



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane-MIRA-

Faculté Des Sciences Humaines et Sociales

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie
option : psychologie clinique

THEME

L'anxiété des investigations préventives du cancer du sein
chez les femmes en Algérie

*(Étude de huit cas réalisée au service d'imagerie médicale,
CHU de Bejaia)*

Réalisé par : Encadré par :

YAHIAOUI Yasmina M^{me} BOUCHERMA Samia

ZEMOURI Fatima

Année universitaire 2017-2018

Remerciements

On voudrait, tout d'abord remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'achever ce travail.

On adresse nos vifs remerciements à notre promotrice M^{me} BOUCHERMA SAMIA, qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour nous avoir honorées en acceptant de diriger ce travail et pour ces orientations et ses conseils.

Aux membres de jury qui vont évaluer ce modeste travail.

On tien à exprimer nos sincères remerciements à tout le personnel du CHU de Bejaia service D'IMAGERIE MEDICALE, pour leurs coopérations et leurs aides ainsi que leur disponibilité, en particulier le coordinateur de ce service.

*Aux femmes qui ont accordée leurs consentements
à notre recherche.*

Dans l'impossibilité de citer tous les noms, nos sincères remerciements vont à tous ceux et celles qui de près ou de loin, ont permis par leurs conseils et leurs compétences la réalisation de ce mémoire.

Merci

Dédicace

A laide de Allah le tout puissant, qui m'a tracé le chemin de ma vie, J'ai pue réaliser ce modeste travail que je dédie :

A la lumière de mes yeux, l'ombre de mes pas et le bonheur de ma vie ma mère qui ma apportée son appui durant toutes mes années d'étude, pour son sacrifice et soutien qui m'a donnée confiance, courage, et sécurité.

Au meilleur des pères celui qui ma appris le sens de la persévérance tout au long de mes études, pour son sacrifice ses conseils et ses encouragements, a qui je dois tout, sans lui j'en serai pas la.

A mes chers frères : Mouhand et sa femme Rachida, Khellaf, Hakim et sa femme Razika, Mohand akli, Zahir et sa femme Naima, Fares et sa femme Ghania

A ma chère sœur : Nacera et son mari Nacer

A mon neveu : Enzo

A mes nièces : Cylia, Liza, Sabine, Agnès, Lahna, Aya

A ma cousine : Khoukha, Massilya et leur famille

A Mes deux très chères grands-mères

A mes chères amies avec lesquels j'ai partagé des moments

Inoubliables : Warda, Hanane

A ma chère binôme : Yasmina et sa famille

A la psychologue : Amri Kahina

A mon encadreur M^{me} Boucherma Samia

A ceux que j'aime et qui ont été toujours présent pour moi.

FATIMA

Dédicace

Pour chaque évènement dans ma vie, je ne manquerai pas d'avoir une pensée à toutes les personnes qui m'ont donnée le courage.

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents qui m'ont encouragée durant toutes mes études, que le bon dieu les protège.

A mes très chers frères et sœur pour leur soutien.

A mes chères voisines et à tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

A ma chère binôme FATIMA et sa famille

Je le dédie plus particulièrement à notre encadreur M^{me} BOUCHERMA SAMIA pour sa patience et sa confiance.

Un chaleureux remerciement.

YASMINA

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

1. Introduction générale.....
2. Problématique et hypothèses.....	3
3. Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	7
4. Le choix et l'objectif de la recherche.....	10

LA PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : *cancer du sein aspect médicale et aspect psychologique*

Aspect médicale du cancer du sein

Préambule.....
1. Epidémiologie.....	11
2. Définition du cancer du sein.....	14
3. Les types du cancer du sein.....	14
4. Les facteurs de risque du cancer du sein.....	16
5. Les symptômes du cancer du sein.....	16
6. Le diagnostic du cancer du sein.....	17
7. Le dépistage du cancer du sein.....	20
8. Les traitements.....	21

Aspect psychologique du cancer du sein

1. L'annonce de diagnostic et le traitement.....	24
2. Réaction de la famille.....	25
3. Aspect psychologique après l'annonce.....	25
4. L'image du corps pendant le traitement.....	27
5. Qualité de vie des patients cancéreux.....	28
6. Réactions pathologiques.....	28

7. Aspect psychologique de la mammectomie.....	30
8. Prise en charge psychologique des patients cancéreux.....	31
Conclusion.....	

Chapitre II : l'anxiété

Préambule.....	
1. Définition.....	33
2. L'anxiété du normal au pathologique.....	34
3. Les causes de l'anxiété.....	34
4. Les différents troubles anxieux.....	36
5. Les troubles anxieux selon le DSM IV R.....	36
6. Les types d'anxiétés.....	38
7. Les symptômes de l'anxiété.....	39
8. La personnalité anxieuse.....	40
9. La différence entre le stress, l'anxiété et la peur.....	41
10. Le traitement des troubles anxieux.....	41
11. La prise en charge des sujets anxieux.....	43
11.1. La prise en charge non médicamenteuse.....	43
11.2. La prise en charge médicamenteuse.....	44
Conclusion	

LA PARTIE PRATIQUE

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	
1. Pré-enquête.....	47
2. Les méthodes utilisées.....	48
2.1 .L'entretien clinique.....	48
2 .1.1.L'entretien semi-directif.....	48
2.1.2. Le guide d'entretien.....	49

2.2. Questionnaire d'auto-évaluation de C. D. SPIELBERGER et Al (Inventaire d'anxiété Etat-Trait / Forme Y-A).....	49
3. La présentation du lieu de stage.....	53
4. La population d'étude.....	53
Chapitre IV : présentation et analyse des résultats.....	55
Chapitre V : discussion des hypothèses.....	78
Conclusion générale.....
Liste bibliographique	
Annexes	

Introduction

Tout le monde éprouve toute ou long de leur vie une anxiété. La ressentir est tout à fait normal. Elle nous protège et peut nous aider à faire face à une situation inquiétante ou peut-être dangereuse. L'anxiété est ressentie comme une crainte dont la cause est difficile à préciser. Ce sentiment s'accompagne de symptômes physiques et parfois aussi de symptômes psychologiques.

La peur du cancer est raisonnée, c'est une angoisse que l'on porte en soi, à des degrés divers, car le cancer est encore trop dans les esprits synonymes de mort, d'arrêt de l'arbitre. Chacun à un moment quelconque de sa vie peut avoir l'esprit traversé par cette question lancinante : et si c'était un cancer ?

Le problème, c'est que la peur n'exclue pas le danger : cette maladie, bien que de mieux en mieux dépistée et soignée reste redoutable et constitue une cause importante de mortalité, d'autant plus importante que l'on vieillit.

On est dans l'ordre du fantasme : même s'il n'y a aucune raison objective d'avoir un cancer, la peur d'en faire un, rôde sans cesse, ne serait-ce qu'à cause de ce sentiment diffus d'injustice.

Et parfois aussi, une vieille culpabilité enfouie, un non-dit que l'on traîne au fond de sa tête peut suffire à hanter l'existence, au point que le moindre signe réel ou ressenti est interprété comme le début d'un cancer. C'est ce qui se passe chez les personnalités anxieuses ou les personnalités angoissées .

Introduction générale

En cela, le cancer stigmatise notre peur viscérale de la mort et de la déchéance qui peut survenir au décours de cette maladie. C'est pour cela aussi que le cancer fait peur. Ce sentiment humain ne se raisonne pas et ne peut se modifier qu'au cours d'une quête personnelle. C'est toute la question de la condition humaine.

C'est quelque chose qui ne se raisonne pas. La seule attitude raisonnable réside finalement dans la prévention

La prévention a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. Elle s'appuie sur des connaissances scientifiques épidémiologiques dans les populations

La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. Elle s'applique à l'échelle collective (programmes de santé publique, vaccinations obligatoires) comme à l'échelle individuelle (éducation personnelle par le médecin).

Notre présente recherche portera sur l'anxiété de dépistage du cancer du sein chez les femmes, et pour atteindre notre but, nous avons choisie comme terrain d'étude le service de mammographie de l'hôpital KHELIL AMRANE de Bejaia. Pour atteindre notre, nous avons débuté par une introduction, ensuite un cadre générale de la problématique qui comporte une problématique et une hypothèse, et nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties.

La partie théorique : **chapitre1** : le cancer du sein **chapitre2** : l'anxiété. La partie pratique : **chapitre3** : la méthodologie de la recherche. **chapitre4** : présentation et analyse des résultats. **Chapitre5** : discussion des hypothèses.

Enfin, on conclut notre recherche par une conclusion générale.

Problématique

Etre sain peut être le meilleur bonheur de la vie, être malade peut aussi nous la gâcher. La maladie nous fait trembler, pleurer, reculer, elle nous contraint à de multiples renoncement. Nul n'est à l'abri, elle peut constituer un handicap pour chacun de nous.

Le cancer est parmi les maladies qui peut toucher n'importe quel individus, qu'il soit jeune ou âgé, femme ou homme.

Le cancer que l'on présente bien souvent comme la première cause de mortalité, il est aussi une maladie avec laquelle il est possible de vivre au quotidien, pendant des années, voire des dizaines d'années. Parmi les multitudes du cancer, on trouve le cancer du sein, qui est le cancer féminin le plus fréquent.

Le cancer du sein, est une maladie hétérogène avec des variations substantielles des temps de croissance et des développements métastatiques d'une patiente à l'autre, il sera donc intéressant de mettre en évidence des critères clinique, biologique et histopathologies, qui permettront de distinguer les patients à pronostic très favorable qui bénéficieront de thérapeutique allégés, des patients à pronostic d'emblée défavorable, qui devront être lourdement traitées. **(Marie, M, 2006).**

Les études d'épidémiologie génétique ont permis d'estimer que 5% des cas de cancer du sein sont lié à la présence d'un facteur génétique transmis selon le monde autosomique dominant, et associé à un risque cumulé de cancer du sein de 67% à l'Age de 70 ans soit un risque multiplié par dix en comparaison de celui de la population général. **(Marie, p32).**

Problématique

En Algérie, 40000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année, 7500 cas de cancer de sein sont enregistrés avec environ 3500 décès enregistrés chaque année. Près de la moitié des patientes venants de recevoir un diagnostic de cancer du sein souffrirait d'une détresse émotionnelle ou d'un trouble psychiatrique avant le début de leur traitement.

Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle du monde plus d'un milliard et demi de personne en souffrent, dont 400 millions de troubles anxieux, 250 millions de troubles de personnalité, et 45 millions de schizophrène, l'impact social et financier de ces troubles est considérable, puisque les maladies psychiatriques spécifique, sont responsable de 8,1% des années d'incapacités causés par l'ensemble des maladies dans le monde, devant les cancers, pour autant que représentent ces chiffres par rapport au sujet de la psychopathologie. **(Jean, M, 1997, p09).**

La peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments les plus fréquents déclenchés par la maladie. Toutes ces réactions s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'ils sont familial, conjugal, social ou professionnel et avec leur propre corps. **(Razavi, D, Delvaux, N, 2002).**

Les femmes ayant des signes ou symptômes du cancer du sein, ont une peur intense de consulter un médecin ou de faire un bilan sur leur état de santé, par peur d'être porteuse de la maladie, ces femmes ne peuvent souvent pas mener une vie normal, bien quelle soient consciente de l'irrationalité de l'anxiété sont-elles souffrent, il se peut qu'une personne phobique arrive à aménager son espace vital sur le monde de l'évitement. La phobie est beaucoup plus répandue qu'on peut le croire.

Problématique

Le sein, est le symbole principal de la féminité, et la perte d'un sein ou sa déformation majeure peut altérer gravement l'image corporelle de la femme, et la perception qu'elle a de son pouvoir séducteur. Cette perte peut entraîner des séquelles et un retentissement important : psychologique, familial, professionnel et social.

Une prothèse externe, portée pour simuler le sein perdu, n'est pas intégrée dans le schéma corporel de la femme, et par conséquent, ne soulage pas la perception de sa difformité. C'est pourquoi il est illicite de proposer une reconstruction mammaire chaque fois que la patiente, réellement informée, le désire, la reconstruction mammaire, dont le but est d'aider la femme, doit être incorporée dans un plan de traitement cohérent et multidisciplinaire, le chirurgien plasticien impliqué en reconstruction mammaire après cancer du sein doit avoir de bonnes connaissances de l'histoire naturelle, du pronostic, des facteurs de risques et du traitement du cancer du sein. Il doit de même être familiarisé avec les facteurs psychologiques associés au cancer du sein et à son traitement. (La fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. (FNCLCC, 2001, p29).

La peur du cancer est donc irraisonnée, dont une angoisse que l'on porte en soi, à des degrés divers, car il est encore trop dans les esprits synonymes de mort, d'arrêt de l'arbitre. Le problème, c'est que la peur n'exclue pas le danger, cette maladie, bien que de mieux en mieux dépistée et soignée.

A la lumière de ce qui a précédé notre but est de répondre à la question suivante:

Est-ce que les femmes qui vont faire les investigations préventives du cancer du sein présentent une anxiété ?

Problématique

Pour répondre à cette question, nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Le dépistage du cancer du sein engendre une anxiété chez les femmes.

Hypothèses partielles :

- 1- Les investigations préventives du cancer du sein engendrent une agitation chez les femmes.
- 2- Les investigations préventives du cancer du sein développent des sentiments d'inquiétude chez les femmes.

Définition des concepts clé:

Avant de commencer notre thème ; on doit définir les concepts clés utiliser dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique.

1. Anxiété :

L'anxiété est une combinaison de sentiments qui provoquent une réaction d'inquiétude et d'incertitude.

Il est normal de ressentir de l'anxiété à un moment ou un autre et, en général, ce sentiment se dissipe assez rapidement. On peut souvent ressentir de l'anxiété avant une présentation ou un événement important et lorsqu'un élément de stress important survient dans notre vie.

