



جامعة بجاية
Tasdawit n' Bgayet
Université de Béjaïa

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA. BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master

Option : Sociologie de la santé

Thème

La prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation

Cas pratique : Hôpital Benmerad El Mekki .Amizour

Réalisé par :

M^{elle}: AGGOUR Imane

Encadré par :

Mme BELKACEM Karima

« Année universitaire 2015-2016 »

Remerciements

Je tiens particulièrement à grande remercier la faculté des sciences humaines et sociales particulièrement « département des sciences sociales », qui a accepté de m'a donner une notre occasion d'étude.

Je remercie Mme BELKACEM Karima pour l'encadrement de ce travail, son aide et ses conseils.

Je tiens à remercier les membres des professionnels de service d'oncologie à l'hôpital d'Amizour, qui ont répondu à mes questions.

Un grand merci à toutes les femmes cancéreuses qui se sont livrées au cours de nos entretiens malgré la souffrance.

Dédicace

*Je souhaiter dédier ce travail aux personnes les plus
proches dans ma vie.*

A mon père Salah et ma mère Saïda

A mes frères

A mes sœurs

A ma promotrice

A tous mes amie (s)

A toute la famille AGGOUR

A l'équipe de l'option sociologie de la santé

*A m'a willaya d'origine d'El oued plus
particulièrement Daira*

El M'GHair

Sommaire

Tableau des matières

La liste des abréviations

La liste des tableaux

La liste des figures

Introduction généraleI

Partie théorique et méthodologique

Chapitre I : Problématisation de l'objet

Introduction

I-1- Les raisons du choix du thème.....01

I-2- Les objectifs de la recherche.....02

I-3- Les études antérieures.....03

I-3- La problématique.....10

I-4- Les hypothèses.....14

I-5- Définition des concepts.....15

Conclusion

Chapitre II : Généralités sur le cancer du sein

Introduction

II-1- Epidémiologie.....19

II-2- Définition du cancer du sein.....21

II-3- Anatomie du sein.....22

II-4- Les causes et facteurs favorisants.....23

II-5- Les symptômes du cancer du sein	24
II-6- Les différents stades du cancer du sein.....	26
II-7- Les différents types du cancer du sein.....	26
II-8- Définition du dépistage	28
II-9- Les différents types du dépistage.....	28
II-10- Les moyens de dépistage	29
II-11- Les moyens de diagnostique.....	29
II-12- Le traitement.....	31
II-13- Les professionnels aux services de la patientes.....	33
II-14- Définition de la prévention	35
II-15- La relation soignant/soignée	37

Conclusion

Chapitre III : méthodologie de recherche

Introduction

III-1- Présentation de l'organise d'accueil.....	39
III-2- La description de service d'oncologie : l'espace d'enquête	42
III-3- La population mère.....	43
III-4- La population d'enquête.....	44
III-5- La description de la population d'enquête.....	45
III-6- Méthode et techniques utilisées.....	47
III-7- L'enquête	52
III-8- Déroulement des entretiens.....	52
III-9- Technique d'analyser des résultats.....	53
III-10- Le rapport avec les femmes malades.....	53
III-11- Les avantages et les difficultés rencontrées.....	53

Conclusion

Partie pratique :
Analyse et interprétation des résultats

Chapitre I : Histoire de la maladie

Introduction

I-1- La découverte de la maladie.....57

I-2- L'expérience de l'ablation du sein59

I-3- Les sentiments des femmes suite à l'ablation du sein.....60

Conclusion

Chapitre II : L'accès à la prise en charge thérapeutique dans le service d'oncologie

Introduction

II-1- Le recours au service d'oncologie64

II-2- L'accès et l'accueil au service d'oncologie66

Conclusion

Chapitre III : le rôle des professionnels dans la prise en charge thérapeutique et leurs rapports aux femmes malades

Introduction

III-1- Les tâches des médecins et leurs rapports avec les femmes malades.....70

III-2- Le rapport des femmes malades avec le psychologue.....73

Conclusion

Chapitre IV : La phase de la chimiothérapie

Introduction

IV-1- L'information des femmes malades et le déroulement des séances de chimiothérapie.....79

IV-2- Les émotions des femmes lors et après la séance de chimiothérapie.....82

Conclusion.

La vérification des hypothèses.....86

Conclusion générale.....89

Références bibliographique

Annexes

La liste des abréviations

INSP	Institut National de Santé Publique
IDE	Infermière Diplôme d'Etat
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
EPH	Etablissement Publique Hospitalière
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
RDV	Rendez-vous
TDM	Tomodensitométrie
HTA	Hyper Tension Artérielle
IMC	Indice de la Masse Corporelle
ECG	Electro Cardio Gramme
AESG	Altération d'Etat de Santé Général
FC	Fréquence Cardiaque
FR	Fréquence Respiratoire
CPMC	Centre Pierre et Marie Curie

La liste des tableaux

Tableau N°01	les stades du cancer du sein
Tableau N°02	La couverture sanitaire de l'hôpital d'Amizour
Tableau N°03	Les services d'hospitalisation
Tableau N°04	l'effectif du service d'oncologie l'unité chimiothérapie
Tableau N°05	Les caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtées

La liste des figures

Figure N°01	la configuration interne de structure du sein
Figure N°02	le pourcentage des différents types du cancer du sein

Introduction

Introduction générale

La question de la santé reste importante dans la vie individuelle ou collective quotidienne, elle recouvre deux aspects le bien-être et la maladie, cette dernière a fait l'objet de vastes études ,en particulier les maladies dites incurables, tel que le cancer qui représente la cause principale de mortalité dans le monde ,ainsi confirmer par les données épidémiologiques du centre international de la recherche sur le cancer qui estime « à plus de 12 millions le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde en 2008 »¹. Avec un nombre de mortalité de « 7 millions décès dans le monde en 2008 »². Le cancer touche les hommes et les femmes de différents âges dans la société (enfants, adolescents, adultes, voire même personnes âgées). Au près des hommes, nous recensons les types de cancer fréquents suivants :cancer du poumon ,de vessie ,de prostate ,de peau,..... ;alors que, les femmes restent beaucoup plus touchées par le cancer d'estomac ,de colon ,de l'ovaire ,de l'utérus ,et celui du cancer du sein . En Algérie le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique, il est à la tête des cas de cancer recensés « avec 6625 nouveaux cas diagnostiqués en 2012 »³ .Le cancer du sein nécessite une prise en charge complète avant et après l'intervention chirurgicale (l'examen clinique et l'examen complémentaire), psychologique (l'annonce, l'acceptation) et sociale (qui implique l'entourage et l'environnement social).Ainsi couvrir tous les aspects de la prise en charge nécessite l'intervention de différents corps professionnels notamment le corps médical ,paramédical et le psychologue. Telle souligner par Muriel Karasoglu «la prise en charge globale de la personne soignée requiert la nécessité d'un travail commun à tous les membres de l'équipe soignante et

¹ CASTEL Patrick, *cancer*, in sous la direction de DIDIER Fassin et Hauray, *santé publique : l'état de savoirs*, 1ère édition, Paris, Octobre 2010, p 121.

² IBIM.

³ TERKI .N.et col, *Incidence annuelle du cancer du sein dans la population Algérienne diagnostiquée au niveau des centres de référence d'anatomopathologie en Algérie* .Le fascicule de santé n°19 .Avril 2015, p11.

médical »⁴. Cette prise en charge dite thérapeutique a suscité notre intérêt pour donner lieu à une réflexion scientifique traduite dans la présente étude, qui se veut une approche sociologique de la question de la prise en charge. En effet il s'agit essentiellement pour nous d'interroger la prise en charge thérapeutique pour dévoiler ce qu'elle recouvre réellement à partir de l'examen et de la description de son processus et de ces acteurs. Cependant notre étude se veut descriptive et analytique, de lors elle est structurée comme suit :

Le cadre théorique et méthodologique, comprend trois chapitres :

- Le premier chapitre : la problématisation de l'objet, on abordera aussi les raisons et les objectifs du choix du thème, les études antérieures, la problématique, les hypothèses et enfin la définition des concepts clés.
- Le deuxième chapitre concerne des généralités sur la maladie du cancer du sein.
- Le troisième et dernier chapitre contient méthode et techniques utilisées, la population étudiée, technique d'analyse des données et enfin les difficultés et les avantages de la recherche.

Le cadre pratique, est réservé à la présentation des résultats de l'étude à travers l'analyser et l'interprétation de notre enquête de terrain, résumé en quatre chapitres suivants :

- Le premier chapitre porte sur l'histoire de la maladie des femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation.
- Le second chapitre entame l'accès à la prise en charge dans le service d'oncologie unité de chimiothérapie.

⁴ KARASOGLU Muriel, *La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins : Quelle stratégie pour le directeur des soins ?*, École nationale de santé publique, Paris, 2002, p13.

- Le troisième chapitre présente le rôle des professionnels du service dans la prise en charge et leurs rapports aux femmes malades.
- Le dernier chapitre concerne la phase de la chimiothérapie au sein du service d'oncologie unité de chimiothérapie.

Partie théorique et méthodologique

Chapitre I
Problématisation de
l'objet

Introduction.

Dans ce chapitre, nous exposons l'aspect théorique de notre recherche tout en précisant les raisons du choix de thème, les objectifs ciblés, ensuite on entame les études antérieures, et en enfin nous présentons la problématique, les hypothèses de notre recherche et la définition des concepts clés.

I-1- Les raisons du choix du thème.

Nous avons effectué cette recherche sur la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein pour les raisons objectives et subjectives suivantes :

Les raisons objectives consistent en taux élevé de l'incidence du cancer, ainsi que le taux croissant de la mortalité dans le monde, selon les statistiques mondiaux suivant : « *Plus de 42 000 nouveaux cas par an en France, et environ 800 000 nouveaux cas annuel dans le monde* »¹, encore en plus « *Les études épidémiologique montrent que dans le monde la 1,5million des femmes développent chaque année et que 500 000 à 700 000 en décèdent* »².

En Algérie, on enregistre la diminution des maladies infectieuses au moment de l'augmentation de nouvelles pathologies telles que le cancer et les autres maladies chroniques qui représentent une préoccupation de santé publique. A ce propos Hamdi Cherif nous décrit la situation comme suit: « *40 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année avec plus de 25 000 décès* »³. Aussi « *Chaque année, 7500 cas de cancer du sein sont enregistrés avec environ 3500 décès chaque année* »⁴.

¹ SAGHIER.J, BEUZEBOC .P, POMMEYROL.A, TOLEDANO.A, *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*, 3ème édition, Paris, 2003, p05.

² Ibid. p06.

³ A.Mahmane , M .Hamdi Cherif , *Epidémiologie du cancer du sein en Algérie* , 9ème séminaire intensif en oncologie , Algérie ,18 Février 2012 .p11.

⁴ Ibid. p12.

La raison subjective peut être expliquée comme suit : deux membres proches de ma famille n'ont pas survécues au cancer du sein. Cette expérience familiale douloureuse nous a poussés à mener un travail de recherche sur cette thématique.

I-2- Les objectifs de la recherche.

Maurille Agbobli définit les objectifs de la recherche comme suit : « *les objectifs permettront aux éventuels postulants d'opérer leurs choix en connaissance de opportunités offertes* »⁵.

A travers notre étude, nous souhaitons atteindre les objectifs suivants :

- Avoir une connaissance claire, précise dans la société Algérienne sur la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein, plus particulièrement dans la willaya de Bejaïa au niveau du service d'oncologie à l'hôpital d'Amizour.
- Décrire le cheminement emprunté par les femmes malades pour bénéficier de séances de chimiothérapie.
- Découvrir les acteurs, impliqués dans la prise en charge des femmes malades.
- Déterminer les taches des acteurs professionnels dans le processus de la prise en charge.
- Décrire la nature des relations entre les patientes et les professionnels du service.

⁵ AGBOBLI Maurille, *Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses*, L'Harmattan, Paris, 2014, p84.

I-3- Les études antérieures.

Nous allons exposer un certain nombre de travaux et des recherches scientifiques relatives à la question de la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein dans le monde et en Algérie.

Première étude : Cancer du sein : Qu'est –ce que le cancer du sein ?⁶

En 2013, dans le guide pour les patientes, basé sur les recommandations de l'Européen society for medical oncology, nous avons constaté les points essentiels sont les suivants : que le cancer développé à l'intérieur du sein dans les canaux galactophores, il touche les femmes comme les hommes, mais le plus fréquent chez les femmes, on estime de première cause de décès au sein de l'union européenne en 2008 avec 332 000 cas diagnostiqués en Europe ,les principales facteurs de risque du cancer du sein chez les femmes sont le vieillissement, les gènes ,les antécédents familiaux et personnels ,l'exposition aux œstrogènes et à la progestérone durant la vie, les facteurs géographique et sociaux ,l'utilisation des médicaments contenant des œstrogènes et de la progestérone, la radiothérapie du sein pendant l'enfance ou l'adolescence ,le surpoids et l'obésité, la consommation d'alcool et le tabagisme.

Le diagnostic de cette maladie basée sur les principales circonstances de diagnostic est le suivi: la mammographie de dépistage, une palpation et les trois examens suivants : un examen clinique, un examen radiologique et anatomopathologique.

Les informations importantes à propos de la patiente :

- Les antécédents médicaux personnels.
- Les antécédents de cancer dans la famille.

⁶ Dr. BOUCHE Gauthier, *Cancer du sein : un guide pour les patientes* – Basé sur les recommandations de l'ESMO, European Society for Medical oncology, 2013.

- Mesurer le taux de certaines hormones dans le sang (oestradiol et FSH) est nécessaire.
- Les résultats de l'examen clinique effectué par le médecin.
- L'état de santé général de la patiente.
- Les résultats des examens sanguins réalisés pour évaluer les globules blancs, les globules rouges et les plaquettes, et pour mettre en évidence toute anomalie des fonctions hépatiques ou rénales ainsi que toute anomalie osseuse.

Les informations pertinentes sur le cancer : le stade, le type de cancer et le résultat de biopsie.

L'option de traitement.

- Plan de traitement pour cancer non invasif : stade (0)

L'ablation de la tumeur ou prendre la partie du sein : si une chirurgie conservatrice du sein.

L'ablation totalement du sein : si une mastectomie totale.

Le type de traitement néo adjuvant, le choix entre les deux types de traitement conditionné par les caractéristiques de la tumeur : la taille et la localisation.

- Plan de traitement pour un cancer invasif : stade (I, III).

Un traitement systématique : par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie néo adjuvante.

Le traitement adjuvant : est un traitement réalisé par l'intervention chirurgicale, elle possible par la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées.

- Plan de traitement pour un cancer métastatique : stade (IV) ;

La chimiothérapie : est l'administration des médicaments anticancéreux selon le Protocole pendant 4 à 8 cycles, le durée de cycle 2 à 4 semaines.

Les thérapies ciblant : « la protéine HER 2 » les traitements systémiques ciblant la protéine HER2 sont utilisés pour traiter le cancer HER2 positif.

- Les effets indésirables éventuels du traitement.

- Les risques et effets secondaires de la chirurgie.

Comprennent la thrombose veineuse profonde* (phlébite), des problèmes cardiaques ou respiratoires, des saignements, une infection ou une réaction à l'anesthésie, douleur à l'épaule.

- Les effets secondaires de la radiothérapie.

L'apparition d'une rougeur, d'une sensibilité et/ou de démangeaisons sur la peau de la poitrine trois à quatre semaines après le début de la radiothérapie externe, un gonflement du bras.

- Les effets secondaires de la chimiothérapie.

Des réactions allergiques, des problèmes nerveux, une baisse de la pression artérielle, des nausées, vomissements et diarrhées, une perte du goût, manque d'appétit, baissent du rythme cardiaque, déshydratation.

- Les effets secondaires de l'hormonothérapie.

Bouffées de chaleur et suées, Troubles de l'humeur, Fatigue, Nausées , Baisse du désir sexuel.

Deuxième étude : La prise en charge du cancer du sein.⁷

Dans le plan de « guide patient-affection de longue durée » sous « La prise en charge du cancer du sein », En Juin 2010 ; Ce guide qui attendre les objectives suivant :

-Faciliter le dialogue, la prise de l'information.

-Expliquer la prise en charge administrative et financière de la maladie pour le but d'aider les femmes atteintes d'un cancer du sein comprendre cette maladie et ses traitements.

-Adapter les femmes comment vivre avec la maladie.

Définir le cancer du sein comme maladie touche les cellules.

⁷ La prise en charge du cancer du sein, ENSP, Paris, Jui 2010.

Pour assurer le diagnostic avec l'intermédiaire de l'examen clinique et l'examen complémentaire pour détecter le stade, le grade, le type de cancer et sensibilité à certains traitements.

Le résultat obtenir pour réaliser un meilleur traitement, par l'intermédiaire des les méthodes thérapeutiques : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, pour guérir le cancer, traiter les symptômes et assurer la qualité de vie possible, enfin pour réaliser une bonne médicalisation en peut intégrer le suivi après le traitement pour :

- Détecter et provoquer les effets indésirables et les séquelles.
- Accompagner et aider à retrouver un équilibre psychologique, relationnel et professionnel.

Certaines surveillances réalisées par la consultation et l'examen convenu avec les acteurs qui réalisent cette prise en charge.

Troisième étude : Aspects psycho-sociaux du cancer du sein⁸.

Dans la revue, 'aspects psychosociaux du cancer du sein', en 2011, cette revue nous à permettent de résumer les points essentiels comme suivant :

Introduction.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes nécessite une prise en charge complète ; cette dernière adapter avec les ressources : physique ,psychologique ,familial et socioprofessionnelles, à partir l'étude de du comité de recherche scientifique (S.Tassin ,I.Bragard, M.Thommessen, W.Pichot) ;nous avons constaté ,l'objectif ciblée de l'étude de ce comité scientifique si :étudier l'impact de l'aspect psychosociologique sur la qualité de vie de la femme atteinte d'un cancer du sein.

⁸ S. Tassin, I. Bragard, M. Thommessen, W. Pitchot, *Aspects psycho-sociaux du cancer du sein*, Med Liège, Belgique, 2011.

