme le principal moyen permettant d'améliore la qualité de vie de ces femmes.

Abstract

The breast is organized like a galactophoric tree and it is from its terminal functional ductulo-lobular units that the majority of pathological mammary lesions develop.

Non-conservative breast surgery also called mastectomy involves removing the entire breast in which the tumor is located, including the areola and the nipple.

In our research we try to study social support and the quality of life social support is a very essential variable in our project as it is defined as the relations between two individuals or a group of individuals its relations promote the capacities of adaptation in times of crisis and transition if for this social support is seen as a source of strength that gives women hope to overcome their illness

From this it concludes that social support plays a big role in the quality of life for these women, the quality of life which is considered to be the main means to improve the quality of life of these women.

Le soutien social et la qualité de vie chez les femmes ayant subi une mastectomie

Résumé

Le sein est organisé comme un arbre galactophorique et c'est à partir de ses unités fonctionnelles terminales du ductulo-lobulaire que se développent les majorités des lésions pathologiques mammaires.

Une chirurgie mammaire non conservatrice appelée aussi mastectomie consiste à enlever sans son intégralité le sein dans lequel se situe la tumeur y compris l'aréole et le mamelon.

Dans notre recherche on essaie d'étudier le soutien social et la qualité de vie le soutien social est une variable très essentiels dans notre projet telle quel est défini comme les relations entre deux individus ou un groupe d'individu ses relations favorise les capacités d'adaptation en période de crise et de transition si pour cela le soutien social est considère comme une source de force que donne deb l'espoir aux femmes pour surmonter leur maladie

De là, en déduit que le soutien social joue un grand rôle sur la qualité de vie chez ces femmes la qualité de vie qui est considère comme le principal moyen permettant d'améliore la qualité de vie de ces femmes.

Abstract

The breast is organized like a galactophoric tree and it is from its terminal functional ductulo-lobular units that the majority of pathological mammary lesions develop.

Non-conservative breast surgery also called mastectomy involves removing the entire breast in which the tumor is located, including the areola and the nipple.

In our research we try to study social support and the quality of life social support is a very essential variable in our project as it is defined as the relations between two individuals or a group of individuals its relations promote the capacities of adaptation in times of crisis and transition if for this social support is seen as a source of strength that gives women hope to overcome their illness

From this it concludes that social support plays a big role in the quality of life for these women, the quality of life which is considered to be the main means to improve the quality of life of these women.