Toutefois, l'anxiété peut se manifester sans avertissement ni signe précurseur. On se sent envahi par un sentiment intense d'appréhension, de panique et d'inquiétude.

Lorsque ces sentiments sont beaucoup plus intenses qu'à l'habitude, il s'agit souvent d'une crise de panique. (**Chow.C., 2002, p1**).

2. Le sein :

Les seins jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps.

La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né.

La structure du sein est complexe. Chaque sein (appelé aussi glande mammaire) est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît.

Définition et opérationnalisation des concepts

Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement ; les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon.

(Institut national du cancer, 2007, p09).

3. Le cancer :

Un cancer est une maladie de la cellule. La cellule est l'unité de base de la vie.

Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Tous ont un rôle précis : cellules musculaire, nerveuses, osseuses, etc. une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée habituellement.

Ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. **(Institut national du cancer, 2007, p10).**

4. Cancer du sein :

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein.

Une femme sur onze développe un cancer du sein au cours de sa vie. La vie de famille, de couple et professionnelle s'entrouvre profondément modifiée. **(Institut national du cancer, 2007, p11).**

Opérationnalisation des concepts :

Anxiété :

- Une peur diffuse inexpliquée.
- Peur systémique de l'imprévu.
- Appréhension de l'avenir.
- Malaise moral et inquiétude.
- Préoccupation persistante et excessives.
- Irritabilité.
- Agitation.

Cancer du sein :

- Une maladie qui touche généralement les femmes.
- Une présence d'anomalie au niveau du sein.
- Une multiplication rapide et considérable des cellules malignes.
- Une multiplication anarchique de cellules anormales au niveau du sein.
- Une maladie qui se présente sans douleur avant la prise des traitements.
- Une maladie souvent redoutable chez les gens et plus précisément les femmes.
- Le cancer du sein aboutit à des conséquences très sévères.
- Une maladie qui entraîne des changements et des modifications au niveau du corps comme la chute des cheveux ou encore la perte d'un sein (effets secondaires des médicaments) mais aussi au niveau de l'esprit comme l'anxiété et la dépression par exemple.

4. Le choix et l'objectif de la recherche :

On a choisi de cibler plus précisément dans le cas des femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein. Ce choix est dérivé de nos inspirations qui portent sur sa fréquence dans l'actualité et surtout son impact sur l'état psychologique de ces femmes qui vont peut être soumis à une peur et anxiété d'être diagnostiquées porteuses du cancer du sein.

Nous nous intéressons si le dépistage du cancer du sein engendre t-il une anxiété chez ces femmes et comprendre pourquoi elles présentent cette anxiété et de déterminé le degré d'anxiété chez elles.

Notre objectif principal est de confirmer ou infirmer notre hypothèse générale et les hypothèses partielles. Ensuite évaluer le degré d'anxiété chez ces femmes et donner l'importance au coté psychologique. Et enfin encourager ces femmes a fin de mieux gérer leur stress et anxiété face a ce dépistage et surtout leurs montrer l'importance du dépistage du cancer du sein.

Préambule :

Le cancer du sein est la maladie la plus redoutée par les femmes, de par sa fréquence mais surtout son extrême gravité, qui mène de façon inexorable à la mort quand le diagnostic est établi tardivement.

Le cancer du sein est devenu le premier fléau chez les femmes dans les pays occidentaux. Il apparaît beaucoup plus chez la femme, comme il peut apparaître chez l'homme ce qui est extrêmement rare 1%

Pour en savoir plus sur cette maladie, nous allons tout au long de ce chapitre étudier l'aspect médical du cancer du sein.

1. Epidémiologie :

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé dans le monde avec 1 151 298 nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués et 410 712 décès en 2002. La prévalence est de plus de 4,4 millions de femmes. Les taux les plus élevés sont observés dans les pays industrialisés (Amérique du nord, Australie, Europe de l'ouest) et sont cinq fois plus élevés que dans les pays en voie de développement (Asie, Afrique). C'est le cancer le plus fréquent dans les pays développés, mais les taux augmentent dans les pays à faible incidence et notamment ceux adoptant un mode de vie « occidental ».

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein est estimé à 49 814.

Le cancer du sein est au deuxième rang de l'ensemble des cancers derrière le cancer de la prostate et au premier rang des cancers féminins avec 36,7% des cancers loin devant le cancer du colon (13%) et le cancer du poumon (5%).

Au total, en 2007, 11 201 décès annuels par cancer du sein sont observés, soit la première cause de décès par cancer chez la femme (18,9%). C'est une cause majeure de mortalité prématurée (avant 65ans) et la première cause de

décès chez la femme entre 45 et 64ans (15% de l'ensemble des décès et 26% des décès par cancers en 2004). **(HERVE MIGNOTTE, 2011, P21, 22)**

En Algérie :

En Algérie, au moment où l'on commence à enregistrer une diminution notable des maladies infectieuses grâce aux différents programmes nationaux instaurés lors des dernières décennies, on assiste à la transition épidémiologique qui est marquée par : la modification démographique avec une augmentation de l'espérance de vie.

La transformation de l'environnement et le changement de mode de vie.

De cette situation sont apparues les nouvelles pathologies dont le cancer et les autres maladies chroniques non transmissibles qui s'inscrivent aujourd'hui parmi les nouveaux besoins prioritaires en santé publique 40 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année avec plus de 25 000 décès.

Parmi ces cancers, le cancer du sein est devenu un problème de santé publique majeur avec une réelle urgence d'intervention et de prise en charge.

Le cancer du sein touche les deux sexes avec une nette prédominance féminine.

Chaque année, 7500 cas de cancer de sein sont enregistrés avec environ 3500 décès enregistrés chaque année. **(MAHNANE A ET HAMDI CHERIF M, 2012, P11-13)**

Le cancer du sein frappe les Algériennes sans critère d'âge. Le président de la société algérienne d'oncologie, le Pr Kamal Bouzid, a affirmé à l'APS, que 35% des femmes atteintes du cancer du sein en Algérie avaient moins de 40 ans.

La prévention contre le cancer du sein devient une urgence, cette maladie ronge petit à petit la société algérienne.

L'augmentation de cas de cancer serait due a divers ses facteurs : environnement, stress, obésité, sédentarité...et d'autre facteurs exogènes, d'après l'APS, qui cite le Dr Stefane Zervoudis, chirurgien, gynécologue-sénologue et président de l'université Méditerranéenne de mastologie.

Mais la prise en charge de cette maladie reste encore difficile en Algérie, par manque de prévention et de moyens.

Les Algériennes malades se présentent pour le traitement « à un stade avancé de la maladie (90%) ce qui complique leur prise en charge et réduit les chances de guérisons », explique le Pr Bouzid, qui prévient qu'une prise en charge au début de la maladie permet « un taux de convalescence de prés de 90% de cette maladie. » Les femmes atteintes d'un cancer en général »perdent plus de 8mois entre le dépistage de la maladie et de chirurgie », selon le Pr Ahmed Bendib, chef du service sénologue du centre anticancéreux Pierre et Marie Curie (CPMC).c'est pourquoi le dépistage doit se faire dès l'âge de 35ans.

La prise en charge précoce permet également une économie financière. Le professeur explique que la prise en charge d'un cas atteint du cancer du sein a un stade avancé couterait au trésor public 5 millions de dinars contre 300.000 dinars au premier stade de la maladie. Le cancer du sein en Algérie ne cesse de croitre, 10 000 nouveau cas sont enregistrés chaque année. **(Amina Boumazza, novembre 17, 2012)**

2. Définition du cancer du sein :

Cancer :

Le cancer est « un thème générale appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ces caractéristique est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autre organes, formant se qu'on appelle des métastases » (Dahlem Majorie, 2007, P5)

Cancer du sein :

Cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein et plus précisément des cellules terminales des canalicules.

Le cancer du sein relève d'une nomenclature génétique qui fait référence à tout un ensemble de prolifération néoplasique de glande mammaire qui diffère tant du point de vue histologique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. Le terme de cancer du sein ne désigne que les tumeurs malignes, potentiellement agressives, du sein que le terme tumeur de sein désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes. (Marina Puddu et Jean tafforteau, 2005, P1, 2)

3. Type de cancer du sein :

Il existe deux grands types de cancer du sein :

- 1- **Le cancer in situ** : la prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique : carcinome intracanalair (85% a 90% carcinomes in situ ; soit des acini situé dans les lobules carcinome intralobulaire (10% a 15%). Mais la membrane basale est toujours respectée. Il n'y a pas d'infiltration.

2- **Le cancer infiltrant** : est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale.

Il existe plusieurs types histologiques :

- Adénocarcinome canalaire infiltrant (75%) : c'est le plus fréquent. Les cellules tumorales s'agencent en travées, en massif et en formation glandulaire ;
- Adénocarcinomes lobulaire infiltrant (5-10%) : les cellules carcinomes sont agencées en file indienne, avec un aspect en cible autour des canaux galactophoriques. Les noyaux sont réguliers. Le nombre de mitoses est faible. En immu-histochimie, il existe une perte d'expression de l'E-cadhérine ;
- Adénocarcinome tubuleux : les cellules carcinomateuses s'agencent uniquement en formations glandulaires. Les noyaux sont réguliers et le nombre de mitoses est faible. C'est un cancer de bon pronostic ;
- Carcinome muscineux ou colloïde muqueux ;
- Carcinome adénoïde kystique ;
- Carcinome apocrine ;
- Carcinome médullaire : les stromas est riche en lymphocytes. Il n'existe pas de glandes ou de lésions de carcinome intracanaire. C'est un cancer de bon pronostic ;
- La maladie de Paget : présente de cellules carcinomateuses au sein du revêtement malpighie du mamelon. Les cellules sont de grande taille, polygonales, au noyau irrégulier et d'architecture lentigineuse. La maladie e Paget du sein témoigne d'un cancer infiltrant ou d'un carcinome intracanaire du sein. Il s'agit d'une propagation de cellules carcinomateuses au mamelon. **(Loriot, Y, P. Mordant, 2011, p 12)**

4. Les facteurs de risque du cancer du sein :

Antécédent familiaux de cancer du cancer du sein accroissent le risque par un facteur deux au trois certaines mutations, en particuliers celles des gènes BRCA1, BRCA2 et P53 entraînent un risque très élevé de cancer de sein. Toutefois, ces mutations sont rares et ne représente qu'une faible partie de l'ensemble de la charge de morbidité et de mortalité par cancer du sein.

4.1 Facteur génésique : associer à une exposition prolongée a des œstrogènes endogènes, tels qu'une puberté précoce, une ménopause tardive ou une première grossesse, figurent parmi les facteurs de risque les plus importants de cancer du sein. Les femmes utilisent des contraceptifs oraux ou un traitement hormonal substitutif courent ainsi un risque plus élevé par rapport aux femmes qui ne les utilisent pas.

L'allaitement à un effet protecteur.

4.2 Facteur nutritionnel : les auteurs concluent que 21% de l'ensemble des décès du cancer du sein dans le monde peuvent être attribué a la consommation d'alcool, au surpoids et a l'obésité, et a l'absence d'exercice physique.

5. Les symptômes de cancer du sein :

Il est possible que le cancer du sein ne cause aucun signe ni symptômes aux tout premier stades de la maladie. Les symptômes apparaissent quand la tumeur au sein est suffisamment grosse pour qu'on sente la masse au toucher ou quand le cancer s'est propagé aux tissus et organes voisins. D'autres affections médicales peuvent causer les mêmes symptômes que le cancer du sein.

Le symptôme le plus fréquent du carcinome canalaire est une masse ferme ou dure qui est très différente du reste du tissu mammaire. Elle peut sembler fixée à la peau ou au tissu mammaire voisin. La masse ne rétrécit pas ou ne

disparaît pas et ne réapparaît pas au cours du cycle mensuel. Elle peut être sensible mais n'est généralement pas douloureuse. (la douleur est plus souvent le symptôme d'une affection non cancéreuse)

Il arrive souvent que le carcinome lobulaire ne forme pas de masse. On a plus l'impression que le tissu mammaire s'épaissit ou durcit.

Les autres symptômes du cancer du sein canalaire ou lobulaire peuvent être ceux-ci :

- Masse à l'aisselle (creux axillaire) ;
- Changement de la taille ou de la forme du sein ;
- Changement mamelonnaires, comme un mamelon qui commence soudainement à pointer vers l'intérieur (mamelon inversé) ;
- Écoulement du mamelon sans qu'on le comprime ou qui est teinté de sang.

6. Diagnostic du cancer du sein :

Ce diagnostic peut être réalisé soit pour des lésions infracliniques à la suite d'un dépistage, soit devant des signes d'appel cliniques.

6.1 Examen clinique :

La femme doit être nue jusqu'à la ceinture. Il faut disposer d'un bon éclairage, si possible mobile, permettant l'inspection à jour frisant et objectivant aux limites de l'ombre et de la lumière les anomalies de la peau et du galbe.

Cette inspection est dynamique et ne saurait se limiter à l'inspection statique d'une femme couchée en décubitus dorsal. Il faut exiger l'appoint de positions de base :

- Assise bras pendants, en relâchement musculaire (effet de pesanteur) ;

- Assise bras levés : le grand pectoral entraîne, en haut et en dehors, plus la glande que le revêtement cutané, dégagement de la région sous-mamelonnaire ;
- Assise bras levés penchée en avant : la peau s'éloigne de la face antérieure de la glande ;
- Décubitus dorsal, bras le long du corps, puis bras levés : la peau et la glande s'étale et ne subissent que vers l'extérieur l'effet de la pesanteur.

Le sillon sous-mammaire est parfaitement dégagé.

On observe les contours, le galbe et l'aspect des mamelons.

L'inspection se conclut par la réalisation par la malade de certaines manœuvres : passage, bras levés à la verticale, de la situation debout à la position penchée en avant :

- En position assise, mobilisation des bras de la verticale à l'horizontale ;
- Accrochage en avant de la face des deux mains, coudes en dehors avec traction divergente sur celle-ci.