Le résumé de revenu.

D'après l'étude du groupe de cette recherche, ont montré que les femmes cancéreuses présentaient l'ensemble des réactions psychologique comme la suit : le sentiment de la vulnérabilité, l'angoisse de la mort, la peur, l'anxiété, la dépression, tristesse ; ainsi des réactions sociologiques comme : l'isolement social, la stigmatisation, la marginalisation. Tous ses facteurs grées un impact psychosociologique sur la qualité de vie des femmes atteintes nécessitent une adaptation psychologique vis- à-vis apporter cette femme et ses proches avec une meilleure qualité de vie afin de diminuer la détresse émotionnelle.

Conclusion.

En effet, ce travail comporte la réalisation d'une meilleure prise en charge pour faciliter l'adaptation des femmes malades avec une nouvelle situation sanitaire et améliorer la qualité de vie des patientes pendant la phase de diagnostic et le traitement thérapeutique .

Quatrième étude : Manuel de Prise en Charge du Cancer du Sein.⁹

Dans le « Manuel de prise en charge du cancer du sein » à Février 2016 en Algérie, cette étude basée sur plusieurs points différents comme le suit :

L'organisation de la prise en charge du cancer du sein a pour objectif : diagnostic du cancer du sein à l'étape suivant :

- La phase de la découverte : pour la patiente elle-même ou par le médecin examinant.
- La phase clinique.

L'interrogatoire : sur les antécédents familiaux et personnels, ainsi l'histoire de la découverte.

⁹ A .BOUDIAF .al, *Manuel de prise en charge du cancer du sein*, Février 2016, Algérie.

L'examen clinique : un examen détaillé des seins.

Recherche les signes cliniques et les caractéristiques de tumeur.

L'examen d'imagerie : mammographie sur l'appareil numérisé.

Echographie mammaire et axillaire.

- Prise en charge thérapeutique des formes non métastatiques.

L'objectif : conduire un traitement adapté à la patiente et au stade de sa maladie.

Réduire le risque de complications et de séquelles thérapeutiques.

- Prise en charge thérapeutique du cancer du sein métastatique ;

L'objectif : prolonger la survie sans progression et la survie globale.

Retarder la progression tumorale.

Maintenir la qualité de vie.

- La surveillance.

L'objectif : recherche les complications et prendre en charge et adapter un soutien psychologique, deux types la surveillance clinique et para clinique.

- Dépistage du cancer du sein.

- Pour toutes les femmes ; examen clinique du sein une fois par an à partir 25 ans.
- Pour les femmes avec des antécédents personnels ; examen clinique tous les 06 mois pendant 02 ans suivant le traitement.

Irradiation thoracique à haut dose un examen clinique annuel 8ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à l'âge de 20 ans.

Une IRM mammaire annelle 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à l'âge de 30 ans.

- Pour les femmes avec antécédents familiaux ; en cas de l'existence cette maladie dans sa famille proche (mère, sœur, enfant), la surveillance se fera : à partir de l'âge de 20 ans, un examen clinique annuel.

Avant l'âge 50 ans une mammographie annuelle.

A partir 50ans, la femme est orientée vers le dépistage organisé.

Cinquième étude : Cancer du sein chez la femme âgée.¹⁰

Expérience du service d'Oncologie Médicale du CPMC.

Introduction.

En Algérie, le cancer touche essentiellement la femme jeune, mais à travers l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité et les conditions de vie des sujets âgés, donc le cancer du sein reste un problème de santé publique chez la femme âgée.

L'étude de ce comité de recherche sous la direction du S. Sami, A. Ladjeroud, K. Bouzid , en octobre 2014, menée dans le but de décrire les caractéristiques du cancer du sein chez la femme âgée en Algérie.

Matériels et méthodes.

C'est une étude descriptive rétrospective sur le cancer du sein des femmes âgées moins 65 ans et traitées au service d'oncologie Médicale du centre Pierre et Marie Curie d'Alger entre 2010 et 2012.

Résultats.

Entre 2010 et 2012, 65 patientes âgées de plus de 65 ans ont été traitées en oncologie médicale. L'âge médian a été de 70 ans, avec des extrémités allant de 65 à 87 ans.

¹⁰ S. SAMI, A. LADJEROUD, K. BOUZID, *Journal de la société Algérienne d'oncologie Médicale*, Copyright, Alger, N°6 Octobre 2014, p11.

Le motif de consultation a été la découverte d'un nodule du sein à l'autopalpation dans 77,9% des cas, le délai moyen de consultation a été de 11,2 mois. La taille tumorale moyenne estimée à l'examen clinique a été de 40 mm avec.

La chimiothérapie a été indiquée dans 50% des cas. Trastuzumab a été administré à toutes les patientes HER2 positives et une l'hormonothérapie à toutes celles qui ont des RH positifs.

Conclusion.

L'examen clinique annuel des seins et une mammographie de dépistage tous les 02 ans sont nécessaires même chez les femmes âgées. Le facteur âgé ne doit pas être à lui seul un critère de décision thérapeutique. L'état de santé physique et psychologique de la patiente, son environnement médical, social et familial doivent être pris en compte.

I-4- La problématique.

Dans toutes les sociétés, les maladies incurables on fait l'objet de vastes études, en particulier le cancer, ce dernier reste en premier temps une effraction biologique, et dans un deuxième temps une psycho-sociale selon le discours de Théo-Leydenbach : « *Le cancer représente une double effraction violente dans notre vie : 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* »¹¹.

Dans le monde le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent chez les femmes .Les données épidémiologiques de l'Union européenne relève que le cancer du sein est la première cause de décès chez les femmes «*en 2008, un cancer du sein a été diagnostiqué chez environ 332.000 femmes* »¹² .en Cameroun presque la moitié des femmes sont touchées par le cancer du sein,

¹¹ LEYDENBACH Théo, *le cancer situation -limite*, in al, *cancer et psychosomatique relationnelle*, EDK, Paris, 2013, p35.

¹² Dr. BOUCHE Gauthier, *Cancer du sein : un guide pour les patientes*, op.cit. , p 04.

développé avec un âge relativement jeune. Le taux enregistré en 2010 était d'un taux de 48,12% pour les femmes situées dans la tranche [45-54]¹³ ans. L'existence de dépistage du cancer du sein conditionné avec le diagnostic thérapeutique et la mise en œuvre des moyens supplémentaires pour préciser le type et le stade de cette pathologie mammaire, notamment dans les pays occidentaux on enregistre la diminution du taux de mortalité, grâce à la diminution du taux des femmes touchées par le cancer du sein ; à travers le développement des moyens de dépistage : mammographique, échographique et cytologique.

En Algérie le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique, selon la situation épidémiologique du plan du cancer 2015-2019 « *En Algérie 1^{ere} cancer féminin, 1^{ere} cause de mortalité par cancer chez la femme avec 10 000-11 000 nouveaux cas /an* »¹⁴.

Ainsi explique comme suite dans le 'Manuel de la Prise en Charge du Cancer du Sein', Février 2016 en Algérie « *En Algérie, Le cancer du sein vient en tête des cas de cancer recensés avec 6625 nouveaux cas diagnostiqués en 2012* »¹⁵, cette pathologie est la première cause de mortalité, augmentée significativement avec l'âge, demeurant une maladie à long terme, elle nécessite une prise en charge complète par l'intervention de l'ensemble des professionnels. Ainsi la rousse française définit la prise en charge comme « *tout l'application, exécution, mise en action des règles, des principes d'une science, d'une techniqueetc.* »¹⁶.

Dans la pratique médicale, le traitement du cancer du sein est basé principalement sur la chirurgie qui peut être complétée par l'intégration de la chimiothérapie, radiothérapie et l'hormonothérapie, pour une prise en charge

¹³ Dr .BELLEY PRISO Eugène, *Profil épidémiologique et clinique de la pathologie : Mammaire à l'hôpital général de Douala (Cameroun)*, Cameroun, Juin 2010, p02.

¹⁴ *Plan cancer : 2015-2019*, Algérie, p05.

¹⁵ *Manuel de prise en charge du cancer du sein*, Op.cit. , p09.

¹⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/pratique/63257> consulté 24 Janvier 2015 14H 23min.

thérapeutique de la maladie. DR Bellouze nous révèle les aspects de cette prise en charge thérapeutique du cancer du sein comme suit « *le traitement général: l'hormonothérapie, chimiothérapie, antalgique néo adjuvant, en 1ere intervention thérapeutique ; et traitement locorégional : la chirurgie, radiothérapie* »¹⁷.

Pour avoir une vision globale claire et bien précise sur la notion de la prise en charge ,il peut intégrer tous les actes mis en place par les acteurs professionnels, la compréhension de la prise en charge thérapeutique nécessite de comprendre les facteurs psychosociologiques et culturels qui influencent avec la santé, afin d'identifier et décrire les différentes dimensions de la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein ,nous avons exposé et intégré les approches suivantes :

L'approche psychologique : d'après S Doucy et P Rouby « *le diagnostic et le traitement du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio-familial peuvent s'entendre sur plusieurs années* »¹⁸. Nous avons constaté ,que l'approche psychologique s'intéresser aux émotions des femmes atteintes du cancer du sein, à travers l'acceptation de soi et pas la maladie elle-même ,grâce à la subjectivité de soi qui menaçait la capacité et les ressources psychologiques ;puis qu'ont dire après la thérapeutique il y a une investissement antérieur :donc comment la femme malade vie avec une nouvelle qualité de vie?. C'est –a- dire l'influencer avec les traumatismes émotionnels (l'anxiété, dépression, l'angoisse, le sentiment.....) et les mécanismes de défense.

L'approche sociologique : selon S. Blois « *La confrontation au cancer représente une expérience douloureuse qui ne touche pas seulement l'individu malade .La maladie provoque des bouleversements non seulement sur les*

¹⁷ DR BELLOUZE, *Chirurgie du cancer du sein*, Bejaïa, CHU de Bejaïa, 2015, p01.

¹⁸ S.Doucy , P.rouby , *l'aspect psychologique du cancer du sein de la femme jeune*, 28ème journées de la SPSPM, , Lille ,2006, p322.

conditions de l'existence [...].L'entourage va alors avoir le souci de soutenir le patient, de l'aider sur le plan émotionnel et matériel .Devenir proche du malade, c'est vivre plus ou moins directement les difficultés et la souffrance liées à la maladie »¹⁹.Donc, cette pathologie qui engendre un impact de bouleversement profond pour les patientes et pour son entourage ,c'est une expérience douloureuse même la famille il va partager cette souffrance.

Généralement, la fermeté et la solidarité, la flexibilité et l'adaptation sont des éléments prônés chez l'entourage extérieur et les acteurs professionnels dans leur prise en charge thérapeutique des femmes atteintes du cancer du sein.

Dans notre thème ,nous nous intéressons la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation, cette étude réalisée au niveau du service d'oncologie l'unité de chimiothérapie à l'hôpital d'Amizour, a pour but de mettre en lumière le cheminement et le processus de prise en charge thérapeutique emprunté par les femmes ,ainsi que l'identification des acteurs impliqués dans ce processus et leur relation avec les femmes malades .C'est une étude en terme de trajectoires ,qui tente de répondre aux questions suivantes :

- Que recouvre réellement la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein dans le service d'oncologie l'unité chimiothérapie ?
- Comment les femmes atteintes d'un cancer du sein sont elles prises en charge au sein du service d'oncologie l'unité de chimiothérapie?
- Qui intervient dans la prise en charge de ce service et quelles sont leurs missions ?
- Quelle est la nature des relations entre les professionnels du service et les femmes malades ?

¹⁹ S .Blois, *Il dit que tout va bien mais la famille s'inquiète*, sous la direction de Patrick Ben Soussan et Eric Dudoit, *Les souffrances psychologiques des malades cancers*, Springer-Verlag France, Paris, Février 2011, p171.

I -5 -Les hypothèses.

Une hypothèse est le résultat de formulation de la problématique de notre recherche à travers la question du départ et la sous -question ; elle constitue une liaison entre l'abstrait et la réalité observés sur le terrain. Selon Gordon Mace définit l'hypothèse comme : « *l'hypothèse c'est une relation qui sera établie entre les concepts ou, plus généralement, entre des attributs de concepts qui représentent et servent à décrire les phénomènes observés* ». ²⁰

Pour répondre à notre questionnement nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse N° 1 :

La prise en charge thérapeutique est caractérisée par un cheminement emprunté par le malade afin de bénéficier de service d'oncologie l'unité de chimiothérapie.

Hypothèse N° 2 :

Le processus de prise en charge thérapeutique au service d'oncologie l'unité de chimiothérapie, parsemé de diverses phases, fait intervenir plusieurs professionnels de santé pour dispenser l'aide thérapeutique souhaitée.

Hypothèse N° 3 :

La prise en charge thérapeutique à l'hôpital d'Amizour dans le service d'oncologie, dépend de la nature des relations instaurées entre les patientes et les professionnels du service.

²⁰GORDON Mace, *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, 2ème édition, Canada, 1997, p 36.

I-6- Définition des concepts clés.**Le cancer.**

Selon le dictionnaire médical le cancer « *est une tumeur maligne résultat d'une déséquilibre dans les mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire .La cellule cancéreuse se caractérise par des anomalies nucléaires avec mitoses fréquentes et anarchiques.les cancers se répartissent en deux grandes catégories, les carcinomes (ou épithéliomas) et les sarcomes. »*²¹

Pour Jacques Delamare le cancer « *nom générique des tumeurs malignes qui s'étendent rapidement et ont tendance à se généraliser .On admet que le cancer développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de défense de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire. »*²²

Définition opératoire du concept :

Le cancer est une maladie qui menace l'organisme humain défini par l'existence d'un déséquilibre fonctionnel entre les mécanismes de défense et l'anarchie cellulaire. Cette maladie c'est une maladie individuelle sans caractère transmissible, qui évoluer rapidement avec un long terme.

Cancer du sein.

Selon Jacques Delamare le cancer du sein « *Brest cancer. Cancer le plus fréquent de la femme, c'est presque toujours un adénocarcinome : le plus souvent canalaire, rarement lombaire, médullaire »*²³.

Et d'après la société canadienne « *le cancer du sein est une tumeur touche les cellules du sein, cette cellules à l'origine malignes, peuvent envahir les tissus*

²¹ QUEVAUVILLIERS Pr. Jacques, *Dictionnaire médical avec atlas anatomique* ,6ème édition, Elsevier Masson S.A.S, Paris, Septembre 2009, p151.

²²DELAMARE Jacques, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, La faculté de médecine 30 e édition, Paris, 2009, p136.

²³ Ibid. p 137.

qui les entourent et se propager à d'autre partie du corps, qui appelées 'métastases'. Le premier signe de cet envahissement est souvent l'enflure des ganglions lymphatiques situés après la tumeur »²⁴.

Concept opératoire :

Scientifiquement, le cancer du sein c'est une forme de tumeur prendre la naissance à partir la division des cellules mammaires de façon multiple en manière anarchique, à l'intérieur du tissu du sein.

La prise en charge thérapeutique.

Selon le rapport la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique la prise en charge thérapeutique peut- être défini comme : « *Tous l'application des corps médicaux pour définir les objectifs : l'objectif à long terme serait de diminuer l'incidence des maladies, ce qui mécaniquement aboutirait à une réduction au moins relative des coûts liés à ces maladies ; l'objectif à court terme serait, par la prise en charge le plus précocement possible des maladies déjà constituées, de diminuer l'incidence des conséquences liées à ces maladies, sans sous-estimer l'importance de la prévention primaire.* »²⁵

Concept opératoire :

On peut dire, la prise en charge thérapeutique est l'ensemble des actions pratique et les activités mise en place par les différents professionnels de santé, afin de dispenser l'aider médicale souhaitée.

²⁴ PRINCE William, *comprendre les traitements du cancer du sein : Guide pour les femmes*, Société canadienne du cancer, Canada, Juillet 2008, p 03.

²⁵ Pr BRIANCON Serge, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, Haut conseil de la santé publique, Paris, Novembre 2009, p 17.

Conclusion.

Dans ce premier chapitre, pour mettre en valeur l'aspect théorique de la problématisation de l'objet de notre recherche, nous avons présenté en manière simple et précise les raisons et les objectifs de notre étude, les études antérieures, ainsi que la problématique et les hypothèses et enfin les concepts clés.

Chapitre II
Généralités sur la
maladie de cancer du
sein

Introduction.

Dans ce chapitre, nous allons illustrer une vision globale sur la notion de la maladie cancer du sein, dans lequel nous allons présenter l'aspect épidémiologique dans le monde et en Algérie, une définition scientifique médicale de la maladie cancer du sein avec une figure anatomique, par la suite entamer les causes et les facteurs favorisants, et l'ensemble des signes cliniques, et nous terminons avec la présentation de différents stades du cancer du sein avec un tableau bien déterminé, les différents types avec le calcul du pourcentage par la suite le suivi thérapeutique, les acteurs professionnels et la prévention.

II-1- Epidémiologie.**A- Dans le monde.**

Selon A.Mahmane et M. Hamdi cherif dit que : Tout les registres du cancer dans le monde ont noté une augmentation de l'incidence du cancer du sein au cours de ces 20 dernières années : taux d'incidence >à 80/100 000 Personnes /an.¹

En suite, en 2008, le nombre de cas est estimé à plus de 1,4 million de nouveaux cas des femmes atteintes avec 460 000 décès.²

Selon Belley Priso : Le cancer du sein est un cancer fréquent avec plus de 33 000 femmes atteintes tous les ans en France, dont 10 000 décès. Aux Etats-Unis d'Amérique 01 femme sur 08 sera touché par le cancer du sein, en cote d'Ivoire il vient en seconde position après le cancer du col l'utérus³.

¹ A.Mahmane, M., M.Hamdi Cherif, op.cit., p02.

² Ibid., p 03.

³ BELLEY Priso, *Profil épidémiologique et clinique de la pathologie : Mammaire à l'hôpital général de Douala (Cameroun)*, Op.cit. , p02.