6.2 Bilan diagnostique :

6.2.1 Mammographie :

- Les clichés de base sont représentés par les clichés obliques externes suivant l'axe donné par le muscle pectoral, lorsque le bras est en élévation et complétés par le cliché en incidence cranio-podale (de face) ;
- Examens complémentaires : le cliché de profil strict permet, avec le cliché de face, de bien repérer l'anomalie dans l'espace ;
- Des clichés centrés et/ou agrandis permettent de préciser la morphologie et les contours d'une anomalie ;
- Les signes radiologiques élémentaires suspects sont ceux des images classés par l'ANAES en ACR4 et ACR5.

6.2.2 Echographie :

Elle est indiquée devant une opacité circonscrite ou une densité asymétrique.

Elle permet de rechercher des signes de suspicion de cancer sous la forme d'une image hypo-échogène irrégulière, globuleuse ou a grand diamètre perpendiculaire à la peau. Le cône d'ombre postérieur vient souvent compléter ce tableau.

6.3 Prélèvements percutanés :

6.3.1 Cytologie :

- Elle peut être réalisée sur un écoulement, sur une lésion cutanée après humidification et grattage au vaccinostyle ou par ponction à l'aiguille ;
- Le liquide est étalé sur la lame puis fixé pour un examen à la coloration de papanicolaou ou non fixé pour un examen au May-Grünwald Giemsa ;
- La cytologie n'a que peu de faux positifs (certains fibroadénomes par exemple) mais beaucoup de prélèvements sont ininterprétables.

L'ANAES avait fixé les conditions pour admettre la bénignité d'une cytologie :

- Prélèvement riche ;
- Diagnostic lésionnel kyste, fibroadénome, ganglion.

6.3.2 Biopsies percutanées :

- Elles sont réalisées avec des aiguilles de diamètre 14G et plus souvent 11G (mammotome) ;
- Le guidage peut se faire par la palpation, l'échographie et la stéréotaxie ;
- On réalise de 4 à 24 prélèvements ;
- La fiabilité de la méthode est très grande si la cible a été atteinte et le diagnostic lésionnel est précis ;
- Il est possible d'obtenir la plupart des éléments pronostiques grade SBR, récepteurs.

6.4 Bilan préthérapeutique :

Le bilan local comporte toujours l'examen des aires ganglionnaires et du sein controlatéral tant au point de vue clinique que radiologique.

L'interrogatoire recherche des signes fonctionnels évocateurs de métastases : douleurs osseuse, dyspnée, point de coté thoracique, toux, douleur de l'hypochondre droit. (Hervé Mignotte, 2011, p55-59)

7. Le dépistage :

Selon l'OMS, le dépistage consiste à détecter à un stade précoce infra clinique (asymptomatique) une maladie pour permettre un diagnostic et une thérapeutique précoces dans le but d'améliorer le pronostic de la maladie l'état de santé des individus et de la population.

7.1 Examen de dépistage :

Lors de son rendez-vous, la femme est informée des modalités du dépistage organisé, de l'existence de la deuxième lecture au centre de coordination et des conséquences possibles du dépistage. Elle donne les coordonnées des médecins qu'elle souhaite informer du résultat, médecin traitant et(ou gynécologue).

Elle est interrogée sur sa dernière mammographie, sur ses antécédents de chirurgie mammaire, ses antécédents familiaux de cancer, sur la prise d'un traitement hormonal substitutif. Ces informations sont reportées sur un document type nommé fiche d'interprétation, transmis au centre de coordination avec l'ensemble des examens réalisés.

7.2 La mammographie de dépistage :

Organisé comporte deux incidences par sein, une face et une oblique externe et toute incidences complémentaire jugée nécessaire pour différencier une anomalie réelle d'une image construite ou pour dissocier les contours d'une anomalie de superposition pour le gros volume mammaires, elle comporte également l'utilisation d'un Potter 24*30 ou un tirage sur film 25*30 pour les mammographies numériques.

Le radiologue réalise un examen clinique des seins à la recherche de symptômes et fin d'éliminer toute anomalie palpable évidente sans traduction mammographie. (H.M, 2011, P29, 35)

8. Traitement du cancer de sein :

8.1 Chirurgie :

Mammectomie radicale : enlevant en bloc le sein, les muscles pectoraux, le tissu cellule-ganglionnaire de l'aisselle, abandonnée pratiquement actuellement car très mutilantes, sources de gros bras et de problème cicatrisation (intervention de Halsted).

Mammectomie radicale modifiée : avec curage axillaire conservant le pectoral (patey) sur les tumeurs supérieurs ou égales à 3cm de multifocale on résection non in sana.

Chirurgie limitée (quadrantectomie, tumorectomie) associée en règle à un curage limité axillaire qui nécessite une radiothérapie complémentaire. (Seddik.Kh, 2009, P8-9).

8.2 La radiothérapie :

C'est une arme qui permet un traitement local régional, elle vient après la chirurgie. Ce traitement utilise des rayons à haute énergie pour détruire les cellules tumorales et les empêche de se multiplier. **(Benzidane. N, 2004, P17).**

8.2.1 On distingue deux types de radiothérapie :

Radiothérapie interne :

Radiothérapie où l'on emploie une substance radioactive que l'on implante dans le corps près de la région à traiter

La curiethérapie :

Est administrée par l'introduction de sources radioactives dans une cavité, à l'intérieur même des tissus tumoraux ou même par l'utilisation de comprimés ou injection de substances actives **(Pierre Gauthier, 2009, P19-27).**

8.3 Hormonothérapie :

Cette méthode thérapeutique consiste à bloquer la production ou l'action de certaines hormones naturellement produites par l'organisme, et connues pour favoriser la croissance du cancer. Dans le cancer du sein, l'hormonothérapie consiste à bloquer l'action des œstrogènes produits par les ovaires, qui stimulent la croissance des cellules cancéreuses.

8.3.1 L'hormonothérapie du cancer du sein peut avoir deux objectifs :

Réduire le risque de rechute du cancer, ou faciliter son traitement lorsqu'elle est prescrite avant une chirurgie ou une radiothérapie dans le but de diminuer la taille de la tumeur.

8.4 La chimiothérapie :

La chimiothérapie de référence chez les femmes non ménopausées utilise le schéma classique actuel FAC ou FEC, ou le schémancien CMF. Une chimiothérapie adjuvante est parfois utilisée chez la femme de moins de 60 ans qui le tolère et est RE négatif.

Les agents les plus utilisés sont la vincristine, le 5-FU, la cyclophosphamide, le méthotrexate, la vinorelbine, les taxoides et les anathracyclines qui sont les plus actives (adriamycine, novantrone, mitoxantrone) mais qui exposent à une toxicité cardiaque cumulative.

Elle est utilisée sous forme de cycles de poly-chimiothérapie dans trois circonstances.

A titre adjuvant pour diminuer la fréquence des métastases, ou elle n'a démontré son efficacité que chez les femmes pré-ménopausées ayant un envahissement axillaire.

Tumeur très évoluée localement, en particulier tumeurs en pause évolutive ou elle a permis d'améliorer la survie (30-40%) en étant utilisée d'emblée suivie du traitement locorégional (indication dite né-adjuvante).

Cancer métastasé ou les taux de réponse sont de l'ordre de 50 à 60% ou elle a permis d'augmenter la survie (médiane un peu inférieure à 2 ans) sans permettre de réelles guérisons, place des astéroïdes en deuxième ligne, parfois du platine. La chimiothérapie n'améliore pas le pronostic à long terme mais retarde surtout la survenue des métastases. **(Daly, W, Schweitzer, 2008).**

1. L'annonce de diagnostic et le traitement :

Le choc lié au diagnostic et le déroulement des différents traitements vont ainsi renvoyer la femme à sa situation de malade et de la confronté à la peur de la mort. De plus, cette situation de passivité engendrée par le cancer de la maladie et de ses traitements va susciter bien souvent un retour sur soi, un retour à l'histoire personnelle et familiale, une tendance à l'isolement.

Mais le cancer renvoie également aux deuils non faits et aux pertes traumatiques. C'est dans ce même mouvement que la patiente s'interroge sur les origines de son cancer et sur sa signification, «il est apparu un an après la mort de ma mère il est apparu là où j'ai eu un abcès quand je n'arrivais pas à allaiter mon fils».

Sont des phrases que l'on entend en consultation et qui illustrent les tentatives de certaines patientes pour mettre du sens à l'intérieur de ce chaos. Chaos qui entre en renonce avec des blessures antérieurs, des conflits familiaux non résolus, des pertes et des deuils qui ont jalonné l'existence.

Les angoisses archaïques affleurent sous la forme de rêves, ou d'autres formations imaginaires mais aussi dans les actes et les comportements sous la forme de trouble de l'humeur.

Ainsi, une patiente justifiera son agressivité à l'égard des infirmières comme du cancérologues, en rapportant qu'elle a vécu l'annonce de son cancer dans le brouillard, figée sans penser, puis qu'elle a ressenti l'équipe soignante comme l'image d'une intrusion persécutrice dans son corps et son esprit (www.enropadonna.fr).

2. Réaction de la famille :

L'annonce d'une maladie grave provoque une onde de choc qui frappe tous les proches.

Malgré, les proches sont toujours impliqués dans l'histoire de la maladie qui vient bouleversé l'équilibre familial et les rapports de force. La maladie inflige une profonde blessure narcissique au malade, mais elle réalise aussi un traumatisme psychique chez chacun des proches, en fonction du lien qui les unit au patient (conjoint, enfants, parents...) et de leur histoire personnelle.

La maladie intervient comme une crise qui vient exacerber les conflits et les rivalités familiales, amplifiant les sentiments de culpabilité ou de dette, les attitudes de soumission ou d'agressivité. Elle fait voler en éclats les points de repères relationnels.

Toute famille fonctionne comme un système régi par des lois qui lui sont propres et qui définissent la place de chacun et les échanges entre les membres, dans un étayage mutuel (**Isabelle Moley-Massol, 2005, P5**).

3. Aspects psychologique après l'annonce :

L'évidence de la vie ne va plus de soi dès lorsque le médecin à prononcer le mot «cancer» «tumeur» ou «leucémie». Les paroles des malades témoignent de l'empreinte que laisse, jusque dans les profondeurs de la psyché, la parole médicale liée à l'annonce, la récurrence ou l'évolution péjorative.

L'expérience émotionnelle est d'une extrême violence car l'impact du cancer dans le corps fissure l'image de soi devant le miroir. La pensée, jadis tremplin de l'élan vital, est également ébranlée dans ses certitudes. En effet, le cancer dans son évolution péjorative ou même sa rémission, met en danger les repères que s'est construit la psyché sur le fil du temps, le futur s'écoule, le passé est résolu et le présent est impensable.

Epreuve du doute, le cancer entraîne une variété d'attitudes intrapsychiques conscientes et inconscientes et qui atteste de la qualité de la mobilité psychique tout en révélant le sens du travail intérieur de celui ou celle qui traverse cette épreuve.

La violence des sentiments et le poids des mécanismes de défense sont des repères, des balises pour traverser sans trop de mal épreuve de la maladie qui a modifié le cours des choses de la vie d'un point de vue objectif et subjectif.

L'absence d'affects ou l'enlèvement de ceux-ci, ou encore l'aspect figé des mécanismes de défense doit nous interpeller. Il est important de les repérer du fait du risque pour le patient d'évoluer dans des modes de fonctionnement plus archaïques.

Les anxiétés et les angoisses dépressives ne manquent d'émerger car le cancer est une expérience d'effondrement psychique dans laquelle la question de l'existence même se pose il Ya une difficulté, voire une impossibilité d'entendre d'où le rejet des affects avant même qu'ils ne se soient présentés dans la psyché qui s'enferme alors dans le déni, c'est parce que l'angoisse dépressive du cancer est vécue comme une amputation d'une partie de soi que peut s'installer un clivage.

Celui-ci représente un mode de fonctionnement à soi et à l'autre, le temps nécessaire pour assimiler les informations médicales. Si l'angoisse dépressive n'envahit pas tout le champ de la psyché alors l'expérience d'effondrement peut se muer en un travail psychique qui s'ouvre vers des possibilités de retrouvailles de soi à soi, puis de soi à l'autre (**Guillemette Laval, 2003, P11, 12**).

4. L'image du corps pendant le traitement :

Le cancer et les traitements qui lui sont associés sont le plus souvent agressifs pour le corps et peuvent en modifier l'apparence. On peut dénombrer un certain nombre de conséquences sur l'apparence : la perte d'une partie du corps (ablation, amputation), les cicatrices, la défiguration, l'ajustement aux prothèses, la limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche), voire les effets secondaires de certains traitements (perte des cheveux, décoloration de la peau).

Ces modifications et altérations, permanente ou temporaires, peuvent avoir des conséquences psychosociales particulièrement négatives : anxiété, symptômes dépressifs, baisse de l'estime de soi, sentiment d'une perte de contrôle de son corps, perte de la capacité de séduction. De même, on peut constater que plus l'investissement des individus sera important vis à vis de leur apparence, plus ils expérimenteront de détresse. Le souci de l'apparence s'inscrit dans cette interrogation. Toutefois, le terme «apparence» est à bien des égards trop flou et occulte la dynamique psycho-sociologie en jeu dans la perception que les individus ont de leur corps.

Le recours au concept d'image corporelle peut nous aider à appréhender et à articuler le processus par lequel les patients donnent sens à leur expérience corporelle, aux altérations et modifications physique auxquelles ils peuvent être confrontés. **(Patrick Ben Soussan, Eric Dudoit, 2009, P98).**

5. Qualité de vie des patients cancéreux :

Les femmes touchées par un cancer de sein estiment que leur vie a changé depuis l'annonce du diagnostic et, s'il leur est logiquement impossible de faire pleinement abstraction du cancer dont elles souffrent et de la peur de la mort, les patients s'efforcent de choisir de leur esprit les idées liées à la peur de la récurrence et de la souffrance.

La qualité de vie pourrait comprendre aussi le niveau de revenu, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé sociaux, environnementaux, économique...etc., dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie d'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrances physiques et psychiques. De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie.

Ainsi, le fait de vivre une expérience négative peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il a évalué sa qualité de vie. **(Fisher.GN, 2002, P283).**

6. Réactions pathologiques :

La psychoncologie, en étudiant de façon scientifique et indépendante, les réactions du malade face à l'annonce du diagnostic, a permis d'identifier un certain nombre de situations pathologiques, pour lesquelles l'aide d'un psychiatre et d'une équipe de soutien psychologique était nécessaire.

1. Les troubles de l'adaptation :

Les troubles de l'adaptation sont fréquents (environ 30% des malades) et traduisant une réaction non adaptée au stress que constitue l'annonce du cancer ils ont souvent une durée courte (quelque mois).

Les symptômes observés sont des manifestations anxieuses ou dépressives (le plus souvent mondées), des troubles relationnels (irritabilité, conflits) des troubles de conduite (refus de traitement), des préoccupations corporelles excessives, des difficultés de réinsertion.

2. Le risque suicidaire :

Les tentatives de suicide sont rares, en nombre peu différent du taux observé dans la population non cancéreuse.

Les facteurs influençant ces tentatives sont l'âge, le stade avancé, le mauvais pronostic, un mauvais contrôle de la douleur, l'isolement psychologique, des antécédents familiaux de suicide.

3. Les syndromes dépressifs :

La dépression du malade cancéreux est fréquente et souvent inconnue. On estime son incidence à 15% à 25% des malades cancéreux. La tristesse, le deuil sont des réactions immédiates normales lorsqu'une personne doit faire face au cancer.

Mais il faut distinguer les réactions normales des réactions dépressives.

En effet, la dépression aura rapidement une répercussion importante sur la qualité de la vie des malades.

(F.Heron, 2003 ,P8, 9).

7. Aspect psychologique de la mammectomie :

Dans notre culture occidentale, le sein symbolique de la féminité dans la double perspective de la sexualité et de la reproduction, mais la valeur de cet organe dépasse le cadre fonctionnel et comporte des aspects de séduction et d'esthétique largement exploités par le mass média, la mode et la publicité.

De ce fait, il est important de porter une attention particulière aux réactions affectives de la femme mammectomie même, dans un cas bénin, puisque une atteinte à son identité de femme. Cette démarche psychologique est d'autant plus complexe qu'elle se déroule dans le cadre d'une maladie grave avec toute la signification implicite du cancer.

La perspective de l'opération réveille des craintes irrationnelles et anciennes liées au thème de la castration et du morcellement et si la femme est maintenue dans l'ignorance de l'ablation, le réveil est souvent pénible, voir bouleversant. Seules quelques malades très passives se réfugient dans une dépendance, aveugle et préfère ne rien savoir. Au réveil, la perte appréhendée reste à vivre.

Toutes ces femmes craignent de voir la cicatrice, quelques-unes s'y refusent désirant en prendre connaissance petit à petit à la maison.

Les séquelles de la mammectomie dépendent de l'entendue de l'intervention. Après l'opération, les longs traitements ambulatoires (radiothérapie, chimiothérapie, physiothérapie), soulignent à la fois la dépendance médical, le handicap et la menace récidive. On assiste pendant cette période à des mécanismes dépressifs, mais surtout à des problèmes qui ont été abordés dans le chapitre sur les maladies invalidantes : deuil à faire, réadaptation, difficulté d'intégrer un corps amputé. (**A. Haynal, w, Archinard, 1997**).

8. Prise en charge psychologique des patients cancéreux :

L'annonce du diagnostic, la prise en charge thérapeutique conduisent le patient à prendre conscience de sa maladie. Le médecin doit l'aider à s'adapter à ce choc physique et psychologique qui peut le conduire à s'interroger sur sa situation existentielle.

Il faut savoir reconnaître ses difficultés derrière les mécanismes de défense que peut développer le patient : le déplacement de son angoisse sur un autre sujet, le marchandage, la négociation, le refus total du traitement, le déni de la maladie, la contestation, l'agressivité, la colère, la révolte, la sublimation et l'extrême combativité, la crise d'angoisse, la tristesse, la passivité, la régression, la dépression.

A la fin du traitement, les réactions sont variables, parfois ambivalentes, certains vont redouter ce qu'ils considèrent comme un abandon de l'équipe médicale spécialisée qu'ils vont voir moins souvent, d'autres seront soulagés.

La consultation de fin de traitement est importante. Elle permet de repérer ce qui n'a pas encore été dit, ce qui a été mal compris, de faire le point sur le vécu et sur l'avenir. On doit y parler de la surveillance post-thérapeutique, définir un calendrier précis et, en respectant chaque personnalité, en définir l'intérêt pour le patient. Le mensonge, à ce moment-là comme durant toute la relation patient-médecin, ne favorise pas l'adaptation du patient et risque, d'autre part, de compromettre la relation de confiance lorsqu'un événement viendra contredire ce qui a été dit. Le choix des mots est important pour ne pas nier les risques d'une rechute sans choquer.

Il ne faut pas surestimer les capacités d'adaptation du patient et savoir attendre ses interrogations. Certains conseillent, si cela est demandé, de quantifier ce risque, de façon acceptable, en le comparant à risque de cette

surveillance sont précisées. La discussion peut porter sur certains examens que le médecin soit inutiles, par leur fréquence ou leur réalisation même.

Le médecin généraliste qui connaissait le patient avant la maladie à une part importante dans cette étape : recueil des doléances,(décryptage), etc. le recours à des spécialistes(psychologue, psychiatres) peut être utile, mais ne doit pas remplacer le dialogue que le patient souhaite avec son thérapeute.

Les échanges avec la famille ne doivent pas être oubliés car ils permettent d'identifier sa souffrance, ses interrogations, d'encourager les projets post-sensibles, de préparer les situations difficiles.

Un contact avec des associations d'anciens malades peut être utile au patient, il doit lui être proposé. **(E.Fondrinier, D.Pezet, Gamelin, 2003, P15, 16).**

Conclusion :

Pour conclure nous avons vu qu'il existait de nombreux traitements traditionnels dont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie qui sont les plus connues. Ces traitements on évolué grâce aux innovations du XXIème siècle car ils ont ainsi donné naissance a des traitements innovants. De plus, nous avons relevé une certaine diminution des effets secondaires. Ces évolutions on permit à toutes ces femmes atteintes du cancer du sein de se sentir non seulement mieux dans leur peau mais également d'avoir une espérance de vie plus longue.

Préambule :

La survenue d'un cancer entraîne bien souvent des troubles psychologiques, se sont l'anxiété et la dépression qui prédominent : anxiété de l'avenir avec une rechute toujours possible, dépression consécutive au poids de la maladie, à la détérioration de l'image de soi.

L'anxiété est une émotion qui se manifeste par des phénomènes physiques et psychiques, elle est souvent associée à d'autres émotions comme la peur, le trac et le stress.

La dépression est une condition émotionnelle est caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse.

1. Définition de l'anxiété :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

«Il s'agit d'un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement».

Gray définit l'anxiété comme un état du système nerveux conceptuel ou central caractérisé par une activité du système comportemental inhibiteur. Il attribue l'anxiété pathologique à l'hyper activité du système inhibiteur de l'action présente quand le coping de fuite et d'évitement n'est pas efficace pour résoudre la transaction stressante.

L'anxiété se confond ici avec le concept de stress et prend tout sens dans les confrontations stressantes. (**Graziani P.2003, P12-13**).

2. L'anxiété : du normal au pathologique :

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologies, psychologiques, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense.

L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance.

A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant.

3. Les causes de l'anxiété :

Il n'y a pas de cause unique qui explique le développement et l'apparition de problème anxieux.

On considère qu'il existe une interaction entre des facteurs prédisposant, participants et d'entretien(ou de maintien). Des facteurs prédisposant se définissent comme des caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un trouble anxieux.

Ces caractéristiques ne causent pas directement le problème anxieux : certains individus peuvent en effet présenter tous ces facteurs sans développer de trouble, tandis que d'autres personnes, par contre, développent un trouble anxieux sans que l'on le trouve de facteurs prédisposant. Ainsi, la présence d'un ou plusieurs de ces facteurs chez une personne ne constitue pas un gage de développement du trouble, mais augmente le risque qu'elle en soit affectée.

En général, les éléments prédisposant des différents troubles anxieux sont les suivants : une vulnérabilité biologique, influence du milieu familial, certains traits de la personnalité des stressors importants ou chroniques durant l'enfance.

Les facteurs participants peuvent prendre la forme d'un traumatisme d'un stressor psychosocial ou d'un stressor chronique. Par exemple, il peut s'agir de causes physiques réelles).

Très souvent, ces facteurs déclenchant ont un impact important parce qu'ils surviennent au moment où la personne est à la limite de ses ressources d'adaptation.

Il y a également le stressor psychosocial qui précipitent souvent la première manifestation anxieuse anormale (divorce, mort ou maladie d'un proche, perte d'emploi, déménagement).

Les stressors chroniques ont plus de chances de déclencher des manifestations anxieuses anormales ou disproportionnées quand l'individu est constamment anxieux et un peu dépressif et quand il vit un stress majeur qui dure depuis longtemps et qui affecte son fonctionnement.

4. Les différents troubles anxieux :

Examinant brièvement les différentes manifestations de l'anxiété «pathologie».

Les principaux troubles anxieux que l'on distingue aujourd'hui sont la phobie spécifique, la phobie sociale, le troubles panique sans agoraphobie, le troubles panique ave agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post traumatique et le trouble d'anxiété généralisé.

5. Troubles anxieux selon le DSM-IV-TR :

5.1. Trouble panique :

Est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminent.

Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensation d'étranglement ou des impression d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

5.2. Phobies spécifiques :

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

5.3. Agoraphobie :

Est une anxiété liée à, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels

aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

5.4 Anxiété sociale (phobie sociale) :

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

5.5 Trouble obsessionnel compulsif :

Est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

5.6 Anxiété généralisée :

Est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et des soucis ayant une persistants et excessifs.

Bien que les sujets ayant une anxiété généralisée ne puissent pas toujours identifier les soucis comme « excessifs », ils font état d'une souffrance subjective due à une préoccupation constante.

5.7 Stress post-traumatique :

Est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

5.8 Stress aigu :

Il est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

5.9 Trouble anxieux dû à une affection médicale :

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

5.10 Trouble anxieux induit par une substance :

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

5.11 Trouble anxieux non spécifié :

Cette catégorie comprend des troubles caractérisés par une anxiété ou un événement phobique prononcés qui ne remplissent pas les critères d'un trouble anxieux spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive.

(MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, 2005, pp. 462-52).

6. Types d'anxiété :**6.1 Anxiété légère :**

Perception et attention redoublées, la personne est sur le qui-vive, elle est capable d'affronter les situations difficiles, elle peut intégrer des expériences passées est présente et anticipé l'avenir, elle se sert de ses connaissances ; elle est capable de confirmé ses intuitions auprès des autres et de trouver des significations, elle est curieuse et persiste a posé des questions, elle dort mal.

6.2 Anxiété modérée :

Le champ de perception se rétrécit ; son inattention est sélective mais la personne est capable d'orienter son attention, légères difficultés à se concentré ; l'apprentissage demande plus d'effort, les expériences

présentes sont vus à travers celles du passé, la personne peut ne pas remarquer ce qui se passe autour d'elle ; elle a de la difficulté à s'adapter et a analysé.

La voix change et elle devient plus aigüe les fréquences respiratoire et cardiaque augmentent, la personne est secouée de frisson et de tremblement.

6.3Anxiété grave :

Perception est considérablement réduit ; la personne ne voit que des détails épars et ne peut rien assimiler de plus, même quand on ne le lui demande.

La capacité d'apprentissage est sérieusement entravée ; la personne est distraite par des riens et incapable de se concentré. Les expériences présentes sont vues à travers celles du passé ; elle est à peu près incapable de comprendre la situation actuelle.

Elle s'acquitte mal de ses taches et ses messages sont difficiles à comprendre, elle présente une hyperventilation, de la tachycardie, des céphalées, des étourdissements, des nausées.(Lynda, JuallCARPENITO,1997, P39).

7. Les symptômes de l'anxiété :

On peut classer les manifestations de l'anxiété en quatre catégories : Les symptômes affectifs, physiologiques, comportementaux et cognitifs. Les gens qui ont développé un trouble anxieux ressentent une variété de symptôme à chacune de ces catégories.

Très souvent, l'individu et le professionnel centrent leur attention sur les symptômes physique et oublient les autres, comme les symptômes cognitifs et comportementaux.

Cette attitude risque de porter préjudice un individu. Sommairement, il existe des symptômes affectifs comme l'anxiété, l'inquiétude, la peur, la appréhension ou l'impression du danger immédiat, des sensations d'être tendu oppressé, les sensations d'irritabilité, etc. ; les symptômes physiologique se traduisent par des étourdissements, des palpitations, des serremments dans la poitrine, les difficultés à respirer, des engourdissements, une boule dans la gorge, des céphalées, etc. ; sur le plan cognitif, la personne peut souffrir d'un trouble de l'attention, d'un trouble de la concentration, ou encore elle peut éprouver des peurs diverses telles que celles de devenir fou, de perdre le contrôle, de s'évanouir, d'avoir une crise cardiaque etc. ; les symptômes comportementaux se présentent comme une attitude crispée, des mouvements stéréotypés, de l'agitation, des tremblements des extrémités, de l'évitement, etc. évidemment ces symptômes ne sont pas nécessairement tous présents au même temps, ni dans chacun des troubles anxieux. En fait, un individu ressentira quelques-uns à la fois et certains symptômes sont typiques de troubles particuliers.