En 2012 ,On estime à 48 763 le nombre de nouveaux cas en France ,soit plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme .Dans plus de 08 cas sur 10 ,il touche des femmes âgées de 50 ans de plus .Ce cancer peut aussi apparaitre chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de 1%des cancer du sein) .Aujourd'hui, le taux global de survie relative à 5ans après de diagnostic d'une cancer du sein est estimé à près de 89%.⁴

Ainsi que, selon Genevieve fafard dit que : d'après statistique canada .En 2013 ,23 800 femmes canadiennes auront eu un diagnostic de cancer du sein et environ 25% de ces femmes en décéderont.⁵

B- En Algérie.

Selon M .Hamdi-Cherif et K.Bouزيد : En Algérie, les premières registres d'Alger, de Sétif et d'Oran ont été grées dans les années 1980 .En 2008, les registres du cancer couvraient une population de plus de 12 millions d'habitants sur le 35 millions que compte le pays. ⁶

En suit selon Fatima Zohra Foudil : En Algérie selon les dernières statistiques révélées par l'institut national de santé publique (INSP) arrêtées en avril dernier, la prévalence de cancer du sein est de 11 000 nouveaux cas par an. Ce chiffre, bien qu'il soit rassurant comparativement à d'autres pays, en fait quand même le cancer le plus fréquent chez la femme. ⁷

⁴ Collections guides patient cancer info, *Les traitements des cancers du sien*, INC, France, Octobre 2013, p13.

⁵ GENEVIEVE Fafard, *L'expérience vécue par des femmes atteintes du cancer du sien : une étude phénoménologique soutenant la pertinence de l'ergothérapie auprès de cette clientèle*, l'université du Québec à trois –rivières, Canada, aout 2013, p10.

⁶ M.Hamdi-cherif et K.Bouزيد , *Epidémiologie des cancer du sein de la femme jeune en Afrique du Nord* ,32ème Journées de la SFSPM ,Strasbourg ,Novembre 2010 ,p 60 .

⁷ FOUJIL Fatima Zohra, *Journal EL Watan* , Cancer du sein, Mercredi 28 Octobre 2015, p14.

En Algérie: 1^{er} cancer féminin, 1^{ère} cause de mortalité par cancer chez la femme avec 10.000-11.000 nouveaux cas/an (Plan national cancer 2015-2019).⁸

II- 2- Définition du cancer du sein.

Ce cancer survient lorsque, dans les glandes ou les canaux, des cellules se multiplient de façon incontrôlée .Ce la forme un petit amas appelé « tumeur maligne ».

Des cellules cancéreuses se détachent parfois de cette tumeur. Elles peuvent alors se retrouver dans d'autres tumeurs cancéreuses : des métastases⁹.

Un cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire .Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, appelée tumeur maligne¹⁰.

⁸ Dr .DANOUNE .A, ETBOUKAFFA S, *Bases anatomique de la glande mammaire*, Laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale, Annaba, 29/10 /2015, p03.

⁹ Comité de centre hospitalier de l'université de Montréal, *Le cancer du sien*, N°4005158, Juillet 2014 ,p01.

¹⁰ Collections guides du patient info, Op.cit, p09.

II- 3- Anatomie du sein¹¹.

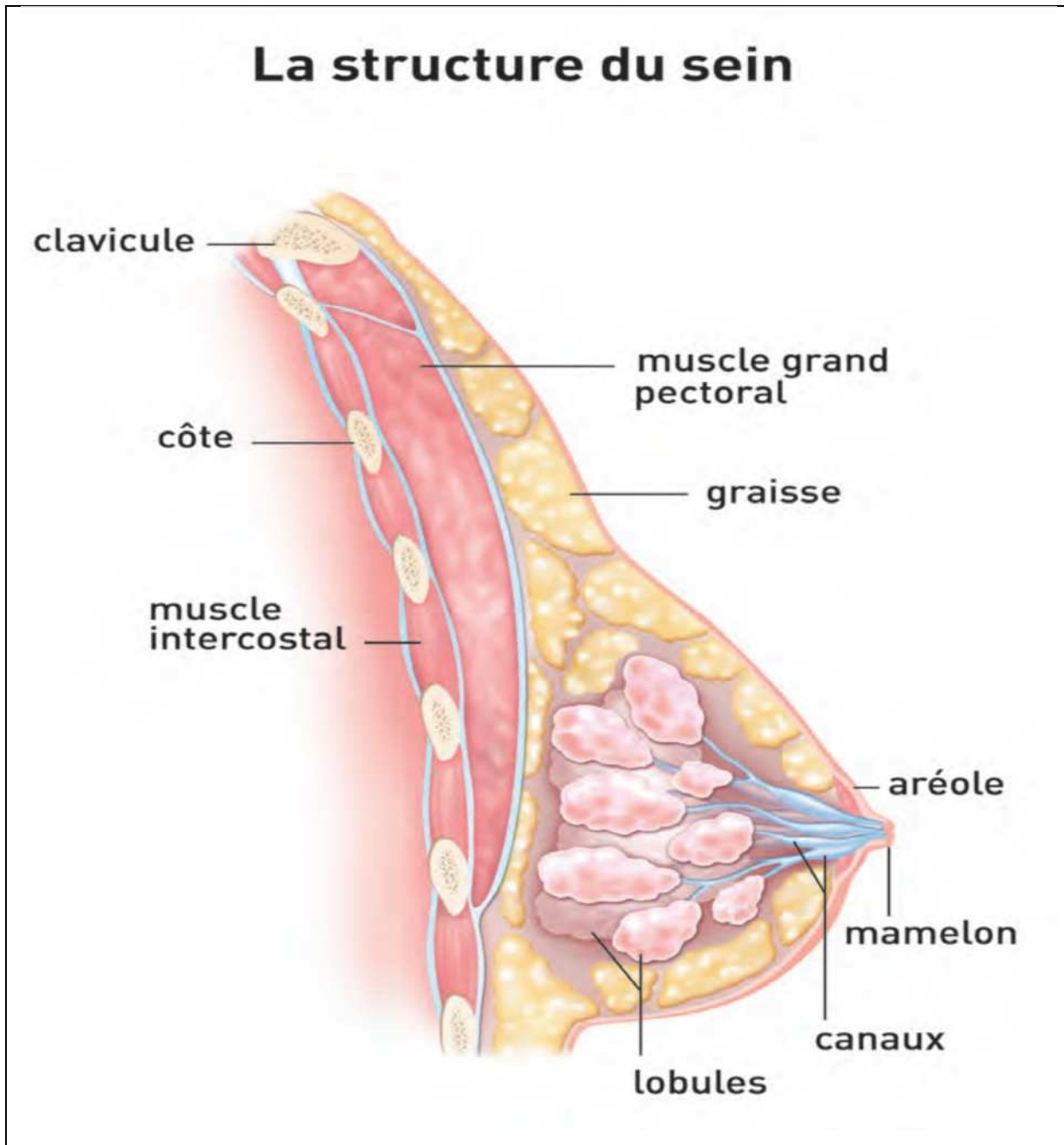


Figure N°01 : la configuration interne de structure du sein.

¹¹ Ibid., p08.

II-4- Les causes et facteurs favorisants.

Le risque de survenue de cette maladie est plus important lorsqu'il y a des cas de cancer du sein dans la famille : mère, sœur ou tante .On a identifié des gènes de susceptibilité qui sont présents dans 05% des cas .Chez les porteuses de ces gènes ,le risque est de 85%,il existe aussi des facteurs hormonaux ,caractérisés par une puberté précoce (avant 10 ans),une ménopause tardive (après 55ans),une première grossesse après 30ans .Les femmes ayant en kyste ou une tumeur bénigne du sein ,traités ou non, doivent être régulièrement surveillées en raison d'un risque plus élevé. Ni le rôle cancérogène des l'allaitement n'ont été prouvés .En revanche, le traitement hormonal substitutif associant œstrogènes et progestatifs après la ménopause comporte une augmentation du risque s'il est prolongé.¹²

A- L'âge.

Est un facteur important. Comme pour la plupart des maladies cardiovasculaires et la plupart des cancers, le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge (voir « *Est-ce un cancer fréquent?* ») : le vieillissement favorise l'apparition des cancers. Pour ces raisons des programmes de dépistage du cancer du sein ont été mis en place pour les femmes à partir de 50 ans¹³.

B - Contexte nutritionnel.

- Obésité chez les patientes ménopausées (conversion périphérique des androgènes en estrogène).

- Les régimes riches en graisses.

C - Niveau socioéconomique.

- Niveau de vie élevé.

- Vie urbaine.

¹² YBERT Edith, *Le petit Larousse de la médecine*, 1ère édition, Allemagne, Février 2010, p 306.

¹³ Comprendre le cancer du sein, *Guide*, L'institut national du cancer, Janvier, France, 2007, p14.

D- Irradiation.

- Seule l'exposition à de hautes doses de rayonnement.
- Les mammographies n'entraînent pas d'augmentation du risque de survenue de cancer du sein¹⁴.

II- 5- Les symptômes du cancer du sein.

Le cancer du sein évolue souvent lentement .Beaucoup de personne ne remarquent donc aucun changement à leurs seins.

Le cancer peut causer certains symptômes .Mais ces signes peuvent aussi être dus à d'autres maladies. Ils doivent donc être évalués par un médecin .Voici les principaux :

- Petit amas dans le sein, douloureux ou non.
- Petit amas appelés (calcifications) qu'on ne sent pas au toucher et découverts lors d'une radiographie du sein (mammographie) de dépistage.
- Modification de la taille, de la texture ou de la forme de sein.
- Rougeur, Chaleur ou enflure du sein.
- Mamelon qui s'est retourné vers l'intérieur.
- Croute ou peau qui pèle sur le mamelon¹⁵.

¹⁴ Dr. Jacky, Cancérologie gynécologie –obstétrique, Association Institut La Conférence Hippocrate, Paris, 2005, p 08.

¹⁵ Comité de centre hospitalier de l'université de Montréal, Op.cit., p01.


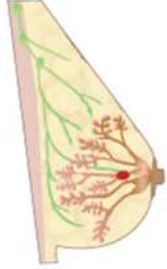
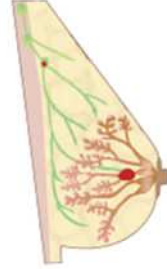

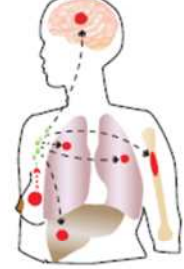
A- Signes et symptômes tardifs¹⁶.

Les signes et symptômes tardifs se manifestent quand la masse cancéreuse grossit ou se propage vers d'autres parties du corps, dont d'autres organes :

- Douleur osseuse
- Nausées
- Perte d'appétit
- Perte de poids
- Jaunisse Affection caractérisée par un jaunissement de la peau et du blanc des yeux et une urine jaune foncé.
- Accumulation de liquide autour des poumons (épanchement pleural).
 - Essoufflement.
 - Toux.
- Maux de tête.
- Vision double.

¹⁶<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/signs-and-symptoms/?region=qc#ixzz3zOasAj1C> 15 :20 Le 06/02/2016.

II-6- Les différents stades du cancer du sein¹⁷.**Tableau N°01** : les stades du cancer du sein.

				
Stade 0	Stade I	Stade IIA/IIB	Stade IIIA/IIIB	Stade IV
Cancer du sein non invasif ou in situ (aussi appelé précancéreux)	Cancer invasif localisé à l'intérieur du sein seulement	Cancer de plus grande taille ou qui a atteint des ganglions	Cancer du sein localement plus avancé	Cancer du sein avancé ou métastatique
Les tumeurs sont uniquement à l'intérieur des canaux	Les tumeurs mesurent moins de 2 cm	Les tumeurs mesurent entre 2 et 5 cm ou les cellules cancéreuses ont envahi de 1 à 3 ganglions	Les tumeurs mesurent plus de 5 cm ou les cellules cancéreuses ont atteint 4 ganglions et plus	Présence de métastases (foie, os, cerveau, poumons ou autres endroits)

II-7- Les différents types du cancer du sein¹⁸.

A- Cancer non invasifs.

Carcinome canalaire *in situ* : C'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. Il se situe à l'intérieur des canaux galactophores. Il est souvent possible de le guérir, car tant qu'il est sous la forme « in situ », il ne se propage pas et ne donne pas de métastases. S'il n'est pas traité, il peut évoluer et se transformer en tumeur « infiltrant » et métastaser.

¹⁷ Collections guides du patient info, Op.cit, p10.

¹⁸ ; <http://www.senosphere.com/pathologies/cancer-du-sein/types-de-cancers-du-sein/> H 15 : 26 date le 06 /02 /2016.

B- Cancers invasifs ou infiltrant.

Ces formes de cancer envahissent les tissus autour des canaux galactophores. Si la tumeur n'est pas traitée, elle peut se disséminer et métastaser.

- **Carcinome canalaire** : Il se forme dans les canaux galactophores.
- **Carcinome lobulaire** : Il se forme à l'extérieur des canaux galactophores (dans les lobules).
- **Autres carcinomes** : (médullaires, colloïdes ou muscineux, tubulaires, papillaires). Ces types de cancer du sein sont plus rares.
- **Maladie de Paget** : C'est une tumeur rare qui se manifeste par une plaie du mamelon qui ne guérit pas.

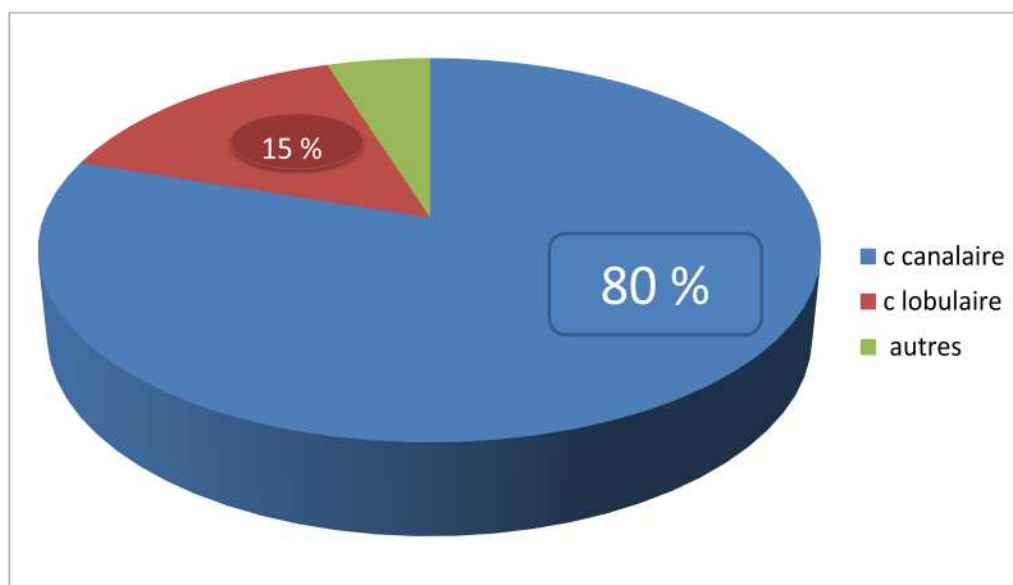


Figure02 : le pourcentage des différents types du cancer du sein

II-8- Définition du dépistage.

Recherche active dans une population de signes de maladie latente, généralement à l'aide de méthodes simples et non couteuses

II- 9- Différents types de dépistage.**A- Le dépistage précoce :**

Dépistage visant à découvrir les maladies ayant déjà donné des signes décelables par le médecin. Sans que le malade en ait encore ressenti les premiers symptômes¹⁹.

B- Le dépistage systématique :

Le dépistage individuel : est demandé par le médecin généraliste ou spécialiste ou, plus rarement est sollicité par le sujet lui-même en fonction de ses facteurs de risque propres : cancer familiaux rares ou une prédisposition au cancer est génétiquement transmise de façon dominant (polypose colique familiale).

Le dépistage de masse : S'adresse à une population définie de plusieurs milliers d'individus (population exposée à des facteurs de risque particuliers) .Ce dépistage nécessite un programme préétabli un budget et des moyen de réalisation relevant de la santé publique²⁰.

Le dépistage sélectif : dépistage pratiqué dans certains groupes de population choisis en raison des risques élevés auxquels ils sont exposés.

Le dépistage multiple : application simultanée de deux ou plusieurs testes de dépistage à des groupes nombreux. A ne pas confondre avec le dépistage par examens successifs dans lequel le même sujet est examiné, à la recherche de la

¹⁹ A .Manuila, L .Mnuila, P. Lewalle, M .Nicoulin, T .Papo, *Dictionnaire médical manuila* , 10ème édition, Paris, 2004, p139.

²⁰ Pr WAINSTEN Jean-Pierre, *Larousse médicale*, 2ème édition, Italie, Janvier2012, p150.

même maladie, par deux ou plusieurs personnes appartenant à des catégories professionnelles différentes²¹.

II- 10- Les moyens de dépistage²².

Ils sont cliniques (auto examen ou examen médical), radiologie (mammographie), endoscopique (coloscopie), anatomopathologies (frottis cervicovaginal), biologique.

II-11- Les moyens du diagnostic.

A- Clinique²³.

L'interrogatoire, en particulier lors de la première consultation, doit recueillir un grand nombre de notions sur les antécédents et les facteurs de risque. De même l'examen physique mené dans plusieurs positions, de façon bilatérale, systématique, et comparative, sera effectué de façon aussi systématique.

Les principaux signes cliniques à rechercher comme étant particulièrement évocateurs d'un cancer sont les suivants :

B- L'examen clinique.

- A l'inspection, éventuellement à jeun, en position debout et assise, on recherchera la présence d'un méplat, d'une inflammation localisée ou diffuse, d'une rétraction cutanée ou mamelonnaire d'apparition récente, d'une anomalie cutanée mamelonnaire d'une asymétrie récente, d'un aspect de « peau d'organe », ou la présence de modules dermo-épidermiques.

²¹ A .Manuila, L. Mnuila, P. Lewalle, M. Nicoulin, T .Papo, Op.cit., p139.