8. Personnalité anxieuse :

Parfois, l'anxiété n'est plus seulement réactionnelle face à des difficultés quotidiennes, mais devient un trait de personnalité, une façon d'être : la personne a alors une vision du monde marquée par l'anxiété, prévoyant toujours le pire, de manière consciente ou non.

Ainsi les personnalités anxieuses sont dans l'anticipation constante : « que va-t-il se passer ensuite ? ».

Ces personnes ont tendance à toujours penser que le pire est probable ou du moins plausible et s'entourent alors d'un maximum de précaution pour éviter les difficultés auxquelles elles ont songé. Le moindre événement quotidien peut ainsi devenir une affaire compliquée.

9. Quelle est la différence entre le stress, l'anxiété et la peur :

L'anxiété défini un état d'inquiétude psychique ressenti par l'individu. Chez certains, il s'agit d'un état psychique permanent qui va « user » progressivement l'individu.

L'anxiété partage les mêmes caractéristiques symptomatiques que le stress : agitation, trouble, boule dans la gorge, oppression thoracique, etc. l'anxiété est donc une émotion et non une situation qui nécessite une adaptation, comme l'or de stress.

Quant à la peur, il s'agit d'un phénomène psychologique qui se manifeste par une émotion forte et qui accompagne la prise de conscience d'un danger ou d'une menace, réelle ou imaginaire.

La peur et l'anxiété sont présentent dans nombre de stress.

(Daniel Gloaguen, 2005, P90).

10. Le traitement des troubles anxieux :

Il existe maintenant des interventions psychologiques (et pharmacologiques) efficaces pour les troubles anxieux des progrès immenses ont été réalisés dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux à la cour des vingt dernières années.

Parmi ces interventions, les thérapies cognitives et comportementales se démarquent de façon importante et elles ont connues un essor remarquable. La thérapie cognitive et comportementale peut se définir comme l'application clinique de l'ensemble des connaissances acquise à partir des principes dérivé de la recherche scientifique sur les facteurs déterminant des comportements humains.

La thérapie cognitivo-comportemental met également l'accent sur l'évaluation empirique de l'efficacité de l'intervention. Elle prend ses

sources dans un ensemble de données scientifique qui lui permettent d'élaboré et de validé ses interventions.

Cette approche se caractérise par une façon d'abordé les problèmes psychologiques et leur traitement on se basant sur l'analyse des conditions qui déterminent et maintiennent des comportements (analyse fonctionnelle), autant que dans l'environnement externe qu'interne (cognition, affecte, comportements physiologiques).

Actuellement, la thérapie cognitive et comportemental est la seule approche psychothérapeutique dont l'efficacité a été validée de façon rigoureuse par la recherche scientifique on ce qui concerne le traitement des troubles anxieux.

Elle diffère sensiblement des autres formes de thérapies en ce qu'elle se centre sur la nature des problèmes psychologique plutôt que sur une théorie ou sur une méthode, accorde une grande importance aux méthodes et processus d'évaluation des clients et de l'intervention, utilise des techniques précises qui ont été développées empiriquement, vise directement le soulagement des difficultés.

(Robert, L, André, Jean-Marie, 1999, p3-5).

11. La prise en charge des sujets anxieux :

11.1. La prise en charge non médicamenteuse :

Le but de cette prise en charge est de remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques, cognitive comportementales plus efficaces à réduire.

Trois méthodes peuvent alors être proposées :

11.1.1 La relaxation :

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate.

Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété. (PALAZZOLO, J., 2007, p.67).

11.1.2 Les thérapies cognitives :

Elle consiste à mettre en évidence les pensées automatiques dysfonctionnelles traduisant des croyances erronées et à les modifier par des pensées et des postulats plus adaptés.

Elle s'applique à tous les troubles anxieux.

(DOMINIQUE, S, 2012, p.34).

11.1.3 Le changement des comportements :

Il existe dans l'anxiété une composante comportementale décrite comme une réponse de fuite (évitement) ou de combat en fonction des individus.

Les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et un entraînement à l'affirmation de soi.

L'entraînement à l'affirmation de soi utilise des techniques dans le but de faire acquérir au sujet un comportement affirmé qui, s'oppose aux comportements passif, agressif et inadéquat.

(PALAZZOLO, J., 2007, p. 70).

11.2 La prise en charge médicamenteuse :

11.2.1 Les benzodiazépines :

Les benzodiazépines sont un groupe de médicament fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux.

Elles se fixent sélectivement sur les récepteur GABA au niveau d'un site de liaison qui leur est propre.

Ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibiteur.

Elles ont un effet sédatif, myorelaxant, anticonvulsivant. Elles entravent par ailleurs la coordination motrice.

Les crises d'anxiété aiguë peuvent justifier une benzodiazépine par voie injectable.

11.2.2 L'hydroxyzine (Atarax) :

Indiquée dans le traitement de l'anxiété, elle agit sur les récepteurs histaminergiques H1.

Parfois utilisée en prémédication sédatrice (anesthésie).

Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales.

Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente.

11.2.3 La buspirone (Busper) :

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée.

Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2à4 semaines).

Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool.

Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage.

Ce médicament est généralement bien toléré.

11.2.4 Les Etifoxine (Stresam) :

L'Etifoxine est indiqués dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie).

Elle l'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond.

L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative.

(PALAZZOLO, J., 2007, p.73).

11.2.5 Les carbamates :

Les carbamates ont 03 propriétés ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants. Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatif (anesthésie) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus.

C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique.

Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique.

11.2.6 Les antidépresseurs tricycliques :

Bien que ces médicaments aient été d'abord utilisés pour le traitement de dépression, certains sont aussi efficaces dans le traitement des attaques de panique.

La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire également les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC.

Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet.

Malheureusement, ils comportent de nombreux effets secondaires, ce qui explique qu'aujourd'hui ils sont de moins prescrit.

Les principaux effets indésirables sont une prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche et une atteinte des fonctions sexuelles. (PALAZZOLO, J, 2007, p. 74).

Conclusion :

Le contrôle de l'anxiété et du stress passe par le contrôle de nos perceptions face à nous-même et face aux événements.

Agissez lorsque vos pensées et vos attitudes provoquent de l'anxiété et des émotions négatives.

Préambule :

D'après la présentation des deux chapitres théoriques de notre recherche, ce chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche ainsi que les outils d'investigation, le lieu de recherche et la population sur laquelle a porté notre enquête.

1. Pré enquête :

La pré enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits, afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête.

On a effectué notre pré enquête au niveau de CHU KHELIL AMRANE de Bejaia au service imagerie médicale dans le but d'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et de guide d'entretien et découvrir notre échantillon que nous avons abordé «les femmes qui vont faire les investigations préventives du cancer du sein »

Nous avons effectué deux entretiens avec deux sujets afin de collecter plus d'informations sur notre sujet de recherche. En effet, on a réalisé notre pré enquête sur deux femmes présentent dans le service d'imagerie médicale qui sont venu faire la mammographie pour la première fois, Nabila âgée de 42 ans et Linda âgée de 38 ans, toute les deux c'est des femmes mariées et femmes au foyer. Nabila est mère de cinq enfant c'est son médecin gynécologue qui l'a envoyée faire le dépistage du cancer du sein, et Linda a quatre enfants et c'est elle qui est venue avec sa propre volonté pour faire la mammographie parce que elle a des douleurs au niveau de son sein gauche.

On a interrogées ces deux femmes sur leur états de santé actuelle et leur antécédent familiaux sur le cancer du sein et aussi si elle éprouvées de la peur ou le stress pour ce dépistage elles ont répondu que oui elles sont stressées a l'idée d'être diagnostiqué porteuse du cancer du sein.

A l'aide de ces deux femmes, on a pu collecter le maximum d'informations pour construire notre guide d'entretien et continuer notre recherche sur l'anxiété des investigations préventives du cancer du sein chez la femme.

2. Les méthodes utilisées :

2.1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information, il s'agit d'un dispositif par laquelle une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de la personne B.

L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principale (étude d'action passées, de savoir sociaux, des systèmes de valeurs et normes.etc). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structure discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication) **(Benony H, Chahraoui k, 2003, p64)**

2.1.1. L'entretien semi-directif :

L'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle su sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique.

Entretien semi-directive, le chercheur dispose d'un guide d'entretien préparer à l'avance mais non formuler d'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. **(Benony H, Chahraoui k, 2003, p65)**

2.1.2. Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, selon Blanchet. A : « il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer »

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend ainsi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur maîtrise son thème (**Fernandez L, Catteew M, 2001, P77**)

2.2. Questionnaire d'auto-évaluation de C. D. SPIELBERGER et Al (Inventaire d'anxiété Etat-Trait / Forme Y-A) :

❖ Description et application de l'inventaire d'anxiété état trait (STAI)

Le STAI (state-Trait Anventory) a été très largement utilisé dans la recherche et dans la pratique cliniques. Il comprend des échelles distinctes pour évaluer l'état (STAI -forme Y-A) et le trait (STAI –forme A-B).

L'échelle d'anxiété –E comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent " A L' INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT". L'Echelle d'Anxiété –T comprend vingt propositions permettant de saisir ce que les sujets ressentent "GENERALEMENT". Ces deux échelles sont imprimées au recto et au verso de la même feuille de réponses (page A : Anxiété-E, page B : Anxiété-T).

En accord avec la définition de l'état de l'anxiété données plus haut, l'Echelle de l'Anxiété-E(Etat) permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude. Les scores AE s'élèvent face à un danger physique ou à un stress psychologique et diminuent en réponse à une séance de relaxation : l'Echelle d'Anxiété – E est un indicateur sensible des modifications transitoires de l'anxiété induites par diverses psychothérapies.

Elle a aussi été utilisée dans des contextes stressants (artificiels ou réels).

❖ Administration

Le STAI est destiné à l'auto-administration et peut être rempli individuellement ou en groupe. Le temps n'est pas limité. Les étudiants mettent en moyenne 6 minutes pour remplir soit l'échelle de l'Anxiété-E, soit l'Echelle de l'Anxiété-T, et 10 minutes environ pour remplir les deux. Des sujets de niveau socioculturel peu élevé ou émotionnellement perturbés peuvent mettre jusqu'à 20 minutes (pour répondre aux deux échelles).

Les instructions complètes sont imprimées sur la feuille de réponses pour les Echelles d'Anxiété-E et d'Anxiété-T. Il est crucial pour la validité de l'Inventaire que le sujet ait clairement compris les instructions. Pour l'Echelle d'Anxiété-E, on lui demande de rapporter ce qu'il ressent " A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT ", pour l'Echelle de l'Anxiété-T, ce qu'il ressent " Généralement " l'examineur doit souligner que les instructions diffèrent d'une partie à l'autre et que le sujet devra lire à chaque fois les instructions avec soin.

En répondant à l'Echelle d'Anxiété-E, les sujets doivent entourer d'un cercle l'un des points situés à droite en choisissant la réponse qui correspond le mieux à l'intensité de ce qu'il ressentent sur l'Echelle suivante en quatre points :

Non – plutôt non – plutôt oui – oui

En répondant à l'Echelle d'Anxiété-T, les sujets sont invités à indiquer ce qu'ils ressentent généralement en choisissant la réponse qui correspond le mieux à la fréquence de ce qu'ils éprouvent, sur l'échelle suivante en quatre points :

Presque jamais –parfois-souvent- presque toujours

❖ **Correction :**

Chaque réponse à un item du STAI correspond à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort. En plaçant le corrigé sur la page correspondante (corrigé A sur la page A pour l'échelle d'Anxiété-E, corrigé B sur la page B pour l'échelle d'Anxiété-T), on repère pour chaque item, à droite, le point entouré d'un cercle par le sujet, on aligne soigneusement le corrigé à côté des items. La réponse du sujet doit être confrontée au corrigé très soigneusement pour chaque item. Il y a deux cas

- Si le corrigé indique 1234, il s'agit d'un item exprimant la présence d'anxiété (ex : J'ai peur). Le sujet ayant entouré à droite l'un des quatre points (...), on comptera un score de 1 (si le premier point est entouré), ou de 2 (deuxième point), ou de 3 (troisième point) ou de 4 (quatrième point) conformément à la ligne correspondante du corrigé. Le correcteur écrit ce score dans le cercle tracé par le sujet.
- Si le corrigé indique 4321, il s'agit d'un item exprimant l'absence d'anxiété (ex : je me sens calme). Conformément à la ligne correspondante du corrigé, on écrira 4 (si le cercle tracé par le sujet entoure le premier point), ou 3 (deuxième point), ou 2 (troisième), ou 1 (quatrième) dans le cercle tracé par le sujet.
- Item exprimant la présence d'anxiété :

Echelle d'Anxiété-E : 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18

Echelle d'Anxiété-T : 22-24-25-28-29-31-32-35-37-38-40

- Item exprimant l'absence d'anxiété :

Echelle d'Anxiété-E :1-2-5-8-10-11-15-16-19-20-

Echelle d'Anxiété-T :21-23-26-27-30-33-34-36-39

La correction des deux échelles est identique , pour obtenir le score AE, on fait la somme des scores obtenus aux vingt items de la page A (item 1 à 20) puis on l'inscrit dans la case E en haut de la page A. pour le score AT, on fait la somme des scores obtenus aux vingt items de la page B (items 21 à 40), puis on l'inscrit dans la case T en haut à droite de la page A.

Ces scores varient de 20 (minimum) à 80 (maximum). Vérifier une seconde fois que le corrigé a été correctement placé à côté de la feuille de réponses, et que les scores à chaque item sont exacts. Vérifier aussi chacun des scores totaux.

Si un sujet a omis de répondre à un ou deux items, on peut, sans altérer significativement la validité des réponses, estimer le score total probable qu'il aurait obtenu s'il avait répondu aux vingt items, en faisant une règle de trois :

$$\left(\frac{\text{score sur 18 ou 19 items} \times 20}{18 \text{ ou } 19} \right)$$

18 ou 19

Arrondir au nombre entier juste supérieur.

❖ Les normes:

Degré d'anxiété	Normes
Très élevée	>À 65
Elevé	De 56 à 65
Moyenne	De 46 à 55
Faible	De 36 à 45
Très faible	≤ Ou = 35

3. La présentation du lieu du stage :

L'approche du terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique puisque elle constitue une base de données et d'information sur le sujet étudié. Et afin de réaliser cette étude et d'être en contact avec les femmes qui vont faire des investigations préventives du cancer du sein, nous avons effectué notre stage pratique et notre étude au sein du CHU KHELIL AMRANE de Bejaia au service d'imagerie médicale (IRM, TDM, Radiologie, Mammographie, Echographie), ce service a été inauguré par le wali de Bejaia le 6 février 2018, il se compose de :

- Deux médecins radiologues conventionnés ;
- Un médecin radiologue sur place ;
- Un coordinateur ;
- Deux chefs de services ;
- Six manipulatrices pour mammographies ;
- Deux manipulatrices IRM ;
- Trois manipulatrices pour le scanner.

4. La population d'étude :

Pour élaborer notre recherche, on a choisis huit (08) cas de femmes adultes âgées entre 29 et 54 ans, ces femmes sont issues de différents niveaux d'instruction et de différentes situations matrimoniales.

Tableau N°01 : tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude.

Sujet	âge	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Situation professionnel
Nadia	50 ans	mariée	primaire	Femme au foyer
Leila	54 ans	divorcée	lycée	Infirmière
kamilia	40 ans	mariée	universitaire	Fonctionnaire a la banque
Samira	29 ans	mariée	lycée	Secrétaire
Lynda	47 ans	mariée	universitaire	Fonctionnaire a la banque
Malika	48 ans	mariée	terminal	Femme au foyer
Sara	32 ans	mariée	universitaire	Cadre à la sonatrach
Cherifa	38 ans	mariée	universitaire	Enseignante

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche.

1. Présentation et analyse des résultats :**• Cas de kamilia**

Kamilia est une femme âgée de 40 ans, mariée, avec trois enfant qui a une formation en informatique, et qui travaille à la banque.

Le début du contact avec kamilia était superficiel, marqué par une froideur et de la distance de sa part. Mais au fur à mesure de l'entretien notre sujet commence à s'exprimer librement, elle nous a déclaré que c'est elle qui à décider de faire la mammographie « *je trouve que j'ai l'âge de faire la mammographie* », entre autre kamilia nous à informer que personne de sa famille n'est atteint du cancer du sein et qu'elle n'a aucune maladie grave « *hamdoulah j'ai aucune maladie, je suis en bonne santé* », et elle rajoute qu'elle n'a pas de douleurs au niveau de ses seins, « *Pour moi le mot cancer est une maladie grave qui mène à la mort* »

Kamilia nous à déclarer que si elle est diagnostiqué porteuse du cancer du sein elle va l'accepté.

Kamilia nous déclare que face à une situation gênante ou stressante elle reçoit la nouvelle et reste figée, mais la seule situation qui peut la stressée c'est voir quelqu'un de sa famille tomber malade, « *je ne peux pas voir mes enfants ou mes parents souffrir* ». Elle rajoute qu'elle se sent en sécurité dans sa vie tant qu'elle n'a pas de problèmes.

Elle nous a dit qu'elle est stressée au travail. Et rajoute qu'on ce moment-là elle se sent normal ni peur ni effrayée et elle a confiance en elle. Elle nous dit qu'elle regarde des documentaires sur le cancer pour mieux comprendre cette maladie.

A la fin de l'entretien notre sujet nous déclare qu'il faut juste croire en Dieu pour réaliser ses rêves et rien n'est impossible.

Analyse des résultats de l'échelle de cas de Kamilia :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de Kamilia a mis 10 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E Kamilia à une anxiété faible avec une note $T=37$ sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items 8, 10, 15, 20, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 1, 2, 5, 11, 16, 19, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 30.

Le sujet a répondu aux items expriment la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4

Pour les items 3, 4, 13, 14, 18, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 6, 7, 9, 12, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour litem 17, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Donc le score des résultats obtenu des items est de 28.

On a remarqué que le score des items exprimant l'absence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant la présence de l'anxiété, ce qui montre que KAMILIA est anxieuse vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

- **Cas de Nadia**

Nadia est une femme âgée de 50 ans, mariée, avec trois enfants, deux garçons et une fille. Son niveau d'instruction est 6^{ème} année primaire. Elle est femme au foyer.

Avant d'entamer l'entretien, nous avons remarqué que notre sujet est une personne réservée, elle avait le regard timide, elle était un peu gênée. Elle nous a déclaré qu'elle ne croit pas à la psychologie.

Nadia nous a dit que c'est elle qui a décidé de faire le dépistage du cancer de sein, « *oui c'est moi qui a décidée de faire la mammographie parce que j'ai l'âge de la faire, mais je l'ai déjà fait ya 25 ans de ça* », on lui a demandé pourquoi, Nadia nous déclare « *je l'ai fait par simple précaution* ».

Elle ajoute que personne de sa famille proche n'est atteint de maladie du cancer du sein, et qu'elle n'a aucune maladie chronique ou autre grave, « *ur s3igh ara yarlahlak* », « *je n'ai pas de maladie grave* ». Nadia affirme qu'elle n'a pas de douleurs au niveau de ses seins, « *ur s3igh ara laqrihgedmareniw* », « *je n'ai pas de douleurs au niveau de mes seins* ». Mais elle dit que le cancer du sein est une maladie maligne et mortelle, « *lahlak agui dakhabithyarnainaq* », « *cette maladie est maligne et mortelle* ». Elle nous déclare que s'ils lui annoncent qu'elle est diagnostiquée porteuse du cancer de sein elle va être choquée et bouleversée sur le moment, « *imirenniadkhal3agh, mais après oulachdachou ara khedmaghdelmakthouv* », « *sur le moment je vais être choquée et bouleversée, mais après je peux rien y faire c'est mon destin* ».

Elle rajoute qu'elle n'a pas peur d'une maladie grave, et qu'elle réagit face à une situation gênante avec du sang froid, elle dit : « *daryaw kan fitqalqagh, togadaghfellasen daya kan.* », « *je me soucis que de mes enfants, j'ai peur qu'il leur arrive quelque chose de mal, c'est tout* ».

Nadia nous affirme qu'elle n'est pas en sécurité, « *machi di lamaniligh tho3ar donnithkolechaghlay* », « *je ne me sens pas en sécurité, la vie est très dur, tout est cher* », elle dit qu'elle est passée par beaucoup de moments de stress

dans sa vie et elle fait référence au début de sa vie de couple avec sa belle-famille, « *thamgharthiw thu3ar yidi* », « *ma belle-mère est très dur envers moi* ».

Elle nous déclare qu'on ce moment-là elle se sent normal pas effrayé et des fois elle n'a pas confiance en elle, « *thikwalur s3igh ara laconfiancegel3amriw akhatar o3ren l3ivad* », « *des fois je n'ai pas confiance en moi, parce que les gens sont méchant* ».

Nadia nous dit qu'elle suit les programmes sur la télé et la radio à propos du cancer du sein pour mieux comprendre cette maladie. Elle rajoute, « *l'avenir urthvan ara yiwenuryella di laman* », « *pour moi l'avenir est flou, personne n'est à l'abri* », avec regard perplexe.

Analyse des résultats de l'échelle de cas Nadia :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de Nadia a mis 8 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E NADIA à une anxiété moyenne avec une note T=55 sur 80.

Le sujet a répondu aux items expriment la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 1, 2, 3, 4,

Pour les items 3, 4, 6, 12, 13 14, 18, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 7, 17, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Le score obtenu pour l'ensemble des items est de 23.

Le sujet a répondu aux items expriment l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est 26.

On a remarqué que le score des items exprimant l'absence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant la présence de l'anxiété ce qui montre que NADIA développe une anxiété moyenne avec un score de 55.

- **Cas Leila**

Leila est une femme âgée de 54 ans, divorcée, avec un garçon, elle est infirmière dans un hôpital.

Le contact avec Leila s'est fait d'une manière facile et spontanée, les conversations étaient riches. Elle nous a accordé son consentement pour participer à cette étude qu'elle trouve intéressante vu qu'elle est dans le domaine médical.

Leila nous raconte qu'elle a fait en 2008 une mammographie suite à une petite inflammation au niveau de son sein droit « *en 2008 j'ai découvert une boule de graisse au niveau de mon sein droit et il y avait un liquide marron qui coulé de mon mamelon après plusieurs analyses les médecins ont diagnostiqué non porteuse du cancer du sein, donc il m'a donné un traitement pour faire disparaître l'inflammation* », elle rajoute depuis cette date chaque deux ans Leila fait des investigations préventives du cancer du sein.

Leila nous confirme que personne de sa famille n'est atteint du cancer du sein ni du côté paternel ni du côté maternel.

Notre sujet montre des signes de stress en se rangeant ses angles et a tendance à trop parler et répéter ses idées.

Leila déclare avoir été opérée et a fait une hystérectomie suite à une hémorragie vaginale et ça était une période très difficile pour elle. Pour elle le mot cancer évoque le stress et l'angoisse « *comme je suis infirmière j'ai vu beaucoup de cas cancéreux j'ai fait 34 ans de service donc je ressens leur*

souffrance j'ai même développé une phobie pour le cancer du sein », et elle rajoute « si je suis atteinte du cancer du sein je vais être agitée, tombée en larme c'est sûr que je vais m'enfermé ».

Elle nous déclare qu'elle a peur d'une maladie grave *« j'ai peur d'être malade, parce que je suis dans un pays où il y n'a pas de soin ni de moyen j'ai même très peur »*. Leila nous rajoute que dans une situation gênante elle ne se contrôle pas *« je panique et je tombe en larme »*.

Pour Leilales situations qui peuvent la stressée c'est les maladies non diagnostiquées. Elle nous déclare aussi qu'elle ne se sent pas en sécurité *« je me sens pas en sécurité parce que j'ai vu des gens mourir sont être pris en charge par les médecins de notre pays, c'est vraiment affreux »*.

Leila nous raconte les moments de stress qu'elle a vécue au cours de sa vie *« toute ma vie c'est le stress, ma sœur est morte a 26 ans avant son mariage, après il y a eumon divorce je suis redevenu mère célibataire avec un enfant dans les bras ensuite mon père a fait une opération chirurgicale très lourde c'était vraiment un enfer pour moi »*. Elle rajoute *« je suis très paniqué et très stressé en ce moment, je me sens dans une zone d'insécurité et je n'ai pas confiance en moi ni en personne d'ailleurs, je suis une personne pessimiste et je suis très frustrée par cette vie »*

On a essayé de comprendre comment notre sujetprévoit son avenir elle nous reprend avec toute froideur : *« j'attends juste la mort »*. Leila nous déclare qu'elle prend un traitement anxiolytique pour ce calmé et dormir la nuit, *« je prends XOMIL pour calmé un peu mes nerfs et essayé de fermer l'œil la nuit »*.

Après notre entretien on a constaté que notre patiente est une personne anxieuse par rapport à son vécu et aussi par rapport à son traitement anxiolytique.

Analyse des résultats de l'échelle de cas LEILA :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de Nadia a mis 11 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E LEILA à une anxiété moyenne avec une note T= 53 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour les items 3, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, elle a répondu par (non) qui compte un score de (1).

Pour les items 4, 6, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 38.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 1, 2, 5, 11, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (4).

Pour les items 15, 16, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 34.

On a remarqué que le score des items exprimant la présence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant l'absence de l'anxiété ce qui montre que LEILA est inquiète et anxieuse vis-à-vis du cancer du sein.

• **Cas Samira**

Samira est une femme âgée de 23 ans, mariée, avec deux filles, son niveau d'instruction est première AS, elle est secrétaire.

Durant l'entretien, le contacte avec notre sujeta été un peu délicat car elle était nerveuse, mais avec notre encouragement on a pu parler avec elle.

Samira nous a affirmé qu'elle est venu faire la mammographie par sa propre volonté, « *s levghiinouidoussighardayi, s3igh leqrih d gadmarniw* », «

je suis venue ici par ma propre volonté parce que j'ai des douleurs au niveau de mes seins, surtout mon sein gauche ».

Elle rajoute « *le cancer du sein d yarlehlak, ama ara areslaghthetrohoyid lkhal3a direct , ttmaginighdlmoth* », « *le cancer du sein est une maladie grave , quand j'entends parlé de cette maladie j'ai la trouille j'imagine la mort* », on demande à une autre patiente si on lui annoncé qu'elle est atteinte du cancer du sein quelle serait sa réaction , notre sujet à commencer a pleuré à chaudes larmes, elle nous a révélé qu'elle était morte d'inquiétude et elle a peur d'être porteuse de cette maladie vue son jeune âge, on essayant de lui remonter le moral, on lui expliquant l'importance du dépistage.

Samira nous déclare qu'elle a peur d'être atteinte d'une maladie grave parce que pour elle les soins médicaux dans notre pays n'est pas très développé, « *les soins en Algérie ne sont pas assez développés et pour se soignés dans les pays étrangers ça nécessite une somme d'argent énorme* ».

Elle nous explique comment elle réagit face à une situation gênante elle dit : « *je suis une personne stressé et un peu nerveuse donc j'ai du mal à gérer un obstacle* », elle rajoute que les problèmes familiaux l'a stress, « *karhagh ades3ugh les problèmes goukhamiw* ».

Samira nous parle de la sécurité dans sa vie « *des fois je ne me sens pas en sécurité, surtout quand on entend parler des faits divers qui arrive dans notre époque* ».

Durant l'entretien nous avons constaté que notre sujet à une peur pour le dépistage, elle nous redit à chaque fois si ce n'est pas son tour pour passer faire la mammographie. « *Je me sens nerveuse j'ai une boule au ventre, je suis effrayée à l'idée d'être malade* ».