²² Pr WAINSTEN Jean-Pierre, op.cit., p150.

²³ J .Beuzeboc, A. Pommeyrol, A .Toledano, *Cancer du sein : Question et réponse au quotidien*, 3^{ème} édition, Paris, 2003, p24.

- A la palpation, effectuée les doigts bien à plat, on recherchera l'existence d'un ou plusieurs nodules dont les caractères évocateurs de malignité sont les suivant :

Irrégularité, mauvaise limitation.

Adhérence cutanée ou profonde.

Il importe de consigner la taille et la localisation.

La taille : doit être mesurée de façon aussi précise que possible, en millimètres.

La localisation : doit être effectuée en respectant la nomenclature usuelle : supéro-externe, supéro-interne, inféro-interne, central ou rétro-aréolaire, axillaire.

C- Examens complémentaires²⁴.

➤ Radiologie.

La mammographie est le meilleur des examens d'imagerie du sein, elle joue un rôle important dans le diagnostic et chaque étape du traitement locorégional et pour la surveillance.

➤ Cytoponction.

Trouve essentiellement son application dans deux types de matériel soit le produit des ponctions, soit les liquides d'écoulement mamelonnaire.

Elle fait partie du triple et diagnostic associant l'examen clinique et la mammographie .Le diagnostic est d'une grande fiabilité avec moins de 0,5% de faux positifs et un très faible taux de prélèvements non significatifs (moins de 5%).

²⁴ Dr N.BENZIDANE, *Cancer du sein : Diagnostic et traitement*, office des publications universitaires, Alger, septembre 2004, p 9, 10,11.

Cette fiabilité diagnostique repose sur une parfaite connaissance de la ponction et sur une technique de la ponction et sur une interprétation rigoureuse des frottis par un observateur entraîné.

➤ **Anatomie-pathologie.**

Deux types de prélèvement permettent d'établir un diagnostic anatomo-pathologique.

- Le forage biopsique : réalisé en ambulatoire permet un diagnostic histologique.
- Exérèse chirurgicale de la tumeur : lorsque le diagnostic de la tumeur n'a pas été effectué avant l'intervention par l'une ou l'autre des méthodes antérieurement décrites. Un examen extemporané est réalisé en per opératoire.

➤ **Biologie.**

Le dosage des récepteurs d'œstrogènes et de progestérones est intéressant pour deux raisons :

- L'absence de ces récepteurs est un facteur pronostic péjoratif.
- La présence de ces récepteurs, et surtout récepteurs à la progestérone outre qu'elle représente en soi un élément favorable du pronostic, constitue une indication se l'hormonothérapie adjuvante dont l'efficacité a été démontrée.

II-12- Traitement²⁵.

Traiter le cancer du sein et la nécessité de préserver un organe aussi symbolique a considérablement modifié la stratégie thérapeutique grâce à l'amélioration des traitements locaux (chirurgie, radiothérapie) pour un traitement conservateur et la prescription judicieuse de traitements médicaux

²⁵ Ibid., p17.

adjuvants (hormonothérapie, chimiothérapie) a permis de réduire significativement la mortalité.

➤ **Méthodes thérapeutiques.**

• **La chirurgie.**

Permet le traitement loco régional, autrement-dit celui de la tumeur primitive et celui des envahissements ganglionnaires potentiels axillaires.

Le traitement de la tumeur primitive, il peut dire que la chirurgie radicale et ultra-radical (opération de Halsted élargie ou non) a perdu progressivement beaucoup de terrain au profit de la chirurgie radicale limitée (opération de Patey) et qui à son tour se trouve maintenant affrontée au traitement chirurgical non mutilant (traitement conservateur). La tumeurectomie large passant à 1 ou 2 cm à distance du mamelon en tenant compte du volume mammaire.

• **La radiothérapie.**

Un traitement locorégional après la chirurgie (après la cicatrisation) permet le contrôle des infra cliniques qui peuvent exister sur la glande mammaire (après traitement conservateur) ou bien le lit cicatriciel, sinon sur les aires ganglionnaires axillaires, mammaire interne et sus claviculaire.

• **Chimiothérapie.**

Qui a pour but de prolonger le taux de survie par la stérilisation des micro métastases existant au moment du diagnostic, aussi elle peut permettre un traitement conservateur après une chimiothérapie d'induction.

Elle est utilisée chez les femmes en activité génitale, en présence d'un envahissement ganglionnaire (plus de 3 ganglions atteints) en leur absence elle est discutée chez les patientes à haut risque.

- **Hormonothérapie.**

Utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez les patientes ménopausées. On utilise le ‘tamoxifène’ à la dose de 20 à 30 mg/jour en cas d’envahissement ganglionnaire et récepteurs hormonaux positifs pendant au moins deux ans.

II-13- Les professionnels aux services de la patiente.

- **L’anatomopathologiste, ou pathologiste** : est un médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés sur la patiente. Son rôle est déterminant dans le diagnostic et l’orientation du choix des traitements lors de la concertation multidisciplinaire.
- **L’anesthésiste-réanimateur** : est un médecin spécialiste chargé du suivi de la patiente avant, pendant et après une intervention chirurgicale. C’est lui qui endort la patiente, la surveille, assiste son réveil et prend en charge la douleur après l’opération.
- **Le cancérologue, ou oncologue** : est un médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de chimiothérapie (oncologue médical) ou de radiothérapie (oncologue radiothérapeute).
- **Le chimiothérapeute** : est un médecin qui traite les cancers à l’aide de médicaments. Il existe trois types de médicaments possibles : la chimiothérapie (par des substances naturelles ou de synthèse), l’hormonothérapie (par des hormones) ou l’immunothérapie* (par la stimulation des défenses immunitaires de l’organisme). On parle aussi d’oncologue médical.
- **Le chirurgien** : est un médecin qui pratique des opérations pour diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d’un organe, remédier à

certaines complications* ou effectuer des réparations (chirurgie plastique). Certains médecins spécialistes (gastroentérologue, gynécologue, pédiatre...) sont aussi chirurgiens.

- **Le gynécologue :** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme.
- **L'infirmier** diplômé d'État (IDE) : est chargé des soins aux personnes malades, de leur surveillance et de l'administration des traitements prescrits par le médecin. L'infirmier exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Le cadre de santé (ou surveillant) est un infirmier responsable de la coordination d'un service à l'hôpital. Il joue un rôle important de communication entre l'équipe soignante et la patiente.
- **Le manipulateur de radiologie :** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiologie. Il est spécialement formé en imagerie médicale. Il assiste le radiologue lors des examens d'imagerie.
- **Le manipulateur de radiothérapie :** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est également chargé de veiller au bon déroulement de la séance de radiothérapie en collaboration avec le physicien. Il s'occupe de la patiente en salle de traitement, l'aide à s'installer et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que la patiente ne présente pas de réactions anormales.
- **L'oncologue :** est un médecin cancérologue plus particulièrement spécialisé dans les traitements du cancer par chimiothérapie ou radiothérapie. On parle d'oncologue médical (chimiothérapeute) ou d'oncologue radiothérapeute (radiothérapeute).
- **Le physicien :** est spécialiste du fonctionnement et du contrôle des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Lors d'une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement, notamment la durée et la répartition des

doses de manière à bien traiter la tumeur et à protéger les organes voisins, et il détermine la durée de chaque séance. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

- **Le radiologue :** est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens radiologiques (ou examens d'imagerie) qui contribuent au diagnostic. Il existe différents examens radiologiques: radiographie, échographie, scanner, IRM (Imagerie par Résonance Magnétique).
- **Le radiothérapeute :** est un médecin spécialiste du traitement des cancers par radiothérapie. Certains radiothérapeutes sont spécialisés en curiethérapie. On parle aussi d'oncologue radiothérapeute.
- **Le sénologue :** est un médecin spécialisé dans la prise en charge des maladies du sein. ²⁶
- **Le psychologue :** Spécialiste de la psychologie qui pose une discipline qui traite des processus mentaux normaux. ²⁷

II- 14- La prévention.

A- Définition.

D'une façon générale la prévention consiste en un ensemble de mesures ou d'attitudes adoptées ou accomplies pour empêcher la survenue d'un événement non désiré ou de son aggravation.

Domaine de la santé : C'est l'ensemble des actes accomplis pour empêcher la survenue d'une maladie ou d'un accident, d'une complication de maladie ou d'accidents et la survenue des séquelles. ²⁸

²⁶ L'auteur, *comprendre le cancer du sein*, Op.cit. , p : 77,78.

²⁷ A .Manuila, L.Mnuila, P.Lewalle, M.Nicoulin, T.Papo, Op.cit., p414.

²⁸ Dr. DERRADJ B, *Organisation de la prévention en Algérie*, Service de médecine de travail CHU de Bejaïa, p01.

B- Les types de prévention²⁹.

La prévention primaire individuelle : Elle repose sur la modification des modes de vie e, du comportement et les facteurs de risque les plus fréquents.

-Le tabac : est responsable de 30%de la totalité des décès par cancer.

-L'alcoolisme : non directement carcinogène, mais souvent associé au tabagisme.

-L'alimentation : lorsqu'elle est riche en graisse saturées et en protéines, et pauvre en fibres, multiplie le risque hormonodépendants (sein, prostate).

La prévention primaire collective : Elle repose sur la mise en place de mesure réglementaires administratives visant à compagne, d'information, d'éducation auprès des jeunes sont menées, rappelant les principales règles d'hygiène ne pas fumer, modérer la consommation de boissons alcoolisées, éviter les expositions prolongées au soleil ,respecter les cosignes de sécurité dans la production et la manipulation de produit à risque ,consommer des aliments frais et riches en fibres ,éviter les aliments riches en matières grasses .

La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme reste prioritaire, elle justifie la prise de mesures à visée collective, mais la prévention primaire dans ce domaine dépend en dernier lieu décision individuelle.

La prévention secondaire : Elle repose sur trois types de mesures :

-Le traitement de l'état cancéreux, reconnu par dépistage systématique lors de la surveillance de sujet à haut risque ou à l'occasion de toute consultation (traitement des lésions tissulaires et histologiques bénignes : dystrophie, dysplasies, métaplasies, tumeurs bénignes.)

²⁹ Pr. WAINTEEN Jean-Pierre, *La Larousse médical*, 2ème édition, Italie, 2012, p150.

-La prescription des médicaments capables de corriger des états dysplasique ou métaplasiques des muqueuses (vitamine A et acides rétinoïques dans l'usage actuel), associée à l'arrêt de l'exposition aux carcinogènes.

-L'ablation chirurgical des lésions précancéreuses (colectomie préventive dans la polypose colique familiale...)

II- 15- La relation soignant/soignée.

C'est une relation médo-thérapeutique et psychologique, basé essentiellement sur le respect, la confiance, l'empathie et l'écoute active puisque il y à une espace vaste durant la consultation et le suivi de traitement selon HERZLICH Claudine : « *la rencontre entre le médecin et le malade se caractérise par un conflit résultat d'une divergence de perspectives et d'intérêts.* »³⁰

Généralement, les professionnelle médical traite le malade comme un personne pas comme un objet, parce que cette relation est déterminée par l'ensemble des facteurs, individuels et socioculturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire.

Conclusion.

A travers cette présentation, on à constaté que la présentation de la notion de la maladie cancer du sein en manière claire et facile, afin pour mettre en évidence l'aspect médicale de cette maladies dans l'actualité.

³⁰HERZLICH Claudine et ADAM Philippe, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, Paris, 2004, p83.

Chapitre III
Méthodologie de
recherche

Introduction.

Dans le domaine des sciences humaine et sociale, toute recherche scientifique nécessite l'adoption d'une méthodologie, définit par Mathieu Guidère comme «*La méthode désigne l'ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique.*»¹

Dans ce chapitre nous allons décrire tout le cheminement méthodologique adopté par nos même pour la vérification de nos hypothèses à travers l'exposé des points suivants : l'identification de notre lieu d'enquête, de la population d'étude, de la méthode et techniques choisies, et des techniques d'interprétation des résultats, ainsi que les avantages et les difficultés rencontrés durant notre recherche.

1- Présentation de l'organisme d'accueil.**❖ Situation géographique:**

L'Etablissement Public Hospitalier d'Amizour est Implanté à 24 km au sud du chef lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 224 lits techniques, la population couverte s'élève à environ 160.000 habitants relevant des huit communes (Amizour, Barbacha, El kseur, Smaoun, Benidjelil, Feraoun, Kendira et Fenaia) ainsi que la population relevant des communes, des wilayas limitrophes (Sétif...).

❖ Historique:

Le secteur sanitaire d'Amizour a été créé en 1981 suivant le décret n° :242/81 du : 05.09.1981 et il été rendu officiel selon le décret n° :254/85 du : 22.10.1985.

¹GUIDERE Mathieu, *Méthodologie de la recherche*, Ellipses édition Marketing S.A,Lyon, 2004, P 04.

Le secteur sanitaire a assuré une couverture sanitaire de 03 DAIRA : Amizour, El-Kseur et Barbacha qui regroupent huit (08) communes réparties sur le tableau suivant :

Tableau N°02 : La couverture sanitaire de l'hôpital d'Amizour.

Daïra	Les communes
Daïra d'Amizour :	<ul style="list-style-type: none">- commune d'Amizour- commune de Feraoun- commune de Smaoun- commune de Beni –Djellil
Daïra d'El-Kseur :	<ul style="list-style-type: none">- commune d'El-Kseur- commune de Toudja
Daïra de Barbacha :	<ul style="list-style-type: none">- commune de Barbacha- commune de Kendira

Le secteur sanitaire d'Amizour a fonctionné sans structure d'hospitalisation jusqu' en 1992 date de réception et de mise en service d'un hôpital d'une capacité de 240 lits.

Le secteur sanitaire dispose des infrastructures suivantes :

- Un hôpital 240 Lits (196 Lits organisés-arrêté N°57-04 DU 24.11.2004).
- quatre (04) polycliniques (une polyclinique pour 39 568 habitants).
- six (06) centres de santé (soit un (01) centre pour 36379 habitants).
- vingt sept (27) salles de soins (soit une (01) salle de soins pour 6881 habitants).
- un (01) service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP).

En 2007, le secteur est bien divisé en deux structures à savoir :

- Etablissement Public Hospitalier d'Amizour (EPH).
- Etablissement Public de Santé de Proximité d'El-Kseur (EPSP).

❖ **Présentation d'EPH d'Amizour :**

L'établissement public hospitalier d'Amizour, baptisé « Hôpital Benmerad EL Mekki », est créé suite à la promulgation de la nouvelle carte sanitaire en application du décret exécutif 07-140 de mai 2007.

❖ **La mission :**

L'établissement public hospitalier a pour mission la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il est chargé de :

- Assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs de diagnostic
- La prise en charge totale des malades durant leurs hospitalisations.
- L'Etablissement Public Hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale.

❖ **La capacité de l'établissement :** deux composants.

➤ **Le plateau technique :**

- Le pavillon des urgences médico-chirurgical (20 lits), se compose de deux unités : unité d'accueil et la réanimation médicale.
- Le Bloc opératoire (04 salles).
- Service d'imagerie médicale avec 02 salles radiologies.
- Laboratoire d'analyse.
- La pharmacie centrale.
- Une Banque de sang.
- Un Bureau d'entrées.

➤ **Tableau N°03 : Les services d'hospitalisation :**

Services d'hospitalisation	Nombre de lits
Pédiatrie	22
Maternité-Gynécologie	30
Médecin interne	56
Chirurgie Générale	60
Oncologie	36

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie, et d'un service de médecine du travail.

Source : Service des ressources humaines de l'hôpital d'Amizour .Année 2016

2- La description de service d'oncologie : espace d'enquêtée.

Le service d'oncologie se situe a dernière étage au niveau d'unité de service d'hospitalisation, il est constitué 08 chambré pour suivi les séances de la chimiothérapie, la salle des médecins à gauche constitués 06 bureaux,

Tout droit : bureau des infirmiers, salle de soins, salle d'attente.

A l'entrée : bureau de l'assistance médicale, bureau de secrétaire médicale et bureau de chef de service, la pharmacie de service.

Généralement, est un grand service avec bonne lumière et hygiène. Encore, il est accessible connaît un recours massif.

Le capital humain constitue l'ensemble des professionnels réparti comme suit :

Tableau N° 04: l'effectif du service d'oncologie unité chimiothérapie.

Les professionnels de service	Le nombre
Les oncologues	04
Les médecins généralistes	02
L'assistance médicale	01
Chef de service	01
Les infirmières de santé publique	12
Les aides soignants	02
Les psychologues	02
Les secrétaires médicales	01
Les économes	01
Les agentes du service	01
L'entretien	02

3- La population mère.

Dans le domaine de la recherche en sciences sociales, la réalisation valable et fiable d'une enquête est conditionnée par le choix de la population mère. Selon Mayer Robert la population mère: « *correspond à l'ensemble de tout les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude* »²

Dans notre cas de recherche, notre population mère est composée de 194 femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation, enregistrées dans l'hôpital d'Amizour au niveau du service d'oncologie pour assurer un traitement par l'intermédiaire de la chimiothérapie pendant l'année 2016.

²Robert Mayer et OUELLET Francine, *Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaétan Morin Editeur, 1991, P 378.

4- Population d'enquête.

➤ L'échantillonnage.

Le technique de l'échantillonnage est basé essentiellement sur l'observation, la qualité et la quantité de la population interrogée, François Dépelteau définit les techniques comme « *ces techniques permettent aux chercheurs d'observer un nombre restreint de phénomène ou d'objet général à leur observation* »³.

Ainsi, d'après le même auteur « *l'échantillonnage c'est l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous-ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon* ».⁴

Dans notre étude nous avons opté pour un échantillonnage probabiliste du type aléatoire simple avec un échantillon représentatif de la population d'enquête, selon François Dépelteau la représentative de l'échantillon est « *D'une part, que l'échantillon a exactement les caractéristiques que sa population mère.[....].D'autre part, cela veut dire que les résultats issus des tests empiriques faits sur l'échantillon* »⁵.

➤ L'échantillon d'enquête.