Samira nous déclare qu'elle déteste entendre parler du cancer du sein, « *j'essaye toujours d'évité ce sujet, c'est ma phobie* ».

Mais notre patiente nous dit qu'elle est confiante et optimiste pour son avenir et celle de ses deux filles.

Analyse des résultats de l'échelle de cas SAMIRA :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de SAMIRA a mis 09 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E SAMIRA à une anxiété faible avec une note T= 44 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 1, 16, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (4).

Pour les items 8, 15, 20, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour litem 2, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 5, 10, 11, 19, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 47.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour les items 3, 4, 9, 12, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 14, 17, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour les items 6, 9, 13, 18, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 44.

On a remarqué que les items exprimant l'absence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant la présence de l'anxiété ce qui montre que SAMIRA développe une anxiété faible vis-à-vis du dépistage du cancer du sein avec un score de 37.

- **Cas de Lynda**

Lynda est une femme âgée de 47 ans, mariée et mère de deux enfants, elle travaille à la banque.

C'était elle qui a décidé de faire la mammographie ; elle dit « *je nel'ai jamais fait, mais c'était prévu de la faire* ».

Elle nous a déclaré que le cancer de sein n'est pas quelque chose de nouveau pour elle, et que nul n'est à labri.

Lynda nous a fait savoir que la tante a sa mère et sa cousine sont atteintes, elle dit « *sea3igh khaltis nyama lwahi d la cousine ynou sa3ntt le cancer de sein achhal aya, khaltis n yama tamouth l ans de sa mayela d la cousine ynoumazalit ma3na thessoufrimeskintt* » « j'ai la tante à ma mère et ma cousine qui sont atteinte d'un cancer de sein il y a bien longtemps, la tante à ma mère est décidé il y a un ans de ça, par contre ma cousine elle est toujours en vie, mais elle est toujours souffrante ».

Lynda, nous a aussi informé qu'elle n'a jamais vécu une maladie grave au cours de sa vie, et qu'elle n'a pas de douleur au niveau de ses seins, elle dit « *Hamdouli Allah, j'ai pas de douleur au niveau de mesdeux seins* ».

Notre sujet, considère le cancer comme étant une maladie très grave au point de pensé à la mort, elle dit « *le cancer dlahlak youa3ren mlih,yetttnough,*

Win ithihalkenadimeth » « le cancer est une maladie très grave qui tue, celui qui est atteint mourra ».

Lynda pense que c'est difficile de savoir qu'on est atteintes d'un cancer de sein, elle dit « *c'est difficile, sûrement qu'on va penser directement à la mort, par ce que c'est une maladie qui tue* », car cela peut présenter des effets irréversibles sur son état psychologique et que cela peut aussi influencer son entourage.

De plus, elle nous affirme qu'elle est effrayée d'être atteinte d'une maladie grave par manque d'infrastructure et d'une bonne prise en charge, elle dit « *il n'y a pas une bonne prise en charge, on est pas confiant* », elle rajoute qu'elle manque de courage, elle dit « *je panique et je n'ai pas de courage, je développe souvent des crises de panique face à une situation gênante* ».

Pour Lynda, le travail constitue la seule source de stress, elle dit « *il y'a que le travail qui me stress* », pour elle, le fait de pensé à une retraite qui se rapproche éloigne toute situations de stress, elle dit « *il y a que le travail qui me stress, mais comme je me rapproche de la retraite, donc ça va* ».

Lynda est une femme qui a confiance en elle, elle dit « *oui bien sûr j'ai confiance en moi* », Par contre la seule chose qui l'effraye c'est d'être confronté à une maladie grave, elle dit « *je me sent effrayée par rapport à la maladie* » et entendre parler du cancer de sein dans les médias éveille en elle un sentiment d'inquiétude et de tristesse vis-à-vis des personnes atteintes, elle dit « *quand je vois les personnes atteintes à la télévision je pleure et je m'inquiète beaucoup pour eux et je prie dieu de les guérir* ».

Lynda à peur d'être porteuse de cette maladie dans l'avenir, elle dit « *Incha Allah je n'aurais pas de maladie grave, sinon je sombre dans une déprime surtout le fait de pensé à mes enfants j'ai peur de les laisser seuls* ».

Analyse des résultats de l'échelle de cas LYNDA :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de LYNDA a mis 10 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E LYNDA à une anxiété très faible avec une note $T=34$ sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 2, 5, 15, 16, 20, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (4).

Pour les items 1, 19, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 8, 10, 11, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 46.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour les items 3, 4, 6, 12, 14, 18, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 7, 13, 17, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 43.

On a remarqué que les items exprimant l'absence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant la présence de l'anxiété ce qui montre que LYNDA

développe une anxiété très faible vis-à-vis du dépistage du cancer du sein avec un score de 34.

- **Cas de Cherifa**

Cherifa, est une femme âgée de 38 ans, mariée et mère de deux enfants, enseignante au lycée.

Cherifa nous explique que c'est elle-même qui à envisager de faire le dépistage du cancer de sein, et c'est pour la première fois, elle dit « *ana lijitberdayti par ce que a3ndi 03 cas dans ma famille lia3ndhom le cancer de sein, w Rani khayfaykoun a3ndi tani, koltnjindir dépistagebachnethana* », « c'est moi qui à décider de me faire dépisté à cause de trois membres de ma famille qui sont déjà atteints de cette maladie et j'ai peur de l'avoir aussi, je me suis dit faut que j'aille faire le dépistage pour être sûr que je ne suis pas atteinte ».

De plus, elle nous avoue qu'elle n'a pas de maladie grave et qu'elle ne ressent aucune douleur au niveau de ses seins à ce jour.

Pour Cherifa, le mot 'cancer' « est une maladie du siècle qui évoque la mort et la peur ».

Elle pense que c'est difficile de savoir qu'on est atteinte du cancer de sein, et qu'elle ne sait pas comment faire face à cette maladie, elle dit « *je ne sais pas comment je vais réagir si c'était une maladie grave qui tue* »,

Elle nous confirme aussi qu'elle a peur d'une maladie grave, elle dit « *j'ai vraiment peur d'avoir une maladie grave, par ce que la médecine dans notre pays n'est pas bien, et il y a un manque de matériel, et pour faire une échographie il n'y a pas dans les hôpitaux* ».

Cherifa, nous assure que face à une situation gênante, elle réagit selon la situation vécue et selon son humeur, elle dit « des fois je suis trop calme, des fois non, hier j'ai su que ma mère elle a un cancer, mais je suis calme quand-même ; par ce que si je lui montre comme quoi je suis stressé peut-être ça va influencer sur son état de santé et elle va s'inquiéter pour moi ».

Elle nous assure aussi que la seule situation qui peut la stresser de plus, est le manque de respect, elle dit « je ne supporte pas quelqu'un me manquer de respect, que ce soit au travail ou ailleurs sinon je deviens agité ».

Elle rajoute aussi qu'elle ne se sent pas en sécurité en premier lieu, mais elle dit quand même oui, « n'empêche, que c'est la personne elle-même qui doit se mettre en situation de sécurité ».

Cherifa, a déjà vécu des moments de stress dans sa vie, elle dit « *oui, j'ai passé par beaucoup de moments de stress, comme la pression au travail, surtout comme je suis une enseignante j'ai beaucoup de responsabilité, surtout avec les élèves, et leur comportement au lycée comme ils sont des adolescents donc c'est vraiment difficile de se comporter avec eux* ».

Durant l'entretien, Cherifa se sent calme, elle dit « *je me sens actuellement calme et zen* », notre sujet n'est pas effrayé et elle nous confirme aussi qu'elle a confiance en elle, elle dit « *j'ai beaucoup de confiance en moi, car je suis sûre de moi et j'admets souvent mes erreurs, et pour moi, découvrir ce qui est juste est beaucoup plus important que d'avoir raison* ».

Entendre parler du cancer de sein dans les médias pour Cherifa ce qui lui donne de l'espoir, elle dit « *on n'est pas à l'abri, tout le monde peut l'avoir et personne ne peut le vivre à notre place il faut s'obliger à rester positive et à en faire une force, on apprend tellement sur soi à travers cette épreuve* ».

Cherifa est une personne qui s'inquiète peu du lendemain, elle dit « *je vis au jour le jour, et je ne pense pas trop à mon avenir, il faut plutôt laisser le temps faire les choses et vivre la journée normal* ».

Analyse des résultats de l'échelle de cas CHERIFA :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de CHERIFA a mis 08 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E CHERIFA à une anxiété faible avec une note $T = 37$ sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 8, 15, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items 1, 2, 5, 10, 16, 20, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 11, 19, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 43.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour litem 14, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 3, 6, 9, 12, 18, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour les items 4, 7, 13, 17, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 43.

On a remarqué que les items exprimant l'absence de l'anxiété égale celui des items exprimant la présence de l'anxiété ce qui montre que CHERIFA est anxieuse vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

- **Cas de Malika**

Malika d'Akbou, âgée de 48 ans, elle est une femme mariée et mère de trois jeune filles, ayant un niveau terminal, et femme au foyer.

Malika a déjà fait la mammographie cela fait 03 ans pour être sûr qu'elle n'est pas atteinte d'un cancer de sein, elle dit « *mieux vaut un examen qui ne révèle rien, qu'une tumeur qui a déjà bien évolué* ».

Elle nous a informé que sa mère est atteinte d'un cancer de sein, elle dit « *sea3igh yama tahlektekhdem la chimiothérapie, sea3igh daghenkhalti thesa3a les kystes g les seins yness* » « *jais ma mère qui est atteinte d'un cancer de sein et qui a fait la chimiothérapie, il y a aussi ma tante qui a des kystes au niveau de ses deux seins* ».

Elle nous informe aussi qu'elle n'a jamais vécu une maladie grave, elle dit « *pour l'instant je touche du bois, pour l'instant Hamdouli Allah* », et qu'elle ne ressent aucune douleur au niveau de ses seins sauf pendant la période d'ovulation.

Malika considère le cancer comme une maladie du siècle, elle dit « *le cancer youa3er netta3ichith, c'est difficile, la plupart des gens ithihalkenttematheth* » « *le cancer est dangereux on vit avec, c'est difficile, la plupart des gens qui sont atteints meurent* », elle pense aussi que c'est très

difficile de savoir qu'on est atteints, elle dit « *je ne sais pas comment l'accepter... c'est très difficile, mais bien sûr il faut se battre* ».

De plus, elle nous affirme qu'elle a gravement peur d'être atteinte d'une maladie grave, elle dit « *ttagadegh adesa3ough yarlahlak ada3youn medenzyi surtout la famille asseqarenourthahlik ara thesta3mil kan* » « *jais peur d'avoir une maladie grave par peur que les membres de la famille vont ce dire que je ne suis pas réellement malade et que je cherche en fait à attirer leur attention* ».

Elle rajoute qu'elle n'est pas patiente et qu'elle ne se calme pas face à une situation gênante, elle dit « *ça me touche, adhableghadefghegh i la3qliw* » « *ça me touche, jedeviens folle* », et qu'elle n'est pas une personne stressé, elle dit « *nekiouttqaliqegh ara, Hamdouli Allah ellan les moyens oulachdachou ara yiqelqen* » « *moi je ne stresse pas, Dieu merci il y a des possibilités il n'y a rien à craindre* ».

Malika, se sent en sécurité juste chez elle, elle a déjà vécu beaucoup de moments de stress au cours de sa vie, elle dit « *je suis passé par des moments difficile, jais vécu avec mon frère qui était dur avec moi, qui ne me laissais pas sortir de chez moi ce qui a mis fin à mon parcours scolaire aussi tôt, jais beaucoup souffert car je voulais réussir dans mes études et allé loin alors que lui était contre* ».

Malika est une personne qui a confiance en elle, elle dit « *oui jais confiance en moi j'y crois que je vais réussir dans la vie malgré que je rencontre des obstacles sur mon chemin, je suis sûr et certained'y parvenir* », mais des fois elle se sent effrayée, elle dit « *tikwalttagadegh marattwaligh la3mer yettedouyettrouhfelinoudam* » « *ça m'arrive d'avoir peur du temps qui passe, que chaque jour je me rapproche plus de la mort, et j'en dors même plus la nuit* ».

Entendre parler du cancer de sein dans les médias développe en elle un moment de stress et d'angoisse, elle dit « *maraadezreghwidihalken le cancer de sein g la televisionnegh g la radio vaghoughadssenseghiwakenouhnettwaligh ara ttsoufrin* » « *voir des patients atteints d'un cancer du sein à la télévision ou à la radio, me donne envie de les éteindre, afin de ne pas les voir souffrir* ».

En pensant à l'avenir, Malika est optimiste, elle dit « *je suis optimiste, surtout quand je vois mes filles réussir dans leur carrière* ».

Analyse des résultats de l'échelle de cas MALIKA :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de MALIKA a mis 12 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E MALIKA à une anxiété très faible avec une note T= 31 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est 21.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour les items 3, 4, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour litem 6, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est 21.

On a remarqué que les items exprimant l'absence de l'anxiété égale celui des items exprimant la présence de l'anxiété ce qui montre que MALIKA est anxieuse vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

- **Cas de Sara**

Sara est une femme âgée de 32 ans, mariée et mère de deux enfants, ayant un niveau bac +4, cadre à Sonatrach.

Sara s'est mise d'accord avec ses collègues de travail pour faire une mammographie. Entre autre, Sara nous a informé qu'elle n'a ni antécédent familiale ni maladie grave, elle dit «*Hamdouli Allah ursa3igh ara yarlahlak, lahlakayioulachwin ithyesa3n g l familyaynou* » « *Dieu merci je n'ai pas de maladie grave, et personne dans ma famille n'a cette maladie* ».

Elle nous a informés aussi qu'elle ne ressent aucune douleur au niveau de ses seins.

Durant l'entretien, Sara a décrit le cancer du sein et le qualifié comme étant une condamnation de la personne à une mort certaine, elle dit «*le cancer c'est la fin, on est condamné* ».