Le recueil des données sur le terrain nécessite de sélectionner un l'échantillon consacré par l'étude sous la population mère.

Notre population d'enquête est composée, de 10 femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation, âgée de plus de 28 ans, suivant des séances de chimiothérapie au sein du service d'oncologie.

³ DEPELTEAU François, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, 3ème édition, Canada, 2000, P212.

⁴ Ibid. P214

⁵IBIM

5- La description de la population enquêtée.

Pour l'identification de notre population concernée par l'étude, nous avons retenu un certain nombre de variables notamment : l'âge, niveau d'instruction, la profession, l'état matrimonial, nombre de les enfants, lieu d'habitants, le nombre des séances effectués et le niveau socio-économique, présenté dans le tableau suivant :

Tableau N° 05 : Les caractéristiques socioprofessionnelles des femmes enquêtées.

Les enquêtes	code	Nom	Age	Niveau d'instruction	Profession	L'état matrimonial	Nombre des enfants	Lieu d'habitant	Le nombre des séances effectués	Niveau socio-économique
Enquête n°1	A1	Yasmina	50ans	Secondaire	Femme au foyer	Mariée	0 Enfants	Rural(Akbou)	06Séances	Moyen
Enquête n°2	A2	Noria	35ans	Universitaire	Administratrice	Mariée	3 Enfants	Rural(Tichy)	06Séances	Moyen
Enquête n°3	A3	Saliha	40ans	Secondaire	Femme au foyer	Mariée	3 Enfants	Urbaine (Bejaïa)	06Séances	Moyen
Enquête n°4	A4	Farida	52ans	Moyen	Femme au foyer	Mariée	3 Enfants	Urbaine (Bejaïa)	06Séances	Moyen
Enquête n°5	A5	Sonia	35 ans	Secondaire	Femme au forer	Mariée	2 Enfants	Rural (Sidi Aich)	06Séances	Moyen
Enquête n°6	A6	Khokha	48 ans	Moyen	Femme au foyer	Mariée	1 Enfant	Urbaine (Bejaïa)	06 Séances	Moyen
Enquête n°7	A7	Tensia	38 ans	Universitaire	Enseignante de math	Mariée	1 Enfant	Rurale(Tazmalt)	06 Séances	Moyen
Enquête n°8	A8	Dalila	44 ans	Universitaire	Enseignante de la langue française	Mariée	03 Enfant	Rurale (Ighil Ali)	06 Séances	Moyen
Enquête n°9	A9	Nadjma	29 ans	3 AS	Femme au foyer	Mariée	0 Enfants	Rurale (Akbou)	06 Séances	Moyen
Enquête n°10	A10	Naima	35 ans	2 AS	Femme au foyer	Mariée	0 Enfants	Urbaine (Béjaia)	06 Séances	Moyen

Source : Enquête hôpital d'Amizour de Bejaïa, service d'oncologie 'unité de chimiothérapie', Février - Avril 2016.

➤ **Lecture sociologique du tableau N°05.**

La lecture de tableau tracer nous permet de relever ce qui suit :

- L'âge de la plupart des femmes de notre échantillon se situe dans la tranche [29-52] ans, avec un âge moyen de 40 ans, ceci nous permet de dire que permettent les catégories des femmes et les jeunes et les femmes âgées sont touchés par le cancer du sein.
- La totalité des femmes interviewées sont mariées, nous enregistrons 03 femmes sans enfants, et aussi les autres 07 femmes avec des enfants dans le nombre varient entre [1-3].
- Presque la moitié de notre échantillon est originaire des zones rurales, telle que Akbou, Tichy, Sidi Aich, Tazmalt, Ighil Ali ; alors que l'autre moitié est issue de ville de Bejaïa centre, nous enregistrons que le service d'oncologie l'unité de chimiothérapie connaît un recours massif des deux zones rurales et urbaines, en raison du manque de service d'oncologie au niveau de la wilaya de Bejaïa.
- Pour ce qui est du niveau d'instruction nous enregistrons que, la moitié des femmes malades sont d'un niveau secondaire, aussi parmi nos malades interviewées uniquement deux patientes sont d'un niveau moyen, par contre 03 sur 10 sont dotée d'un niveau universitaire.
- La majeure partie de nos interviewées sont d'emblée sans profession, mais leur niveau socio-économique reste moyen alors qu'elles uniquement trois femmes préservent toujours leur emploi.
- L'ensemble des malades interviewées manifeste un état de santé nécessitant d'effectuer de 06 séances de la chimiothérapie selon la décision de l'oncologue de ce service.

6- Méthode et techniques utilisées.

La recherche scientifique dans le domaine des sciences humaine et sociale, nécessite l'intégration de méthode de recherche et des techniques afin de relier la réalité observer avec la pratique sociologique de recherche, ainsi Alain Trognon définit la méthodologie comme : « *C'est des processus de production des données en sciences sociales que nous voudrions informer le lecteurs ,en commençant par la place de ces processus dans l'expérimentation* » ⁶

❖ La méthode appliquée.

Dans le domaine de la recherche scientifique le choix d'une méthode appliquée est déterminé par l'ensemble des conditions empiriques : la nature, la valeur de thème de recherche et les caractéristiques de la population d'étude.

Notre sujet concerne 'la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation' au sein de service d'oncologie à l'unité de chimiothérapie de l'hôpital d'Amizour. Pour se faire nous avons adopté l'approche qualitative afin de décrire le cheminement emprunté par les femmes atteintes dans leur prise en charge thérapeutique pour bénéficier de cette dernière, aussi identification les différents acteurs intervenants et leurs relations instaurées avec les femmes malades.

Pour Jean-Pierre l'approche qualitative est définit comme : « *la recherche qualitative traite les données difficilement quantifiables comme les comptes rendus d'entrevues, l'observation [...].Elle se concentre plutôt sur l'analyse des processus sociaux, sur le sens que les personnes et les collectivités donnent à l'action sur la vie quotidien, sur la construction de la réalité sociale* »⁷.

⁶ TROGNON Alain, *les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*, Dunod, Paris, 2000, P 01.

⁷ PAILLE Pierre, *La recherche qualitative : guide pratique*, McGraw-Hill, éditeurs, Montréal, 1991, P06.

Jean-Pierre définit l'approche qualitative en manière générale comme « *S'efforce de mettre en valeur le mode tel qu'il est vécu par les acteurs. Au lieu de découvrir des lois, c'est -à-dire de dégager des explications causales par la mesure et le calcul statistique* »⁸.

❖ **Les techniques utilisées.**

Les techniques de recherche dans les différents champs des sciences humaines et sociales permettent de recueillir des données sur la réalité.

Concernant notre recherche, nous avons adopté les techniques suivantes :

➤ **La pré-enquête.**

Madeleine Grawitz définit, la pré-enquête comme « *Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaires, analyses de documents) prévus pour effectuer. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même préciser définitivement ses objectifs* »⁹

Dans la pratique sociologique, suite à une phase d'exploration ,nous avons entamé la pré enquête c'est une étape primordiale pour bien déterminer et formuler les hypothèses et leur méthode de vérification sur le terrain d'une part, d'autre part tester la fiabilité de notre guide d'entretien à travers la compréhension de l'ensemble des questions .Notre pré enquête portant sur la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein avec une ablation c'est déroulée au début du mois de novembre jusqu'à la fin du mois de décembre 2015.

⁸ PAILLE Pierre, op.cit., P226.

⁹ GRAWITZ Madeleine, *Méthodologie des sciences sociales*, 11eme édition, Paris, 2001, P550.

Cette période de pré-enquête nous a aidé à :

-élaborer une relation de familiarisation avec les professionnels et les malades pour gagner de plus en plus leur confiance.

-Choisir et sélectionner notre population d'étude.

-Adapter le guide d'entretien au langage de la population d'étude.

-Déterminer la liaison entre l'approche théorique et l'aspect pratique durant notre étude sur le terrain.

➤ **L'observation.**

Dans notre cas de recherche, nous avons opté pour l'approche qualitative, basée sur l'utilisation de deux outils d'investigation l'observation et l'entretien. Nous avons, tout au long de notre présence sur le terrain engagé l'observation directe. Cette dernière est définie par François de Singly comme : « *L'observation directe inscrite dans un programme d'analyse sociologique est en fait une technique contraignante de recueil de matériau et une pratique réflexive conduisant à son ordonnancement : ce n'est pas une simple pratique sociale, pouvant être annexée à évidence par la science* »¹⁰

Cette technique nous a permis de décrire tout ce qui se passe à l'intérieur de service, de voir le cheminement emprunté par les femmes malades pour pouvoir accéder à ce service, elles peuvent surmonter toute la charge thérapeutique vis-à-vis de traitement avec les médicaments ou les pilules et identifier les différentes tâches des professionnels dans ce service au quotidien, aussi repère la nature de la relation instauré entre les professionnels et les femmes malades.

¹⁰ SINGLY Françoise, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 21^{ème} édition, Paris, 2001, P 07.

➤ **L'entretien.**

Pour le besoin de notre étude qualitative, nous avons utilisé l'entretien, cette technique est définie selon Sylvain Giroux et Ginette Tremblay comme « *l'entrevue de recherche s'inscrit dans un projet de nature scientifique visant à mettre en évidence l'existence de relation entre un phénomène et ses déterminants* »¹¹.

Cette technique a permis d'adapter l'individu ou l'ensemble du groupe interviewé dans un débat bien déterminé : selon François Singly « *l'entretien convient à l'étude de l'individu et des groupes restreints, mais est peu adapté et trop coûteux lorsqu'il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes et que se pose un problème de représentativité* »¹².

Encore d'après Raymond Quivy « *l'entretien est d'abord une méthode de recueil des informations, au sens le plus riche* ».¹³

Pour approcher la question de la prise en charge thérapeutique, nous avons opté pour l'approche qualitative, basée essentiellement sur l'utilisation de deux outils d'investigation qui sont l'observation et l'entretien ; dans notre cas d'étude nous avons utilisé l'observation directe et l'entretien semi directif, cette dernière nommée aussi l'entretien dirigé défini par Benoît Gauthier comme : « *L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé.* »¹⁴

¹¹ GIROUX Sylvain et TREMBLAY Ginette, *Méthodologie des sciences humaines : La recherche une action*, 3^{ème} édition, Canada, 2009, P186.

¹² SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, 2^{ème} édition, Paris, 2007, P 37.

¹³ QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2011, P170.

¹⁴ SAVOIR-ZAJC Lorraine, *L'entrevue semi-dirigée*, in sous la direction GAUTHIER Benoît, op.cit. , P 296.

Dans notre cas de recherche, nous avons engagé deux types d'entretien, l'entretien libre dans la phase exploratoire et l'entretien semi directif dans l'enquête.

➤ **Guide l'entretien.**

D'après Jean-Claude Combessie, le guide d'entretien « *est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien, il doit être facilement et rapidement consultable : détaillé et précis mais avec des notations brèves et claires* »¹⁵.

En effet, pour notre étude nous avons réalisé un guide d'entretien composé d'un ensemble de questions résumé sur 04 dimensions traduites en terme des variables indices et indicateurs ; pour la vérification de nos hypothèses .Notre guide d'entretien peut être décrit comme suit :

- La première dimension : Données personnelles.
- La seconde dimension : Histoire de la maladie.
- La troisième dimension : L'accès a la prise en charge dans le service d'oncologie.
- La quatrième dimension: Rôle des professionnels dans la prise en charge et rapports aux femmes malades en phase de chimiothérapie.

¹⁵ COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, 3ème édition, Paris, 2001, P25.

7- L'enquête.**➤ Le lieu et la durée de l'enquête :**

Notre enquête a été effectuée à l'hôpital Benmerad EL Mekki d'Amizour au sein du service d'oncologie unité chimiothérapie .Notre enquête de terrain a été réalisée d'une période de (03) mois du 04/02/2016 au 20/04/2016.

➤ La règle éthique :

Avant chaque entretien, d'abord nous avons expliqué aux malades la méthode, et les conditions d'exploitation des données ainsi on leur a garanti anonymat.

8- Déroulement des entretiens.**➤ La circonstance et le lieu.**

Selon le niveau d'instruction des patientes, ont réalisé les entretiens en arabe ou en français, en tête à tête avec chaque patiente ; au niveau du service d'oncologie, l'unité de chimiothérapie à l'hôpital d'Amizour, au même temps avec le déroulement des séances de chimiothérapie des patientes.

➤ Le recueil du matériel.

Nous avons suivi les femmes lors de la séance de chimiothérapie pour un entretien qui à duré pendant 2 à 2 heures30 min.

➤ Le support.

Chaque entretien a été enregistré dans un fichier informatique, pour être analysé et interpréter de phase de la chimiothérapie.

09-Technique d'analyse des données.

D'après Madeleine Grawitz « *l'analyse qualitative repose sur la présence ou l'absence d'une caractéristique donnée [...]. Alors que dans l'analyse qualitative, la notion d'importance implique la nouveauté, l'intérêt, la valeur d'un thème* »¹⁶.

L'analyse qualitative reste dépend avec l'ensemble des conditions empiriques à travers les caractéristiques de population d'étude.

Dans notre cas de recherche, nous avons opté pour l'analyser de contenu thématique qui a permis de recueillir la proximité et la divergence dans les points de vue de nos interviewées sur le thème questionné.

10-Le rapport avec les femmes malades.

Le rapport avec nos interviewées et un rapport limité dans le temps et le lieu, pendant notre présence dans le terrain durant les (03) mois, afin d'installer et gagner une relation de confiance avec elles, de ce moment les patientes discutent et parlent à nous en manière libérée et spontanée sur leur prise en charge thérapeutique au sein du service d'oncologie 'unité de chimiothérapie'.

11-Les avantages et les difficultés rencontrées dans l'étude.

Dans notre recherche nous avons tiré profit de quelques avantages et recensé un certain nombre des obstacles.

➤ Les avantages de l'étude.

- Mettre en place une relation de familiarisation avec les professionnels de ce service et partager la connaissance sociologique au sein de l'espace professionnel médical.

¹⁶ GRAWITZ Madeleine, op.cit. P609.

- Mettre en lumière la relation qui existe entre les informations théoriques durant l'étude universitaire et la réalité sur le plan pratique, pendant mon étude empirique.
- Avoir des connaissances claires sur la souffrance biopsychosociale des femmes atteintes d'un cancer du sein durant toutes les séances de la chimiothérapie.
- Avoir une connaissance sur le processus de la prise en charge thérapeutique, et identifier l'ensemble des tâches de chaque acteur au sein du service d'oncologie.

➤ **Difficultés rencontrées.**

- L'absence de l'encadrement et l'incompréhension de l'aspect sociologique en matière de l'espace médical.
- Le nombre du service d'oncologie au niveau de la willaya de Bejaia est limité.
- La difficulté de communication aux prés des patientes au niveau de la langue, la culture et la qualité des personnalités des patientes.
- la résistance de certaines femmes qui refusant de prêter à la recherche.
- La difficulté d'interroger le corps médical, en raison du manque de temps et de surcharge de travail.

Conclusion.

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence notre approche méthodologique adoptée pour la réalisation de notre travail de terrain et la vérification de nos hypothèses.

Partie pratique

**Analyse et
interprétation des
résultats**

Chapitre I

Histoire de la maladie

Introduction.

Dans ce chapitre, nous allons discuter l'histoire de la maladie des femmes atteintes du cancer du sein suite à une ablation, à partir des éléments suivants : la découverte de la maladie, l'expérience de l'ablation, ainsi que l'état émotionnel vécu suite à cette phase d'ablation.

I-1- la découverte de la maladie.

La découverte de la maladie reste comme une phase indispensable pour un diagnostic thérapeutique, afin de détecter un nouvel état de santé sur le plan organique.

Dans notre cas d'étude, par rapport à la question de la découverte de la maladie, il ressort de manière générale, que la manifestation de certains symptômes organiques, qui ont fait l'objet d'investigation médicale par la suite, est à l'origine de l'apparition de la maladie chez nos interviewées. Comme nous le déclare Madame Yasmina : « *Un jour, j'étais dans la chambre entrain de voir la télévision, j'ai senti des douleurs au niveau de mon sein, et quand j'ai fait une palpation, j'ai remarqué qu'il y a un nodule au niveau de mon sein. Je suis allée chez un médecin généraliste, il m'a demandé de faire une mammographie, ensuite je suis allée chez la gynécologue, elle m'a demandé de faire la biopsie, puis le résultat final nous a confirmé que je suis atteinte du cancer du sein* ». [A1, Yasmina, 50ans, Femme au foyer, Akbou, cancer du sein gauche].

Encore, cette autre malade nous révèle ce qui suit : « *Un jour j'ai senti une boule à l'intérieur du mon sein, j'ai remarqué le changement de la peau et le volume de mamelon, en ce moment j'ai été enceinte. Après, je suis allée voir la gynécologue, elle m'a demandé de faire l'ensemble de l'examen radiologique (mammographie) et l'examen biologique (biopsie et l'analyse*

médicale). Le résultat des analyses nous montre que je suis atteinte du cancer du sein » [A2, Noria, 35ans, Administratrice, Tichy, cancer du sein gauche].

En outre, observons le témoignage de Madame Saliha informée préalablement sur les signes de la maladie cancer du sein: « *Un jour, en lisant un livre portant sur les maladies des femmes, je me suis informée de l'ensemble des symptômes des maladies du sein. Après cette lecture et en un moment de réflexion, j'ai remarqué que je suis atteinte des mêmes signes que ceux lus dans le livre (vertige, douleur de la main droite, trouble de sommeil), et cette inquiétude s'est accentuée quand j'ai senti une boule au niveau de mon sein. A ce moment là, pendant l'année 2011, j'ai consulté un médecin généraliste qui m'a demandé ensuite de faire une mammographie et après il m'a dit que c'est une Kyste. Jour après jour, j'ai constaté que ce Kyste grandit et au cours de l'année 2015, j'ai consulté une chirurgienne spécialiste des maladies du sein, il m'a demandé de faire la mammographie et la biopsie. A la lecture des résultats, il s'est avéré que je suis atteinte d'un cancer du sein* » [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit].

A travers ces déclarations , on peut dire que la découverte de la maladie reste la même pour l'ensemble de nos interviewées, c'est la palpation qui a poussé nos interviewées vers l'investigation médicale suite à la première consultation avec le médecin .Selon le manuel de prise en charge du cancer du sein en Algérie Février 2016, le découvert de la maladie est ainsi défini « *La découverte de la tumeur, ou autre anomalie, peut être faite par la patiente elle-même ou par le médecin examinant les seins d'une façon systématique à l'occasion d'une consultation pour un autres problème, soit à l'occasion d'une opération de dépistage* »¹

¹ Comité de recherche, *Manuel de prise en charge du cancer du sein*, op.cit. p 11.

I-2-L'expérience de l'ablation du sein.

L'ablation du sein est un acte chirurgical, réalisé suite à la découverte d'un cancer, nécessitant de prendre en charge cet organe via l'utilisation d'une méthode bien déterminée.

Subir l'intervention de l'ablation du sein expose les femmes atteintes d'un cancer du sein à un choc émotionnel. Le chirurgien doit faire cet acte de manière progressive en tant compte des caractéristiques socio-sanitaires, culturelles et psychologiques faces l'éducation thérapeutique.

Dans notre cas d'étude, nous relevons que le recours de la majorité de nos patientes à l'ablation du sein, était suite à une décision et à une programmation du chirurgien, selon la disponibilité du temps et du lieu, comme nous explique madame Noria qui a réalisé cette chirurgie dans un établissement étatique. Écoutons-la : « *Le cancer du sein diagnostiqué pendant la période de la grossesse et ablation de mon sein gauche a été réalisée aux 5ème mois de ma grossesse, le 11/10/2015, au niveau du CHU de Targa ouzmour* » [A2, Noria, 35ans, Administratrice, Tichy, cancer du sein gauche].

Toujours dans l'établissement étatique. Examinons le discours de Madame Tensia, qui a effectué son intervention à la willaya de Tizi Ouzou: « *j'ai réalisé l'ablation du sein au niveau de la willaya de Tizi ouzou, le 03/08/2014* ». [A7, Tensia, 38ans, Enseignante de math, Tazmalt, Cancer du sein gauche]

Aussi, le cas de madame Farida, qui dabns un état d'urgence elle s'est fait opérer au niveau de la capitale 'Alger' au CHU Moustafa Bacha. Examinons son discours: « *Suite aux résultats positifs des analyses effectuées, lendemain, le chirurgien a décidé en urgence que je sois opérée, au niveau du CHU Moustafa Bacha d'Alger pendant l'année 2006* » [A4, Farida, 52ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, Cancer du sein droit].

Par ailleurs, d'après les données de notre terrain, nous enregistrons que la réalisation de l'ablation a eu lieu aussi dans les établissements privés, C'est le cas de Madame Saliha qui nous révèle ce qui suit : « *Le chirurgien a décidé l'ablation du mon sein droit le 10/12/2015, à la clinique privée 'rameaux d'olivier', à Bejaïa* ». [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit].

L'ablation du sein est une phase réalisée suite au développement progressif des cellules cancéreuses à l'intérieur de l'organisme humain. L'arrêt de l'évolution rapide de ces cellules nécessite de prendre la partie corporelle touchée par la chirurgie. Dans le cas de notre étude, et d'après les discours de nos interviewées, nous pouvons avancer que la réalisation de l'ablation du sein était réalisée dans deux établissements différents (public et privé) et dans un temps et lieu différents, (Bejaïa, Alger et Tizi-Ouzou), afin de soulager la douleur et la souffrance.

I-3- Les sentiments des femmes suite à l'ablation du sein.

L'ablation du sein et une mastectomie chirurgicale, cette expérience génère plusieurs sensations et différentes perceptions, dans cette phase nous allons exposer les différents sentiments de nos interviewées vis-à-vis de l'ablation de leur sein.

Dans notre cas de recherche, l'ensemble des patientes interviewées manifestent des sentiments divers tels que la stigmatisation, la marginalisation, le manque, le dysfonctionnement organique et l'angoisse de la mort, etc. Dans leurs discours, elles situent le manque corporel. La perte du sein, symbole de féminité et de sexualité, est très significative et bouleversant pour elles. L.Dany nous explique ce point sur la forme suivante : « *si les mastectomies atteignent les femmes par la mutilation d'un attribut de féminité investi socialement et symboliquement, elles les touchent aussi par la disparition d'un organe qui a*

une fonction important dans les stimulations participant à la satisfaction liée aux relations sexuelles »².

Observons le témoignage de madame Sonia, qui nous parle de sentiment de manque qui se transforme en d'handicap à cause de l'ablation de son sein : « *Malgré que mon marie me soutient, mais je sens toujours un manque ; depuis que j'ai perdu mon sein, je me sens comme une handicapée* ». [A5, Sonia, 35 ans, Femme au foyer, Sidi Aich, Cancer du sein droit]

Dans le même sens d'idée, madame Noria s'exprime qu'elle ne peut allaiter son bébé, et que cet état la bouleverse. Ecoutons son discours : « *Depuis l'opération, ma vie a changé, j'ai un manque, un dysfonctionnement surtout dans la phase de l'allaitement* ». [A2, Noria, 35ans, Administratrice, Tichy, cancer du sein gauche].

Par ailleurs, écoutons le témoignage de madame Saliha, angoissée par la mort: «*Pour moi, le cancer c'est la mort inévitable. Je n'ai pas imaginé que je serai atteinte d'un cancer du sein, parce que je suis mère de trois petits filles, en plus je suis femme jeune, mais en fin c'est mon destin* ». [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit].

² L. Dany, Elle ne supporte plus son image, in sous la direction BEN SOUSSAN Patrick et DUDOIT Eric, *Les souffrances psychologiques de malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter*, Springer-Verlag, Paris, 2011, p100.

Conclusion.

Dans ce chapitre, nous avons évoqué la découverte du cancer du sein chez nos enquêtées, l'expérience de l'ablation du sein vécue par elles, et les sentiments associés à cette intervention vécue. Les résultats de ses points peuvent être résumé comme suit :

- La découverte de la maladie est faite suite à la manifestation des signes cliniques et l'intervention d'investigations médicales.
- L'expérience des ablations est vécue dans des établissements publics et privés, réalisée dans des willayas déférentes.
- Suite à cette intervention, la manifestation de plusieurs sentiments divers chez les femmes atteintes à l'égard du cancer du sein.

Titre II

**L'accès à la prise en
charge thérapeutique
dans le service
d'oncologie**

Introduction.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons au recours des patientes au service d'oncologie, unité de chimiothérapie de l'hôpital d'Amizour, pour identifier le cheminement emprunté par elles pour bénéficier de la prise en charge thérapeutique, dans un souci de description et de compréhension du processus.

II-1- Le recours au service d'oncologie.

Le cancer du sein est une maladie chronique, nécessitant un suivi de chimiothérapie après ablation, afin de prolonger la durée de la surveillance par l'intermédiaire des pilules et des médicaments micro métastases, en raison de prévenir la phase de la sexualité, pour empêcher la survenue et complications des séquelles, expliquée comme suit dans le guide de la formation Québécoise du cancer: *« la chimiothérapie fait appel à des médicaments qui visent à empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier ou qui détruisent celles déjà présentes dans l'organisme. Elle tente ainsi d'inhiber la croissance de la maladie et d'obtenir une régression de la tumeur cancéreuse qui peut se traduire par une rémission partielle de quelques mois à plusieurs années. »*¹

A ce propos, les résultats de notre enquête auprès des femmes malades, nous révèlent que le recours au service d'oncologie, unité de chimiothérapie, a pour raison d'éviter les risques de réapparition du cancer et ses complications en cas des maladies chroniques. Écoutons le témoignage de Madame Saliha présentant un l'asthme chronique : *« le chirurgien m'a bien expliqué l'importance de suivre les séances de la chimiothérapie, pour éviter le risque de réapparition de la maladie, puisqu'en premier temps j'ai refusé le traitement complètement, d'une part l'asthme chronique, puis le cancer, c'est-à-dire la mort ces mieux »*. [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit].

¹ Le guide de la formation Québécoise du cancer, *ce qu'il fait savoir sur la chimiothérapie*, Hôtel-Dieu de Québec, Canada, 2005, p10.

Aussi, Madame Dalila, souffrante de problème du diabète et HTA: « *après l'opération, le chirurgien il m'a dit : ton état général nécessite un suivi de la chimiothérapie, parce que t'elle atteinte des maladies chroniques HTA et le diabète, pour éviter la dépression et assurer la surveillance de régime alimentaire* » [A8, Dalila, 44ans, Enseignante de la langue française, Ighil Ali, Cancer du sein droit]

Par ailleurs, nous relevons le cas de Madame Farida dont le recours au service d'oncologie, unité de chimiothérapie, a pour origine le contrôle de son état de santé en présence des œdèmes ; elle nous explique : « *Le chirurgien insiste après l'opération sur le suivi des séances de la chimiothérapie, pour assurer la continuité de la vie et d'arrêter la réapparition de la maladie, tant que mon état général est moyen, avec les œdèmes au niveau de mon bras* » ». [A4, Farida, 52ans Femme au foyer, Bejaïa ville, Cancer du sein droit].

D'après notre enquête nous constatons que le recours vers la chimiothérapie est indispensable pour les femmes subissant une ablation du sein , présentant un état de santé normal c'est-à-dire le poids idéal normal, état équilibré entre l'IMC et la taille, et les paramètres vitaux comme la tension artérielle, la diurèse, ECG cardiaque, la glycémie ,FC ,FR dans une norme biomédicale normale ;ou un état de santé moyen c'est-à-dire l'existence de AESG en cas de l'amaigrissement en raison de la diminution de l'appétit et les autres paramètres vitale sont changés sur la norme biomédicale normale.

II-2- L'accès et l'accueil au service d'oncologie.

L'accès aux soins définit selon le guide de Commission nationale européenne d'Ethique : « *la question d'accès aux soins fait l'objet de dispositions de droit international, aux niveaux mondial et européen, et de dispositions nationales* »² est le moyen pour parvenir à bénéficier d'une prise en charge thérapeutique. Auprès des nos enquêtées, nous avons relevé que, l'orientation vers le service d'oncologie était grâce à deux méthodes : soit avec une lettre d'orientation fermé, ou à l'aide de la mobilisation des réseaux sociaux, comme nos explique Madame Dalila: « *l'accès au service suite à une lettre d'orientation fermé entre le chirurgien et l'oncologue médical de ce service, j'ai posé la lettre d'orientation et le dossier médical en 25/01/2016 au niveau de secrétariat ,après l'assistance médical il m'a demandé de faire une consultation dans la polyclinique d'Amizour pour consulter l'état général ,ce médecin programmé la 1^{er} RDV en 16/02/2016 ,pour suivre les séances de la chimiothérapie ,ensuite il m'a demandé de faire un siegntographie osseux ,écographie Abdo pelvien ,et l'analyse sanguine» . » [A8, Dalila, 44ans, Enseignante de la langue française, Ighil Ali, Cancer du sein droit]*

Dans le même sens se prononce Madame Tensia, Ecoutons ses propos: « *le chirurgien à Tizi ouzou m'a donné cette lettre fermée parce que mon état clinique nécessite un suivi après l'opération. J'ai posé la lettre au niveau du secrétariat le 21/08/2014, puis l'assistant médical m'a demandé de faire une consultation dans la polyclinique d'Amizour, puis le médecin m'à demandé de faire l'analyse médicale avant trois (03) jours de la première (1^{ère}) séance, programmée pour le 09/09/2014, j'ai attendu 18 jours pour faire la première séance».*[A7,Tensia,38ans ,Enseignante de math, Tazmalt ,Cancer du sein gauche]

² Commission nationale d'Ethique, *les limites de l'accès aux soins* », Avis 20, Grand -Duché de Luxembourg, 2007, p11.

Par ailleurs, nous avons enregistré, que parmi nos femmes interviewées, une minorité, était orientée au service d'oncologie grâce à leurs connaissances personnelles, le cas Madame Noria. Examinons : *« je ne connais pas l'organisation hospitalière entre les deux établissements parce que mon voisin qui charge cette mission, car il travaille comme une assistance médical au niveau de CHU Targa ouzemour , juste je connais que la 1ère séance après 08 jours de la date d'accouchement »*[A2, Noria, 35ans, Administratrice, Tichy, cancer du sein gauche].

Aussi de Madame Farida dont l'intervention de sa cousine, médecin au niveau de CHU de Bejaïa, lui a facilité l'accès au service .Examinons son discours : *« j'ai connu pas le cheminement de l'orientation dans ce service, c'est sous la responsabilité de ma cousine qui travaille comme médecin au niveau de CHU de Bejaïa, que le service a programmé le premier rendez-vous pour le 08/04/2015, pour mettre en lumière mon état clinique. Puis l'oncologue m'a consulté, il m'a demandé de faire un TDM, et l'avis orthopédique pour l'œdème »*. [A4, Farida, 52ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, Cancer du sein droit].

Nous pouvons dire d'après les propos de nos interviewées qu' au sein d'un établissement hospitalier, l'accueil est une phase indispensable afin d'assurer une bonne continuité des soins thérapeutique et psychologique.

En outre, pour bénéficier des séances de chimiothérapie, la malade munie d'une lettre est accueillie au niveau du service d'oncologie par la secrétaire médicale qui lui demande une consultation de l'état général de sa santé, à la polyclinique d'Amizour, suite à un RDV déjà pré établi. En vue de la lettre du malade, le médecin oncologue en concertation avec la secrétaire médicale ou l'assistante médicale, décide et programme la première séance de chimiothérapie .Comme nous l'explique l'assistance médicale. Écoutons *« L'ensemble des patientes entré vers le service suit à une lettre d'orientation fermée, j'ai*

demandé de faire une consultation médicale au niveau de la polyclinique d'Amizour, après j'ai programmé la 1ère RDV selon la disponibilité de service, et la capacité des moyens humain et matériel » [Mr. CHELHAB LAMRI, AMSSP (Assistance Médicale Supérieure de Santé Publique), 39ans].

Cependant, la prise en charge est liée avec l'accueil et l'orientation des professionnels, selon Claire Compagnon et Thomas Sannié : « *les domaines de l'accueil et de la qualité prise en charge, de l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale et son organisation pratique ; de l'évaluation de la prise en charge médicale* »³

Conclusion.

A partir des points développés dans les différents titres, nous pouvons avancer que les patientes interrogées sont appelées à suivre un itinéraire pour pouvoir accéder au service d'oncologie, à la suite d'une lettre d'orientation ou la mobilisation du capital social. Dans le service d'oncologie, elles sont réceptionnées par la secrétaire ou l'assistance médicale. À ce stade elles sont orientées la polyclinique d'Amizour pour des consultations de leur état de santé général, afin de rentré enfin en contact avec le médecin oncologue du service d'oncologie afin d'être suivi en chimiothérapie

³ COMPAGNON Claire et SANNIE Thomas, *l'hôpital : un monde sans pitié*, éd : l'éditeur, paris, 2012, p 200.

Chapitre III

**Le rôle des professionnels de
service d'oncologie dans la
prise en charge thérapeutique
et leurs rapports avec les
femmes malades**

Introduction.

Nous consacrons chapitre, à l'identification de différentes tâches exercées par les divers professionnels dans la prise en charge thérapeutique, aussi nous nous intéressons à la relation instaurée entre les patientes et les professionnels dans le processus de prise en charge thérapeutique.

III-1- Les tâches des médecins et les rapports avec les femmes malades.

De manière générale, les différentes tâches exercées par le médecin oncologue sont décrites dans le discours de Natividad Oorts comme suit « *Les tâches qui entrent dans le cadre de l'accompagnement des soins en oncologie s'organisent autour de deux axes principaux : dans un premier temps, l'identification des patients oncologiques dans la population totale de patients et, dans un second temps, le suivi et le soutien de ces patients. Le soutien pratique des consultations en oncologie, en hématologie et en radiothérapie constitue un troisième axe moins important.* »¹

Par ailleurs, les rapports des femmes malades avec les médecins, peuvent être identifiés selon la relation médecin-patiente, c'est une relation médico - thérapeutique profonde, basé essentiellement sur le respect, la confiance, l'écoute active et l'empathie, dans un cadre socioprofessionnelle bien déterminé au niveau de l'espace et le temps. Selon Dr .Patrick Triadou, « *La relation médecin-malade est peut-être déjà un abus de langage dans la mesure où le singulier sous-entend une généralisation qui éloigne de la pratique quotidienne*

¹ OORTS Natividad ,*inventaire des taches et priorités de l'onco-coach :Description de fonction ,horaire et responsabilité* ,in sous la direction comité Scientifique ,*Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie* ,Centre du cancer clinique universitaire santé LUC ,Paris ,mars 2013 ,p 08 .

Chapitre II *Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades*

et pourrait laisser croire que cette relation ignore les modes d'exercice de la médecine et la nature des enjeux perçus par le patient. »²

Au niveau du service d'oncologie ,unité de chimiothérapie à l'hôpital d'Amizour de la willaya de Bejaïa , suite à l'accueil au service et le RDV obtenu avec le médecin, les femmes malades entrent un contact avec le médecin oncologue consultant, ce dernier procède à leur examen clinique et leur demande un examen complémentaire pour pouvoir se prononcer sur leur état de santé ,prescrire le première Protocole et déterminer le nombre des séances de chimiothérapie à effectuer .Nous avons questionné deux médecins oncologues du service sur leur rôle au sein du service ,et nous avons obtenu les réponses suivantes : Dr. Daoudi ,médecin oncologue nous dit : « *La prescription de Protocol de la chimiothérapie selon le stade de l'évolution et l'ensemble de l'état clinique de chaque patientes* ». [Dr. DAOUDI SAMAI, Oncologue médical, 46ans]

Ensuit, Dr. OUARDIANE, nous révélons : « *j'ai programmé l'ensemble des séances de la chimiothérapie selon le degré du grade d'évolution, l'ensemble des symptômes, le type du cancer du sein mais généralement le carcinome canalaire la plus fréquente, et aussi le résultat de la consultation de la polyclinique d'Amizour* » [Dr. OUARDIANE MUSTAPHA, Oncologue médical, 36ans]

Nous avons interrogé les femmes malades sur le rôle et les rapports avec oncologue consultant du service .Elles nous décrivent de manière générale dans leur propre le déroulement de la consultation. Écoutons Madame Nadjma : « *le premier contact avec le médecin de service est durant la première séance, pour*

² Dr. TRIADOU Patrick, opecit, p2067.

Chapitre II Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades

prescrire le Protocol de la chimiothérapie à travers l'ensemble d'examens complémentaires qui m'a demandé. Nous avons eu une relation de confiance, en me donnant les conseils sur l'hygiène et la prévention » [A9, Nadjma, 29ans, Femme au foyer, Akbou, cancer du sein gauche]

Encore, Madame Khokha qui nous explique le comportement des médecins du service : *« les médecins de ce service nous écoutent bien pendant la consultation médicale, pour prescrire le Protocol de la chimiothérapie » [A6, Khokha, 48ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit]*

Par ailleurs, observons le témoignage de Madame Naima qui nous parle en matière de relation favorable avec le personnel du service : *« avant j'ai vécu l'expérience de l'ablation du sein avec un manque d'humanisme, mais les professionnels de ce service sont très humain, quand on parle, ils nous écoutent, vraiment ; c'est une relation profonde » [A10, Naima, 35ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit]*

D'après les discours obtenus, nous avons constaté que la relation médecin – patiente au sein du service d'oncologie, est une relation de proximité dans caractériser par le respect, écoute, le conseil et le soutien. Ainsi Pr Laurent Schmitt, Dr Virginie Rouch nous définit cette relation médecin –malade comme *« l'ensemble des processus émotionnels, affectifs, cognitifs, mais en jeu lors de la relation entre un sujet un mode technique »*³

³ Pr SCHMITT Laurent, Dr ROUCH Virginie, *Bases psychopathologique de la psychologie médicale*, hôpital Casselardit-Purpan, Paris, 2004, p681.

Chapitre II Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades

Cette dernière est vue en mutation Selon, Julien Carretier et Béatrice Fervers :
« *La relation médecin-patient est en mutation, passant progressivement du modèle « paternaliste » traditionnel, dans lequel le médecin décide du traitement, au paradigme idéal participatif d'une décision médicale partagée* »⁴.

Soulignons, que nous avons assisté aux consultations de certains malades avec le médecin , et nous avons relevé que le rôle du médecin dans le service d'oncologie réside dans le soulagement de la douleur, et la souffrance par la prescription de Protocole de chimiothérapie et l'écoute par l'écoute et la réponse aux questions des malades .comme nous l'expliquent Nathan Cherny: « *un oncologue ne se contente pas de prescrire des chimiothérapies ou d'autres types de traitements pour contrôler ou de guérir les cancers. Les oncologues sont des « médecins de personnes » engagés dans une approche globale en vue d'aider les patients atteints de cancer à vivre le plus longtemps possible et le mieux qu'ils le peuvent* »⁵

III-2- Le rôle du psychologue et ses avec les femmes malades.

Dans les services d'oncologie l'aspect psycho-oncologique est une phase primordiale pour tous les malades, le psychologue intervient dans cette phase afin de programmer un plan de soutien psychologique pour adapter les patientes avec la réalité et une nouvelle qualité de vie.

Dans notre cas d'étude, nous allons décrire le rôle du psychologue au sein du service d'oncologie, ainsi que les rapports instauré avec les femmes malades. Le rôle du psychologique reste indispensable dans les diverses phases, en

⁴ CARRETIER Julien et FERVERS Béatrice, *Pour un partage du savoir et la construction d'une nouvelle relation entre les malades et leurs proches*, sous la direction BACQUE Marie-Frédérique, Les vérités du cancer : Partager, information, installer la relation, Springer-Verlag France, Paris, 2008, p77.

⁵ CHERNY Nathan et al, *Guide pour les patients atteints d'un cancer avancé*, Société européenne d'oncologie médicale, Paris, 2011, p11.

Chapitre II *Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades*

consultation a l'annonce de la maladie et notamment avant, et après l'ablation du sein, pour un travail de soutien et d'accompagnement psychologique.

Nous avons interrogé le psychologue du service sur son rôle, ainsi que sur l'état de santé psycho-oncologique des femmes malades .Elle nous a donné la réponse suivante: *« d'abord, j'ai connu la difficulté et l'expérience de l'ablation du sein. C'est une étape très complexe, mais le suivi psycho-oncologique pendant la phase de la chimiothérapie a été nécessaire pour me réadapter avec la réalité sociale, en plus reliées la psychologie avec les conseils, plus particulièrement durant la phase de la sexualité, pour empêcher leurs effets, tant que la majorité des femmes qui suivit les séances de la chimiothérapie sont mariées »* [Mlle .YAHY NACIRA, Psychologue, 28ans]

Dans notre étude, nous relevons que les points de vue des femmes questionnées sur la prise en charge psychologique sont différents, nous constatons que la minorité des femmes interviewées refuse de rentrer en contact avec le psychologue du service, en raison de son absence tout long de leur processus d'ablation du sein , voire même après .Ecoutons le témoignage de Madame Saliha: *« tous les professionnels de santé jouent un rôle : la secrétaire et l'assistance médicale pour l'accueil et la programmation du RDV, les médecins spécialiste et généraliste pour la consultation et la prescription du Protocol, les infirmières pour l'application de cette Protocol, juste la psychologue j'aime pas les psychologues pace que ,premièrement :elle parler beaucoup ,deuxièmes : normalement son rôle est dans la phase de l'annonce de la maladie en plus avant et après l'opération ,donc pour moi dans ce service rien faire »* . [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit].

Chapitre II *Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades*

Encore, la déclaration de Madame Tensia qui nous explique : « *malgré l'importance de l'aspect psychologique, mais pour moi le psychologue ne vaut rien des tous, surtout après l'opération* ». [A7, Tensia, 38ans, Enseignante de math, Tazmalt, Cancer du sein gauche]

L'absence de l'aspect psycho-oncologique dans les différentes phases de l'atteinte de la maladie du cancer du sein expose nos interviewées à un risque majeur, de dysfonctionnement psychologique en raison du manque de soutien et d'accompagnement avant les séances de la chimiothérapie, le cas de Madame Naima ,qui depuis l'annonce de sa malade jusqu' à la réalisation de son l'intervention chirurgicale se trouve dépourvu de soutien psychologique .Elle nous relate sans expérience : « *le psychologue pour rien, déjà j'ai vécu plusieurs étapes pendant l'évolution de ma maladie sans psychologue, et ce pendant l'annonce de la maladie, son acceptation, la décision d'ablation et la souffrance du changement corporel après l'ablationDonc, le psychologue s'est intervenu juste dans la phase de la chimiothérapie* » [A10, Naima, 35ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit]

Par ailleurs, nous avons enregistré que la majorité de nos femmes malades entretien un rapport positif avec le psychologue, dans la raison est située ainsi selon le témoignage Madame Yasmina : « *Malgré quoiqu' on ne trouve pas le soutien de psychologue pendant les autres périodes de pronostiques. Mais juste dans ce service elles nous écoutent, nous donne des conseils et sont formidables, car en premier temps j'ai suivi la première séance avec un mauvais état psychologique et émotionnelle, mais dans ce service elle m'a donné beaucoup d'espoir et comment revivre dans avec la maladie* ». [A1, Yasmina, 50ans, Femme au foyer, Akbou, cancer du sein gauche].

Chapitre II *Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades*

Encore, la déclaration de Madame Sonia qui nous révèle « *pour moi, l'absence de psychologue avant l'ablation me pose une difficulté dans ma vie, mais dans la phase de chimiothérapie, les psychologues de ce service nous aident, nous écoute et s'intéressent à nous* » [A5, Sonia, 35 ans, Femme au foyer, Sidi Aich, Cancer du sein droit]

Généralement, le service d'oncologie nécessite un investissement psychologique bien déterminé, et la mise en place de l'approche cognitive de la psychologie médicale, dont le rôle est défini comme suit par Roland Dardennes nous dit que : « *L'approche cognitive de la psychologie médicale consiste en particulier à étudier le rôle des opinions, croyances et attentes sur les perceptions de la maladie, du malade, du médecin et de leur environnement* »⁶

Particulièrement, pour mettre en lumière les enjeux de la prise en charge psycho-oncologique dans le service d'oncologie ,et le vécu avec l'expérience de maladie suit à une ablation ,on peut poser les différents phases de la communication selon Thémis Apostolidis et Lionel Dany « *Les quatre communications présentées porteront sur (a) l'expérience de la maladie et les régulations psychologiques et contextuelles auxquelles elle donne lieu , (b) la façon dont les savoirs produits sur le patient influencent le processus de décision médicale , (c) sur une analyse critique de la place du sujet dans le contexte du développement des soins de support et (d) sur une analyse psychosociale de l'expérience de la maladie cancéreuse en tant qu'objet révélateur du fonctionnement social* »⁷

⁶ DARDENNES Roland, *Approche cognitive de la psychologie médicale*, in sous la direction Pr. GUELFY J.D, *Psychologie médicale* , Faculté de médecine René Descartes, Paris 5, 2006, p 59.

⁷ APOSTOLIDIS Thémis et DANY Lionel, *Enjeux psycho-sociaux associés à la prise en charge et à l'expérience de la maladie en oncologie*, in sous la direction PASCAL Antoine .al, *Résumé des communications*, l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Liège (Belgique), décembre 2014, p33.

Chapitre II Le rôle des professionnels de service d'oncologie et leurs rapports avec les femmes malades

Conclusion.

A travers ce chapitre, nous avons identifiés les rôles des acteurs intervenants dans la phase de prise en charge thérapeutique dans le service d'oncologie, en plus particulier le médecin et le psychologue et déterminer aussi les rapports existants entre ses même acteurs et les femmes malades.

Titre IV

**La phase de
chimiothérapie**

Introduction.

Dans ce chapitre, nous allons décrire le déroulement des séances de chimiothérapie, à travers le discours des patientes pour l'examen de l'information des patientes sur les effets secondaires de cette dernière, et leurs émotions lors et après la séance de chimiothérapie.

IV - 1- L'information des femmes malades sur le déroulement des séances de chimiothérapie.

Avant de procéder à la séance de chimiothérapie, les malades nécessitent d'être informé sur son déroulement, ainsi que sur ses effets secondaires, qui se répercutent sur leur état de santé physio psychologique, cet élément relevé de l'éthique médicale. Dans notre cas d'étude de manière générale les patientes interviewées sur cette question nous avouent qu'elles ont bien été informer dans le service d'oncologie par le personnel paramédical sur le déroulement des séances de chimiothérapie. Observons le témoignage de , Madame Naima , avertie sur le Protocol de la chimiothérapie :« *durant la 1ère séance, j'ai orienté à l'intérieur de service d'oncologie, j'ai installé dans la chambre par l'intermédiaire des personelles paramédicales, elle m'à fait un intra veineux, après la visite médicale elle m'a appliqué cette Protocol dans la perfusion, et ensuite elle m'a informée sur les effets indésirables pendant la séance de la chimiothérapie* » [A10, Naima, 35ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit]

Ecoutons encore le témoignage de Madame Khokha , qui s'exprime dans le même sens : « *en première temps, j'ai orienté dans le service d'oncologie, après les infirmières faire un abord veineux, avant entamer la séance elles m'a informé sur les effets secondaires de chimiothérapie comme : le vomissement,*

nausée, maux de tête..... » [A6, Khokha, 48ans, Femme au foyer, Bejaïa ville, cancer du sein droit]

Nous relevons ici l'avis de Marilou Bruchon-schweitez sur l'importance de l'information et l'éducation du patient : « *Il s'agit d'informer les individus et leur apprendre certains exercices pour accroître leur contrôle (du stress, de la douleur....), des programmes complètes existent déjà [...].Si technique induisent en général une amélioration de l'état fonctionnel de participants et réduisent les couts de santé* ».¹

Encore le point de vue du Dr .Maurice Bensoussan sur cet élément elle m'à demandé comme: « *aujourd'hui très actuelle des obligations d'information, voire de transmission du dossier médical faites au médecin, il existe aussi dans la thérapeutique une part d'éducation amenant à un transfert du savoir du soignant vers le patient grâce à sa lecture experte de la pathologie et des symptômes* »²

➤ **Le déroulement des séances de chimiothérapie.**

La séance de la chimiothérapie c'est une Protocol thérapeutique identifié par les différentes taches de l'équipe médicale et paramédicale, ce dernier est défini comme une mise en place des produits chimiques injectables dans la veine par l'intermédiaire du cathéter veineux.

Dans le service d'oncologie l'unité de chimiothérapie à l'hôpital d'Amizour, la nature de chimiothérapie est une chimiothérapie et de type adjuvante, réalisé suite à une ablation chirurgicale complète du sein, afin de diminuer le risque de

¹ SCHWEITEZ Marilou Bruchon-, *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, Dunod, Paris, 2002, P 40.

² Dr .BENSOUSSAN .Maurice, *Quelle place pour la psychothérapie dans la thérapie du cancer*, in sous la direction SAMI Ali et al, *Cancer et psychosomatique relationnelle*, EDK, Paris, 2013, P14.

réapparition de la maladie du cancer du sein et prolongez la durée de la vie des patientes.

Dans notre étude au service d'oncologie, suite à la prescription du Protocole de chimiothérapie par le médecin, c'est au corps paramédical que revient la tâche de l'exécution de ce Protocole, expliqué ainsi par l'infirmière du service qui nous révèle: *« avant l'application de Protocole de la chimiothérapie, , ont vérifié les paramètres vitaux de chaque patientes ,ensuit j'ai informé les patientes sur les effets secondaires les plus fréquents comme : nausées, vomissements, prise de poids gonflements, constipation, diarrhées, douleur musculaire articulaire....et le plus rarement comme : Asthénie, l'anémie.... »* [Melle HADDADI LAMIA, ISP (Infirmière de santé publique, 26ans)]

Examinons encore le témoignage de cette patiente qui nous décrit comme suit le rôle des infirmières dans cette phase *«Le cheminement de la prise en charge commencée à l'accueil jusqu'à l'application de la séance de la chimiothérapie ,en 09/11/2015 ,j'ai posé le dossier médical et tous les examens qu'il m'a demandés au niveau de polyclinique d'Amizour au bureau d'accueil ;les aides soignantes installés moi dans le lit, après les infirmières elle va faire une perfusion ,au moment de la consultation médicale le médecin prescrire le Protocole indispensable de la chimiothérapie ,après l' infirmière appliquée cette Protocole dans la perfusion ,mais avant l'application elle m'a informée sur les effets secondaires comme :la nausée ,la vomissement..... En suit chaque 15à 20 min, elle m'a vérifié l'abord vineux et ma réaction de l'état général sur les effets de la chimiothérapie »* [A5, Sonia, 35 ans, Femme au foyer, Sidi Aich, Cancer du sein droit]

Aussi, qui toujours à ce propre nous dit : « *les infirmiers qui appliquait le Protocol de chimiothérapie, par l'intervention de cathéter vineux et injecté l'ensemble des médicaments prescrit dans le flacon de sérum* ». [A7, Tensia, 38ans, Enseignante de math, Tazmalt, Cancer du sein gauche]

D'après les déclarations de nos interviewées, nous pouvons dire que le rôle des infirmières est pivot en service d'oncologie comme nous l'explique le Comité consultatif des infirmières en oncologie, dans son rapport « *Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie est axé, au sein des équipes de lutte contre le cancer autour de quatre grandes fonctions clés, à savoir : Évaluer, enseigner et informer, Soutenir, Coordonner* »³

La mise en place d'un traitement de chimiothérapie, nécessitant d'expliquer et informer chaque patiente le mode et le rythme d'administration, la dose et le type de médicaments prescrits et leurs effets indésirables de la réaction du corps humain.

Aussi, nous relevons suite à nos observations du terrain, que le rôle du personnel paramédical en phase de chimiothérapie consiste en l'application des actes médicaux à l'information et la sensibilisation des patientes sur les complications et les effets secondaires de la chimiothérapie.

IV -2 - Les émotions des femmes lors et après la séance de chimiothérapie

Le cancer du sein demande une prise en charge complète, cette prise en charge est complexe .Par ailleurs le traitement de chimiothérapie expose les malades à un sentiment de malaise divers sur le plan physio psychologique. Nous avons interrogé les femmes du service sur le sentiment éprouvé lors et après le déroulement de la chimiothérapie. D'après leurs réponses, ils ressorts de

³ Direction de la lutte contre le cancer, *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie : Comité consultatif des infirmières en oncologie*, Québec, Juillet 2008, P07.

manière générale que nos interviewées emploient dans leurs discours les propos suivants « peur, l'angoisse, dépression, vomissement, fatigue, constipation, nausée » pour qualifier leur sentiments. Écoutons le témoignage de cette femme qui met l'action dans son discours sur la douleur vécue lors de sa troisième séance de chimiothérapie et l'amélioration ressentie par la suite: *« j'suis dans la troisième séance, mais lors de la séance j'ai senti la fatigue, la faiblesse, durant la première séance le vomissement et la maux de la tête, alors après la séance j'ai réservé boucaux l'énergie et l'activité »*. [A9, Nadjma, 29ans, Femme au foyer, Akbou, cancer du sein gauche]

Encore cette autre interviewée qui nous dit : *« bon, généralement mon état général elle est moyenne, lors de la séance j'ai nausée, j'ai perdu l'équilibre voire mais après j'ai senti un petit d'évolution, vraiment j'ai souffre les douleurs de la chimiothérapie »*. [A8, Dalila, 44ans, Enseignante de la langue française, Ighil Ali, Cancer du sein droit]

Par ailleurs, Examinons les déclarations de cette femmes qui entame sa cinquième séance est nous dit souffrir de plus en plus : *« aujourd'hui, j'ai réalisé la cinquième séance, mais chaque séance les douleurs plus en plus augmenté par rapport la séance passé malgré après la séance gardé le changement de l'activité quotidien »*. [A1, Yasmina, 50ans, Femme au foyer, Akbou, cancer du sein gauche].

D'après nos enquêtées, nous pouvons dire que la souffrance physio psychologique des femmes malades lors de la séance de chimiothérapie est liée à l'état psycho-oncologique de chaque patiente et la réaction de leur l'organisme humaine vis-à- vis des effets secondaires.

Conclusion.

A travers les témoignages des femmes enquêtés ; nous avons couvert dans ce titre les points suivants : les déroulements des séances de chimiothérapie le rôle du personnel médical et paramédical dans cette phase, et enfin identifier les divers sentiments des femmes malades lors et suite à la séance de chimiothérapie.

Vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses.

Dans la pratique sociologique, l'analyser des données et l'interprétation des résultats au terrain, nous permet de vérifier les hypothèses de notre travail de recherche, qui une phase essentielle dans notre recherche scientifique.

La première hypothèse : notre première hypothèse se formule comme suit « La prise en charge thérapeutique est caractérisé par un cheminement emprunté par le malade à fin de bénéficier de service d'oncologie l'unité de chimiothérapie »

Dans notre première hypothèse, il s'agit d'identifier la prise en charge thérapeutique, les résultats de notre terrain, et les déclarations des nos enquêtées, font ressortir que la prise en charge est un processus caractérisé par un ensemble des démarches à suivre par les femmes atteintes pour bénéficier de prise en charge à l'unité de chimiothérapie.

Ainsi nous pouvons que notre hypothèse est confirmée.

La deuxième hypothèse : il s'agit de savoir si « Le processus de prise en charge thérapeutique au service d'oncologie, parsemé de diverses phases, fait intervenir plusieurs professionnels de santé pour dispenser l'aide thérapeutique souhaitée». Les résultats du terrain et les déclarations de nos interviewées, montrent l'implication d'un ensemble de professionnels dans le processus de prise en charge dont les rôles sont ainsi décrits :

L'assistance médicale et la secrétaire ; l'accueil et programmation des RDV.

- Les médecins : la phase de consultation et la prescription de Protocol de chimiothérapie.
- Le psychologue : l'accompagnement et le soutien psychologique.
- Les paramédicaux : l'information sur la séance de chimiothérapie et leur l'application.

Au vu des résultats exposés, notre hypothèse se trouve confirmée.

La troisième hypothèse : L'analyse et L'interprétation des résultats relatifs à la notre troisième hypothèse formulée comme suit « La prise en charge thérapeutique à l'hôpital d'Amizour dans le service d'oncologie, dépend de la relations instaurées entre les patientes et les professionnels du service », nous révèle que la relation entre les patientes et les praticiens du service d'oncologie est satisfaisants basée sur l'écoute et la confiance, au sein d'un espace professionnel médicale bien déterminé au niveau du temps et du lieu.

A travers la vision globale des nos enquêtées, et les résultats de l'analyser des données recueillies, nous constatons que la dernière hypothèse est aussi confirmée.

Conclusion

Conclusion générale

La prise en charge thérapeutique est importante dans le domaine de la santé. Dans notre travail de recherche, nous avons choisi de réfléchir cette question au près des femmes atteintes d'un cancer du sein au niveau du service d'oncologie, unit de chimiothérapie de hôpital de la willaya de Bejaïa, pour essayer de répondre à notre question spécifique élaborée comme suit: Que recouvre réellement la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein ? .Afin de tenter de mettre à jour le processus du recours de ses femmes à la chimiothérapie.

Pour répondre à notre question, nous avons émis une série d' hypothèses que nous avons vérifiées dans le terrain grâce à la méthode qualitative et l'exploitation de deux outils d'investigation qui sont l'observation directe et l'entretien semi directif .Nos investigations dans le terrain ,notamment l'analyse et l'interprétation des discours relevés auprès de nos interviewées ,nous dévoilent ce qui suit :

- Le cancer du sein est une maladie de longue terme qui se déclencher suite à la manifestation des signes cliniques et l'investigation des outils médicaux, nécessitant un suivi de chimiothérapie avant et après l'ablation.
- L'expérience de l'ablation est subite dans des établissements publics et privés différentes suites à une recommandation du chirurgien.
- L'ablation du sein est une expérience individuelle, vécue différemment chez les femmes est caractérisé par : l'angoisse, la peur, le changement corporel, le sentiment de manque et dysfonctionnement organique....
- L'accès au service d'oncologie pour la chimiothérapie est possible suite à une lettre d'orientation ou la mobilisation du capital social.

Cette phase implique l'intervention d'un ensemble d'acteur, dans les tâches sont déterminées dans le cadre professionnel suivant :

- L'assistante et le secrétaire médical : accueil et programmation des RDV des femmes avec le médecin oncologue du service.
- Les oncologues: la consultation des femmes, et la prescription du Protocole de la chimiothérapie, suivant l'état de santé général de ces dernières et les résultats des examens complémentaires demandés.
- Le personnel paramédical en particulier les infirmières : la préparation et l'application de Protocole de chimiothérapie, aussi l'information des femmes malades sur le déroulement des séances de chimiothérapie et leurs effets secondaires.
- Le psychologue : l'accompagnent psycho-oncologique, écoute et conseille des femmes malades.
- Les rapports médecin –patientes au sein du service d'oncologie, sont dite de proximité par les patientes interrogées caractériser, par le respect, l'écoute, et le conseil et le soutien.
- Les rapports psychologue –patientes sont plus au moins bon d'après la majorité des femmes interviewées, alors que la minorité refuse de rentrer en contact avec le psychologue du service, en raison de son absence tout long de leur processus d'ablation du sein.

Notre modeste travail, doit être aussi un fil conducteur pour les étudiants de, master II, option : sociologie de la santé est approfondi au sein d'un espace professionnel médical, en vue d'apporter en manière claire la compréhension de la notion la prise thérapeutique au sein du service d'oncologie à l'hôpital d'Amizour au niveau de la willaya de Bejaïa.

Bibliographie

La liste bibliographie

Les ouvrages.

- 1- PATRIC Pascal, *santé publique : l'état de savoirs*, sous la direction FASSIN Didier et auray, 1ère édition, Paris, Octobre 2010.
- 2- SAGHIER.J, BEUZEBOC .P, POMMEYROL.A, .TOLEDANO.A, *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*, 3ème édition, Paris, 2003.
- 3- LEYDENBACH Théo, *cancer et psychosomatique relationnelle*, EDK, Paris ,2013.
- 4- S.Doucy , P.rouby , *l'aspect psychologique du cancer du sein de la femme jeune*, 28ème journées de la SPSPM, , Lille, 2006.
- 5- S.Blois, *Les souffrances psychologiques des malades cancer*, sous la direction de PATRICK Ben Soussan et ERIC Dudoit , Springer-Verlag France ,Paris, Février 2011 .
- 6- Dr. Jacky, *Cancérologie gynécologie –obstétrique*, Association Institut La Conférence Hippocrate, Paris, 2005.
- 7- BEUZEBOC.J, POMMEYROL.A, TOLEDANO.A, *Cancer du sein : Question et réponse au quotidien*, 3ème édition, Paris, 2003.
- 8- HERZLICH Claudine et ADAM Philippe, *Sociologie de la maladie et de la médecine* », Armand Colin, Paris, 2004.
- 9- L .Dany, Elle ne supporte plus son image, *Les souffrances psychologiques de malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter*, sous la direction BEN SOUSSAN Patrick et DUDOIT Eric, Springer–Verlag, Paris, 2011.
- 10-COMPAGNON Claire et SANNIE Thomas, *l'hôpital : un monde sans pitié, éd : l'éditeur*, Paris, 2012.

11-OORTS Natividad, *Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie*, sous la direction comité Scientifique, Centre du cancer clinique universitaire santé LUC, Paris, Mars 2013.

12- CARRETIER Julien et FERVERS Béatrice, *Les vérités du cancer : Partager, information, installer la relation*, sous la direction BACQUE Marie-Frédérique, Springer-Verlag France, Paris, 2008.

13- CARDINE M .Marie, *Bases psychologique et psychologie médical*, 3^e édition, Paris, 1996.

14-DARDENNES Roland, *Psychologie médicale* , sous la direction Pr. GUELFY .J.D, Faculté de médecine René Descartes, Paris 5, 2006.

15- APOSTOLIDIS Thémis et DANY Lionel, *Résumé des communications*, sous la direction PASCAL Antoine .al, l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Liège (Belgique), décembre 2014.

16 -Dr .BENSOUSSAN .Maurice, *Cancer et psychosomatique relationnelle*, sous la direction SAMI Ali et al, EDK, Paris, 2013.

17- SCHWEITEZ Marilou Bruchon-, *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, Dunod, Paris, 2002.

18- DR BENZIDANE .N, *Cancer du sein : Diagnostic et traitement*, office des publications universitaires, Alger, septembre 2004.

Les ouvrages de méthodologie.

1- GORDON Mace, *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, 2^e édition, Canada, 1997.

2- Mayer robert et Francine ouellet, *Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux*, Gaétan Morin Editeur, Boucherville, 1991.

3- GUIDERE Mathieu, *Méthodologie de la recherche*, Ellipses édition Marketing S.A, Lyon, 2004.

- 4- DEPELTEAU François, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, 3^{ème} édition, Canada, 2000.
- 5- TROGNON Alain, *les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*, Dunod, Paris, 2000.
- 6- PIERRE Paillé, *La recherche qualitative : guide pratique*, McGraw-Hill, éditeurs, Montréal, 1991.
- 7- GRAWITZ Madeleine, *Méthodologie des sciences sociale*, 11^{eme} édition, Paris, 2001.
- 8- SINGLY Françoise, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 21^{ème} édition, Paris, 2001.
- 10-QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2011.
- 11-SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, 2^{ème} édition, Paris, 2007.
- 12-GIROUX Sylvain et TREMBLAY Ginette, *Méthodologie des sciences humaines : La recherche une action*, 3^{ème} édition, Canada, 2009.
- 13-COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, 3^{ème} édition, Paris, 2001.
- 14-AGBOBLI Maurille, *Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses*, L'Harmattan, Paris, 2014.

Les revues et les articles.

- 1- S. Tassin, I. Bragard, M. Thommessen, W. Pitchot, *Aspects psychosociaux du cancer du sein*, Med Liège, Belgique, 2011.
- 2- Pr SCHMITT Laurent, Dr ROUCH Virginie, *Bases psychopathologique de la psychologie médicale*, hôpital Casselardit-Purpan, Paris, 2004.
- 3- TERKI .N. et col, *Incidence annuelle du cancer du sein dans la population Algérienne diagnostiquée au niveau des centres de référence d'anatomopathologique en Algérie* .Le fascicule de santé n°19, Algérie, Avril 2011.

4- *Manuel de prise en charge du cancer du sein*, Algérie, Février 2016.

Les rapports et les guides.

- 1- A.Mahmane ; M.Hamdi Cherif ; *Epidémiologie du cancer du sein en Algérie* ,9ème séminaire intensif en oncologie, Algérie, 18 Février 2012.
- 2- Dr. BOUCHE Gauthier, *Cancer du sein : un guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO, European Society for Meddical oncology*, 2013.
- 3- *La prise en charge du cancer du sein*, ENSP, Paris, Jui2010.
- 4- *Plan cancer : 2015-2019*, Algérie.
- 5- KARASOGLU Muriel, *La prise en charge globale, notion federatrice du projet de soins : Quelle stratégie pour le directeur des soins ?* , Paris, École nationale de santé publique, Paris, 2002.
- 6- *comprendre les traitements du cancer du sein : Guide pour les femmes*, Société canadienne du cancer, Canada, Juillet 2008.
- 7- *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, Haut conseil de la santé publique, Paris, Novembre 2009.
- 8- Dr. BELLEY PRISO Eugène, *Profil épidémiologique et clinique de la pathologie : Mammaire à l'hôpital général de Douala (Cameroun)*, Juin, Cameroun, 2010.
- 9- Collections guides patient cancer info, *Les traitements des cancers du sien*, INC, France, Octobre 2013.
- 10- GENEVIEVE Fafard, *L'expérience vécue par des femmes atteintes du cancer du sien : une étude phénoménologique soutenant la pertinence de l'ergothérapie auprès de cette clientèle*, l'université du Québec à trois - rivières, aout 2013.

11-M.HAMDI-CHERIF ET K.BOUZID, *Epidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord*, 32^{ème} Journées de la SFSPM, Strasbourg, Novembre 2010.

12-Le guide de la formation Québécoise du cancer, *ce qu'il fait savoir sur la chimiothérapie*, Hôtel-Dieu de Québec, Canada, 2005.

13- Commission nationale d'Ethique, les *limites de l'accès aux soins* », Avis 20, Grand -Duché de Luxembourg, 2007.

14- CHERNY Nathan et al, *Guide pour les patients atteints d'un cancer avancé*, Société européenne d'oncologie médicale, Paris, 2011, P11.]Rapport Direction de la lutte contre le cancer, *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie : Comité consultatif des infirmières en oncologie*, Québec, Juillet 2008.

15- Comité de centre hospitalier de l'université de Montréal, *Le cancer du sien*, N°4005158, Juillet 2014.

Les dictionnaires.

1- DELAMARE Jacques, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, La faculté de médecine 30^e édition, Paris, 2009.

2- QUEVAUVILLIERS Pr. Jacques, *Dictionnaire médical avec atlas anatomique*, 6^{ème} édition, Elsevier Masson S.A.S, Septembre 2009.

3- YBERT Edith, *Le petit Larousse de la médecine*, 1^{ère} édition, Allemagne, Février 2010.

4- A .Manuila, L .Mnuila, P. Lewalle, M .Nicoulin, T .Papo, *Dictionnaire médical manuila*, 10^{ème} édition, Paris, 2004.

5- Pr Jean-Pierre Wainsten, *Larousse médicale*, 2^{ème} édition, Italie, Janvier 2012.

6- WAITEN Pr. Jean-Pierre, *La Larousse médical*, 2^{ème} édition, Italie, 2012.

7- **Journaux.**

- 1- FOUJIL Fatima Zohra, « *Journal EL Watan* », Cancer du sein, Mercredi 28 Octobre 2015.
- 2- S. SAMI, A. LADJEROUD, K. BOUZID, *Journal de la société Algérienne d'oncologie Médicale*, Copyright, Alger, N°6 Octobre 2014.

Site électronique.

- 1- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/pratique/63257>.
- 2- <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/signs-and-symptoms/?region=qc#ixzz3zOasAj1C>
- 3- <http://www.senosphere.com/pathologies/cancer-du-sein/types-de-cancers-du-sein/>

Cours universitaire.

- 1- DR BELLOUZE, *Chirurgie du cancer du sein*, Bejaïa, CHU de Bejaïa, 2015.
- 2- Dr .DANOUNE .A, ETBOUKAFFA S, *Bases anatomique de la glande mammaire*, Annaba, Laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale ,29/10 /2015.
- 3- Dr. DERRADJ B, *Organisation de la prévention en Algérie*, Service de médecine de travail CHU de Bejaïa.

Annexes

Annexes N°01

Guide d'entretien des femmes malades

1-Données personnelles :

- Sexe.

- Age.

- L'état matrimonial.

- Nombre de l'enfant.

- Niveau d'instruction.

- Illettré.
- Primaire.
- Moyen.
- Secondaire.
- Universitaire.

- profession.

-niveau socio-économique.

-Lieu d'habitant.

- Zone Urbaine.
- Zone Rurale.

-Nombre des séances de chimiothérapie effectué.

2- Histoire de la maladie.

- Comment avez-vous découvert votre maladie ?
- Parlez- moi de votre expérience d'ablation du sein?
- qui a décidé d'ablation de votre sein ?
- Quand avez –vous subit de votre sein ?
- Ou avez-vous réaléser l'ablation de votre sein ?
- Qu'avez-vous ressenti suite à l'ablation de votre sein ?

3- L'accès a la prise en charge dans le service d'oncologie.

- Parlez –moi de votre recours au service d'oncologie ?
- Comment avez-vous accédé au service ?
- Qui vous a orienté à ce service ?
- Pour quelles raisons avez-vous était orienter à ce service ?
- Qui vous a accueillis en premier temps ? Pour quelles raisons ?

4-Rôle des professionnels dans la prise en charge et rapports aux femmes malades.

- Etes-vous rentré en contact avec le médecin de service? Quand et pourquoi ?
- Racontez –nous comment cela s'est passé ?
- Comment avez –vous trouvé ce médecin ?
- Avez –vous rencontré le psychologue de ce service? Quand ? Pourquoi ?
- Décrivez nous votre rencontre avec le psychologue du service ?
- Comment étaient vos rapports avec le psychologue ?

- Que pensez-vous de ce psychologue ?

5-Phase de chimiothérapie.

-Racontez –nous comment se déroule votre séance de chimiothérapie ?

-Qui vous prépare et vous suivi pendant la séance de la chimiothérapie ?

-Avez-vous informé sur la séance ?qui vous –a informé ?

Avez –vous été informé sur les effets secondaires de la chimiothérapie ?

-Que ressentez vous lors d'une séance de chimiothérapie ?

Annexe N° 02

Protocole de chimiothérapie

Amizour :...../...../2016

Wilaya de Bejaia

Etablissement Public Hospitalier d'Amizour

Service Oncologie Médicale

Protocole FAC

Nom	Prénom	Age	SC

Prémédication : Perfusion de 125 cc de SSI a 0,9 %

Méthylprednisolone 120mg en perfusion dans 100 cc de SSI ou de SGI

Ranitidine 50mg /2ml Deux ampoules en intra tubulaire

Ondansétron 8mg en intra tubulaire

Drogues	Posologie mg/m2	Dose totale en mg	mode	Durée
Cylophosphamide	500		Perfusion iv dans 250 cc SSI 0,9%	60 minutes
Doxorubicine	50		Perfusion intra tubulaire	IT Ou petite perf
5 FU	500		Perfusion iv dans 500cc SSI 0, 9%	60 minutes

Médecin prescripteur	Cachet du Service

Infirmier(e)