Pour Sara, la seule inquiétude qu'engendre l'atteinte du cancer de sein sont les effets négatifs sur ses enfants, la peur de les laisser seuls, elle dit «*je vais faire le maximum pour mes enfants, je vais me soigner* ».

Sara nous assure qu'elle est capable de faire face aux situations désagréables sans être pour autant déstabilisé, elle dit «*j'assume, si c'est plus fort, c'est plus fort sinon je vais essayer de gérer sa* ».

Notre sujet, témoigne qu'elle peut être victime de divers situations de stress, elle dit « *il y a beaucoup de chose qui peuvent me stressé, au travail par exemple jais beaucoup de responsabilité jais une charge mentale plus lourde et souvent je n'ose pas refuser lorsque on me demande d'abattre une charge de travail supérieur à celle qui me incombe... voila* ».

Sara elle est en situation d'insécurité social durant sa vie, elle dit « *je ne me sens pas en sécurité, car la situation de notre pays n'est pas stable, l'instabilité politique aussi l'activité terroriste qui est également une raison récurrente dans l'insécurité du pays...* ».

Sara a déjà vécu un moment de stress suite au décès d'un proche, elle dit « *jais passé une période difficile par ce que j'avais un proche qui est décédé il y a un mois, d'un cancer fulgurant et douloureux, jais vécu sa maladie et son décès avec douleur et une grande colère elle était en parfaite et santé et tout d'un coup...* ».

Passé un examen médicale 'mammographie' est une situation stressante pour Sara, preuve qu'elle peut être affecté par l'anxiété, elle dit « *je suis stressé, jais hâte de passé faire la mammographie* ».

Durant l'entretien, on à constater que Sara est une personne confiante, elle dit « *Dieu merci jais confiance en moi je vais faire aux autres ce que je voudrais qu'ils fassent pour moi et mes êtres chers* » et n'étant pas effrayer.

Par contre, entendre parler du cancer de sein met Sara mal alaise se sente concerné et qu'elle est consciente quand présente beaucoup plus de chance d'être guéri par rapport aux autres cancers, elle dit « *jais souvent mal, je me sens concerné je me dis pourquoi pas moi, on a beaucoup de chance de guérir par rapport aux autres cancers.* »

Analyse des résultats de l'échelle de cas SARA:

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de SARA a mis 09 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle d'anxiété-E SARA à une anxiété faible avec une note $T= 44$ sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1,

Pour les items 1, 2, 8, 15, 16, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (4).

Pour les items 5, 19, 20, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour litem 11, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est 45.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4,

Pour les items 6, 14, 18, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Pour les items 12, 17, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour les items 3, 4, 9, 13, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour litem 7, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est 47.

On a remarqué que les items exprimant la présence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant l'absence de l'anxiété ce qui montre que SARA est anxieuse et inquiète vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

Analyse générale des entretiens clinique et de l'échelle d'anxiété- Etat-trait de SPIELBERGER :

Notre recherche a été réalisée sur 08 femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein. Elle s'est effectuée au niveau du service D'imagerie médical du CHU de Bejaia. La tranche d'âge de notre population d'étude est de (29-55).

Tableau récapitulatif N° 04 : les caractéristiques de nos 08 cas.

Sujet	âge	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Situation professionnel	types d'anxiété représenté	Score
Nadia	50 ans	mariée	primaire	Femme au foyer	Anxiété moyenne	55
Leila	55 ans	divorcée	lycée	Infirmière	Anxiété moyenne	53
Kamilia	40 ans	mariée	universitaire	Fonctionnaire a la banque	Anxiété faible	37
Samira	29 ans	mariée	lycée	Secrétaire	Anxiété faible	44
Lynda	47 ans	mariée	universitaire	Fonctionnaire a la banque	Anxiété très faible	34
Malika	48 ans	mariée	terminal	Femme au foyer	Anxiété très faible	31
Sara	32	mariée	universitaire	Cadre à la	Anxiété	44

	ans			sonatrach	faible	
Cherifa	38 ans	mariée	universitaire	Enseignante	Anxiété faible	37

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété-Etat-trait de SPIELBERGER, est que toutes les femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein, avec qui nous avons passé l'entretien, présentent une anxiété avec des degrés différents.

D'après les normes des scores de l'échelle d'anxiété-Etat-trait de SPIELBERGER, elles varient entre 31 ; la norme inférieure ce qui veut dire que le sujet présente une Anxiété très faible et, 55 la norme supérieure où le sujet présente une anxiété moyenne. Donc d'après notre tableau les normes de nos cas varient entre 31 et 55, ce qui éclairci le type d'anxiété présenté par nos sujet d'étude.

La peur et l'inquiétude, sont deux éléments qui marquent toute les femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein. Nous prenons par exemple le cas de M^{me} SAMIRA qui a peur d'être atteinte d'une maladie grave, cela est remarqué dans ses paroles ou elle a dit : « *le cancer du sein est une maladie grave, quand j'entends parler de cette maladie j'ai la trouille j'imagine la mort* ».

Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous avons procédé à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre recherche (le cancer du sein et l'anxiété) à partir de leur vérification par l'utilisation de l'entretien semi-directif et l'échelle de SPIELBERGER pour la mesure de l'anxiété –Etat-trait.

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et de l'échelle d'anxiété-État-trait, nous avons relevé que les femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein développent une anxiété, et par là on confirme notre hypothèse générale qui est formulé comme suit : **le dépistage du cancer du sein engendre une anxiété chez les femmes.**

Durant l'élaboration de notre recherche nous avons constaté que 04 cas sur 08 présentent une anxiété faible avec un score de 37 sur 80 (cas de KAMILIA et CHERIFA), un score de 44 sur 80 (cas de SAMIRA et SARA).

02 cas présentent une anxiété moyenne (NADIA avec un score de 55, LEILA avec un score de 53,) 02 cas souffrent d'une anxiété très faible (MALIKA avec un score 31, et LYNDIA avec un score de 34).

De ce fait on peut dire que le degré de l'anxiété varie d'un cas à un autre donc tous les cas souffrent d'une anxiété et cela confirme notre première hypothèse partielle qui présume que : **les investigations préventive du cancer du sein engendre une agitation chez les femmes.**

Concernant notre deuxième hypothèse partielle qui est formulé comme suit :

Les investigations préventives du cancer du sein développent des sentiments d'inquiétude chez les femmes. Est confirmé.

Selon l'analyse des entretiens, M^{me} LEILA manifeste une inquiétude cela est remarqué dans ses paroles où elle a dit : *«je suis très paniqué et très*

stressé en ce moment, je me sens dans une zone d'insécurité et je n'ai pas confiance en moi ni en personne d'ailleurs, je suis une personne pessimiste et je suis très frustrée par cette vie »

L'inquiétude est signalée aussi chez NADIA là où elle dit : *«pour moi l'avenir est flou, personne n'est à l'abri »,*

En dernier on a le cas de SAMIRA elle aussi est très inquiète, elle dit : *« Je me sens nerveuse j'ai une boule au ventre, je suis effrayée à l'idée d'être malade ».*

Tandis que les cas de MALIKA et LYNDA sont inquiètes mais, elles présentent une vision optimiste par rapport à leur avenir.

Les résultats de nos investigations et la discussion des hypothèses montrent et confirment que les femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein développent une anxiété.

Conclusion générale

Conclusion :

Dans cette étude, nous avons tenté d'aborder la question d'anxiété chez les femmes qui vont faire le dépistage du cancer du sein. Nous avons réalisé cette recherche, dans le but de savoir si ces femmes souffrent d'une anxiété.

Notre échantillon est composé de 08 cas, qui sont réalisées au service d'imagerie médical à CHU de Bejaia.

Pour bien mener notre travail, nous avons référés à un entretien semi directif, et l'échelle d'anxiété-Etat-trait de SPIELBERGER, qui nous a permis d'évaluer l'intensité de l'anxiété chez ces femmes.

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété-Etat-trait de SPIELBERGER, nous avons relevé que ces femmes manifestent une anxiété, ce qui confirme notre hypothèse général, Ainsi que nos hypothèses partielles.

Nous avons aussi essayé de trouver, et d'identifier les facteurs qui associent cette anxiété tels que l'inquiétude de ces femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein qui joue un rôle important dans l'apparition de cette anxiété.

Nous avons choisi ce thème pour encourager les femmes à mieux gérer leur stress et anxiété face au dépistage du cancer du sein par ce que c'est une étape très importante qui permet de découvrir des cancers suffisamment tôt pour qu'ils puissent être traités avec succès car le cancer du sein est une pathologie curable si elle est dépistée à temps d'où l'intérêt d'encourager les femmes à faire le dépistage et surtout donné l'importance au suivis psychologique pour ces femmes.

Enfin, On espère que ce travail vous apportera quelques informations concernant le dépistage du cancer du sein.

Guide d'entretien :

Axe1 : Informations personnelles :

Prénom :

Age :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Situation professionnel :

Nombre d'enfant :

Axe2 : cancer du sein

1. Est-ce que c'est vous qui a envisagé de faire le dépistage du cancer du sein ?
si oui, pourquoi ?
2. Y a-t-il quelqu'un de votre famille qui est atteint du cancer du sein ?
3. Avez-vous déjà vécu une maladie grave au cours de votre vie ? si oui,
laquelle ?
4. Avez-vous des douleurs au niveau de vos seins ?
5. Ça évoque quoi le mot cancer pour vous ?
6. Si on vous annonce que vous êtes atteinte du cancer du sein quelle serait
votre réaction ?

Axe3 : l'anxiété

7. Avez-vous peur d'une maladie grave ? si oui, pourquoi ?
8. Comment réagissez vous face a une situation gênante ?
9. Quelles sont les situations qui peuvent vous stressée ?

10. Vous sentez vous en sécurité ?
11. Est-ce que vous êtes passé par des moments de stress dans votre vie ?
12. Comment vous vous sentez en ce moment ?
13. Est-ce que vous avez confiance en vous ?
14. Êtes-vous effrayée ?
15. Que ressentez vous lorsqu'on parle du cancer du sein dans les médias ?
16. Que ressentez vous durant votre vie en pensant a votre avenir ?
17. Prenez vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ? si oui, lequel ?

Liste des références bibliographiques

1. ouvrages

- BENZIDANE(N), (2004), « **cancer du sein diagnostic et traitements** », Edition OPU, Alger.
- DANIEL(G), (2005), « **stress contrôle** », Alpen, Edition(S.A.M)
- DOMINIQUE(S), (2012), « **Gestion du stress et de l'anxiété** », 3eme éd, Elsevier Masson.
- DR JEAN-LOUP DERVAUX, (2014). «**Dépression et anxiété**», Edi Dangles.
- ELSEVIER, (M), (2012). «**gestion du stress et de l'anxiété**», 3eme éd.
- FISHER(G), (2002) « **traiter de la psychologie de la santé** », éd Donud, paris.
- FONDRINIER(D) GAMELIN(E), (2003), « **prise en charge et surveillance du patient cancéreux** », Masson
- GRAZIANI., (2003), «**anxiété et troubles anxieux**», paris, Nathan/VUEF.
- HAYNAL(A), PASINI(W), ARCHINARD(M), (1997), « **Médecine psychosomatique** » 3^e Edition, Masson, paris.
- HERVE, (M), « **maladies du sein** », (2011), 2^e Edition, Elsevier Masson.
- LORIOT, (Y), MORDAUT, (P), (2011) « **cancérologie** », édition Elsevier Masson.
- LYNDA (J), (1997) « **plans de soin et dossier infirmier** », de Boeck supérieur.
- MARIE, (M), (2006) «**Cancérologie et biologie**», Masson, SAS.

- MARINA(P), JEAN(T), (2005) « **opportunité de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 45 ans** », paris.
- PALAZZOLO(J), (2007) « **dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** », éd. Masson, paris.
- PATRICK(J), (2001) «**Manuel de psychopathologie psychanalytique**», Grenoble.
- PATRICK, (B), ERICK, (D), (2005), « **les souffrances psychologiques des malades du cancer** », springer, paris.
- RAVAZI (D), DELVAUX (N), (2002) «**psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille**», paris, Masson.
- ROBERT, (L), ANDRE, (M), JEAN, MARIE, (B), (1999) «**Les troubles anxieux**», Elsevier, Masson, p213.
- SEDDIK (kh), (2009) « **le cancer du sein** », CCA, CHU. Oran.
- SPIELBERGER, C.D, (1983), « **Manuel d'Inventaire d'Anxiété Etat-Trait (Forme Y)** », Menlo. Park, C.A Garden.

2. articles

- AMINA BOUMAZZA, le cancer du sein : les jeunes algériennes en sont aussi victimes, novembre17, 2012.
- DAHLEM MAJORIE, cancer du sein et féminité et soins palliatifs, éd institut de formation, 2007
- GUILLEMETTE LAVAL, prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie, 2003.
- ISABELLE MOLEY MASOL, l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient et à sa famille, 2005
- J.F HERON, cancérologie générale, 19/12/2003

- MAHNANE A et HAMDI CHERIF M, épidémiologie du cancer du sein en Algérie, laboratoire santé environnement des hauts plateaux, 2012, p 11-13.
- PIERRE GAUTHIER, ce qu'il faut savoir sur la radiothérapie, 2009

3. Sites internet

- www.who.int/topics/cancer/dreastcancer/fr le 20/12/2017 à 20:15h
- www.cancer.ca/fr-ca/cancerinformation/ le 20/12/ 2017 a 21 :05h
- [www.cancer.be/le cancer/ traitement/](http://www.cancer.be/le-cancer/traitement/) le 21/12/2017 à 11:15h
- www.europadonna.fr le 21/12/2017 a 12 :30h

Introduction

Problématique et hypothèses

Partie théorique

Chapitre I

Cancer du sein

Chapitre II

L'anxiété

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie

de la recherche

Chapitre IV

Présentation et analyse des résultats

Chapitre V

Discussion des

hypothèses

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes