



*Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme de master

*Option : **Psychologie Clinique***

Thème

**La perception du soutien social chez les
femmes mammectomisées**

Étude clinique de quatre (04) cas effectuée au CPMC, Alger

Réalisé par :

M^{elle} Ghera Katia

M^{elle} Guermouche Myriam

Encadré par :

Mme TOUATI Saida

Année universitaire 2020/2021

Remerciements

En premier lieu, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

*En second lieu, nous désirions exprimer ma gratitude à mon encadreur **Mme TOUATI Saida**, pour le temps précieux qu'elle nous a consacrées, pour son orientation, encadrement et notamment pour sa disponibilité durant tout le parcours de notre recherche, nous la remercions également pour son encouragement et bienveillance.*

*Nous tenons à remercier le personnel du **Centre Pierre et Marie Curie** pour l'acceptation de réaliser le stage plus particulièrement, **Mr Sifour** le psychologue dans **le service d'oncologie** pour son support et son intérêt à ce projet, pour ses précieux conseils lors de la réalisation des analyses statistiques, et personnel pour leur chaleureux accueil, soutien et sympathie.*

*Mes avant -derniers remerciements vont à madame **Benamsili Lamia** qui nous a aidées.*

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation et nous remercions aussi tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

*Enfin, nous remercions **les femmes** qui ont accepté de participer à cette recherche.*

Merci à tous

Dédicaces

*Avec un cœur plein d'amour et de fierté, je dédie ce modeste travail :
A ceux qui m'ont toujours entourée d'amour, qui m'ont encouragée durant toute ma
vie et donnée l'espoir de poursuivre ce chemin jusqu'au bout, mes chers parents
« MALIKA » et « TAYEB » dont seul honneur d'être leur fille me suffit, puisse ce
travail être la récompense de votre soutien moral et sacrifices, que dieu vous garde et
vous accorde santé et bonheur*

*A mes chers frères : **ELYES** et **IDIR**.*

*A la mémoire de mes chers **grands-parents**, mes adorables **oncles** et **Mouh** que dieu
leur accorde une place dans leurs vaste paradis.*

*Ainsi qu'à mes chers **cousines** et **cousins**, **oncles** et **tantes**, sans exception.*

*Je remercie mon binôme : **Myriam** ainsi que toute sa famille.*

*A tous ceux qui me connaissent, m'aiment, que j'aime et j'ai oublié de citer, merci
pour tous.*

Zatia

Dédicaces

Avec un cœur plein d'amour et de fierté, je dédie ce modeste travail :

*A ceux qui m'ont toujours entourée d'amour, qui m'ont encouragée durant toute ma vie et donnée l'espoir de poursuivre ce chemin jusqu'au bout, mes chers parents « **ZAKIA** » et « **NORDINNE** » dont seul honneur d'être leur fille me suffit, puisse ce travail être la récompense de votre soutien moral et sacrifices, que dieu vous garde et vous accorde santé et bonheur*

*A ma chère sœur que j'adore « **SIHAM** ».*

*A la mémoire de mon cher **Mohamed**, décédé trop tôt, qui m'a toujours soutenue. J'espère que, du monde qui est sien maintenant, il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance et d'amour de ma part qui prie toujours pour le salut de son âme. Puisse dieu, le tout puissant l'avoir en sa sainte miséricorde.*

*A la mémoire de mes chers **grands-parents** que dieu leur accorde une place dans son vaste paradis.*

*Ainsi qu'à mes chers **cousines** et **cousins**, **oncles**, et **tantes**, sans exception*

*Je remercie infiniment mon binôme **Katia** ainsi que toute sa famille.*

A tous ceux qui m'aiment et que j'aime, merci pour tous.

Miriam

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Introduction..... 1

Partie théorique

Chapitre I : Le cancer du sein

➤ Approche médicale

Préambule.....	3
1- Définition des concepts.....	3
1-1. Définition du cancer.....	3
1-2. Définition du sein.....	3
1-3. Définition de cancer du sein.....	4
2- Anatomie du sein.....	5
3- Les symptômes du cancer du sein.....	6
4- Les types de cancer du sein.....	7
4-1. Le cancer in Situ.....	7
4-2. Le cancer Infiltrant.....	7
5- Les outils de diagnostic.....	8
5-1. L'examen de diagnostic.....	8
5-2. La mammographie.....	9
5-3. L'échographie mammaire.....	9
5-4. IRM mammaire.....	9
5-5. Arguments cytohistologiques.....	10
6- Les facteurs de risque.....	11
6-1. L'âge.....	11
6-2. Les caractéristiques individuelles.....	11
6-3. Les antécédents familiaux.....	11
7- Traitement du cancer du sein.....	12
7-1. Les traitements loco-régionaux.....	13
7-2. Les traitements généraux.....	13
Résumé.....	14

➤ Approche psychologique

Préambule.....	15
1- Le sein et ses représentations psychologiques.....	15
2- Le vécu psychologique d'une femme atteinte d'un cancer du sein.....	16
2-1. L'annonce du diagnostic.....	16
2-2. L'annonce de l'ablation du sein.....	17
2-3. Le traitement.....	17
2-4. Phase de rémission.....	18
3- Le cancer du sein et ses conséquences.....	19
3-1. Ses conséquences sur la femme.....	20
3-2. Ses conséquences sur la relation conjugale.....	21
3-3. Ses conséquences sur les relations familiales.....	21
4- La prise en charge psychologique des patients cancéreux.....	22
Résumé.....	23

Chapitre II : Soutien social et patientes cancéreuses

Préambule.....	24
1- Définition et dimensions du soutien social.....	24
1-1. Le soutien social.....	24
1-2. Les dimensions du soutien social.....	25
2- Les types de soutien social.....	26
2-1. Le soutien émotionnel.....	26
2-2. Le soutien d'estime.....	26
2-3. Le soutien informationnel.....	26
2-4. Le soutien concret (matériel).....	26
3- Les sources du soutien social.....	27
3-1. Le soutien marital.....	27
3-2. Le soutien familial.....	28
3-3. Le soutien des professionnels de la santé.....	28
4- La conception du soutien social en psycho-oncologie.....	29
5- Les besoins de soutien des patientes et leur satisfaction.....	30
6- Les différents soutiens apportés.....	31
6-1. Le soutien familial.....	31
6-2. Le soutien conjugal.....	32
7- Evolution temporelle du soutien social.....	34
Résumé.....	34
Problématique et Hypothèses.....	35

Partie Pratique

Chapitre VI : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	38
1- La pré-enquête.....	38
2- La méthode utilisée.....	38
3- Le lieu de la recherche.....	39
4- Le groupe de la recherche.....	39
4-1. Les critères de sélection.....	39
4-2. Les caractéristiques du groupe d'étude.....	40
5- Les outils de recherche.....	40
5-1. L'entretien clinique de recherche.....	40
5-2. Le questionnaire du Soutien Social (SSQ).....	41
5-3. Le questionnaire du Soutien Social Spécifique au Cancer (Que SSSCQ).....	43
6- Le déroulement de la recherche.....	45
Résumé.....	45

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

1- Présentation et analyse des cas.....	47
2- Synthèse des résultats et discussion des hypothèses.....	58
Conclusion	60
Liste bibliographique	61
Annexes	

L'individu est une unité spécifique prédisposée à des événements quel que soit son âge ou son sexe. Ces derniers influencent sur la manière d'être et modifient l'ensemble des comportements de celui qui peut être confronté à des maladies. Parmi ces maladies, on cite les maladies cancéreuses chroniques, dont les causes sont liées à des facteurs génétiques et héréditaires, à une grande déficience nutritionnelle et à des changements du mode de vie. Le cancer du sein, plus particulièrement, est une maladie de longue durée, évolutive et souvent associée à une ablation et à la menace de complications graves.

La découverte d'un cancer du sein est toujours un énorme choc pour les femmes, l'annonce du cancer les rapproche de la mort, c'est aussi une atteinte potentielle de la féminité avec la peur des mutilations à venir. Même si l'espoir d'une guérison peut être davantage présent aujourd'hui, il reste une épreuve très difficile pour les femmes. Bien qu'il existe de nombreuses avancées thérapeutiques au cours de ces dernières années, le cancer du sein garde toujours un caractère menaçant aux yeux de la société et pourrait entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants.

Les recherches sur le cancer du sein ont longtemps été centrées sur l'unique vécu des patientes, les chercheurs s'intéressent depuis peu à l'importance et l'impact du soutien social durant le parcours de soins de cette maladie et comment les patients perçoivent ce dernier.

Nous avons tous besoin de nous sentir à notre place et de ressentir que les autres se soucient de notre bien-être. Dans chaque étape d'un cancer et de son traitement, le rôle et le soutien de la famille et du conjoint est primordial. Dès le diagnostic, les proches sont directement touchés et bouleversés. Resserrer les liens, améliorer la compréhension, accompagner, conseiller, partager des instants et être entouré tout simplement, faire évoluer positivement le quotidien du cancéreux.

Le soutien social est tout à fait cela : avoir un sentiment d'appartenance et savoir que d'autres personnes nous portent une attention particulière qui peuvent provenir de différents groupes de personnes, y compris du partenaire de vie, des membres de la famille, des amis, des collègues, des voisins ou même des professionnels comme des médecins, des infirmiers, des psychologues....

Dans ce présent travail, et dans le but de répondre aux objectifs de cette recherche, nous avons préparé deux parties complémentaires. Une partie théorique qui comprend deux chapitres, le premier est consacré à l'approche médicale et psychologique du cancer du sein, le

deuxième chapitre traite du soutien social reçu et perçu. Une partie pratique qui est divisée à son tour en deux chapitres, dans le premier, nous présentons la méthodologie de la recherche adoptée, et dans le second les résultats obtenus ainsi que la discussion des hypothèses. Nous achevons ce travail par une conclusion et une liste bibliographique.

Partie théorique

Chapitre I : Le cancer du sein

➤ Approche médicale

Préambule

Le sein est symbole de féminité, de sexualité et de maternité, mais il peut aussi évoquer la mort en cas du cancer de sein.

Le cancer est considéré parmi les maladies chroniques du siècle, dont les causes sont multiples. Parmi les cancers les plus fréquents, le cancer des poumons, du col d'utérus et le cancer du sein, ce dernier demeure l'un des problèmes de santé dont la fréquence augmente beaucoup plus chez les femmes que les hommes, il garde toujours un caractère menaçant aux yeux de la société, pourrait entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants (image du corps, une détresse émotionnelle, relation conjugale, sexualité, estime de soi, ...etc.).

Dans ce chapitre, on va présenter deux approches du cancer de sein, à savoir l'approche médicale et l'approche psychologique qui nous permettons de comprendre la femme atteinte du cancer de sein d'une façon globale et singulière.

1- Définition des concepts

1-1. Définition du cancer

Selon l'OMS (2021), Le mot « cancer » est un terme générique désignant un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes. L'un des traits de caractéristique du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès par cancer. (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).

1-2. Définition du sein

Le sein est appelé aussi glande mammaire qui se compose de quinze à vingt lobes séparés par un tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Ces lobes sont, eux-mêmes, constitués de lobules capables de sécréter du lait en période d'allaitement.

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. Le lait est transporté par les canaux galactophores jusqu'au mamelon, situé au centre d'une zone pigmentée (l'aréole).

La glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence d'hormones sexuelles produites en quantité variable tout au long de la vie : les œstrogènes et la progestérone.

Le sein est parcouru de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques composent le système lymphatique qui aide à combattre les infections.

Les ganglions lymphatiques du sein sont principalement situés :

- au niveau de l'aisselle : les ganglions axillaires.
- au-dessus de la clavicule : les ganglions sus claviculaires.
- sous la clavicule : les ganglions sous-claviculaires (infra-claviculaires).
- à l'intérieur du thorax, autour du sternum : les ganglions mammaires internes (Ligue Nationale Contre le Cancer, 2018, p.4).

1-3. Définition du cancer du sein

Le cancer du sein s'accompagne très souvent de quelques métastases à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement.

Les analyses de cinétiques cellulaires ont montré que des cellules métastatiques peuvent migrer dans la circulation sanguine à un stade précoce de la maladie, d'où l'hypothèse que le cancer est une maladie d'emblée généralisée qui devait répondre à une stratégie médicale globale et plus locorégionale, c'est-à-dire l'intérêt de prescrire systématiquement un traitement général après la chirurgie lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorables. (Ben Zidane, 2004, p.5).

2- Anatomie du sein

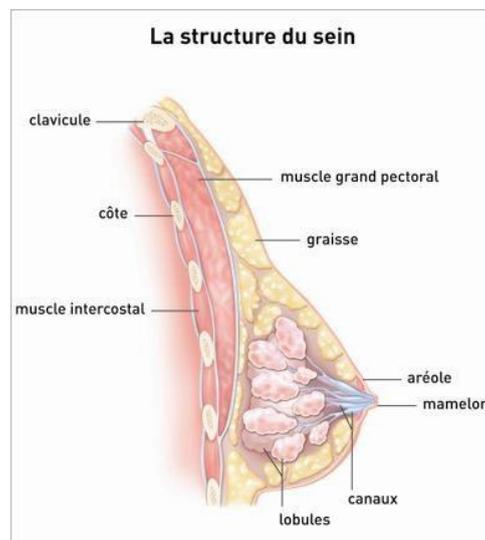
Le sein est surtout constitué d'un tissu du soutien riche en fibres élastiques, le tissu conjonctif, et d'un tissu riche en graisse, le tissu adipeux. Au milieu de ses deux tissus se trouve un système ramifié de canaux appelés canaux galactophore. Leurs extrémités fermées présentent des renflements qui correspondent à la partie glandulaire. La peau enveloppe le tout. A l'extrémité du sein, la peau, extrêmement fine, se pigmente pour former l'aréole avec, en son centre, le mamelon faisant saillie.

Dans l'aréole siègent les glandes de montgomery et, à son pourtour, des glandes sudipares et des glandes sébacées. C'est à l'extrémité du mamelon que débouche, au niveau d'une vingtaine de pores, les canaux galactophores qui excréteront le lait.

Les seins ne font pas, à proprement parler, partie de l'appareil génital de la femme. Leur développement fait suite à l'action des hormones sexuelles qui apparaissent à la puberté. Il n'en reste pas moins qu'ils sont des organes participant à part entière à la vie génitale de la femme car ils ont un rôle physiologique de la plus haute importance en association avec la fonction de reproduction.

Les seins qui, par sa zone érogène, participe au plaisir sexuel, est avant tout l'organe de lactation. Son architecture est tout entière dirigée vers cette fonction ». (Delahaye, 1992, p.45).

Le schéma sur la structure interne du sein (<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>).



3- Les symptômes du cancer du sein

Selon l'organisation mondiale de la santé (2021), le cancer du sein prend la plupart du temps la forme d'une masse ou d'un épaissement non douloureux dans le sein. Il est important que toute femme remarquant une grosseur anormale au niveau du sein consulte un professionnel de la santé dans un délai d'un à deux mois, même si cette grosseur ne provoque aucune douleur. Le fait de consulter un professionnel de la santé dès les premiers signes d'un possible symptôme contribue à renforcer l'efficacité du traitement.

En règle générale, le cancer du sein se manifeste par :

- Une masse ou un épaissement dans le sein.
- Un changement de taille, de forme ou d'apparence du sein.
- Des fossettes, des rougeurs, une peau d'orange ou d'autres changements cutanés.
- Une modification de l'apparence du mamelon ou de la peau qui l'entoure (aréole) et/ou un écoulement anormal du mamelon.

De nombreuses causes, autres que le cancer, peuvent être à l'origine de l'apparition de grosseurs dans le sein. Pas moins de 90 % des grosseurs mammaires ne sont pas cancéreuses. Parmi les anomalies non cancéreuses qui se développent dans le sein figurent des tumeurs bénignes comme les adénofibromes et les kystes mammaires, ainsi que les infections.

Le cancer du sein peut prendre des formes très variées, ce qui explique l'importance d'examen médicaux complets. Une femme présentant des anomalies persistantes (durant plus d'un mois, en règle générale) devrait passer des examens, notamment radiologiques, voire faire un prélèvement de tissus (biopsie) pour déterminer si une grosseur est maligne (cancéreuse) ou bénigne.

À un stade avancé, le cancer peut perforer la peau et provoquer des lésions ouvertes (ulcères) qui ne sont pas nécessairement douloureuses. Les femmes présentant des lésions mammaires qui ne guérissent pas devraient passer une biopsie. Le cancer du sein peut se propager à d'autres parties de l'organisme et provoquer d'autres symptômes. Le plus souvent, les ganglions lymphatiques situés sous le bras sont le premier site de propagation détectable. Il arrive toutefois qu'on ne sente pas des ganglions lymphatiques porteurs de cancer.

Au fil du temps, des cellules cancéreuses peuvent se propager dans d'autres organes comme les poumons, le foie, le cerveau et les os. Une fois ces sites atteints, de nouveaux symptômes liés au cancer peuvent apparaître, comme des douleurs osseuses ou des maux de tête.(<https://www.who.int/fr/news-rome/fact-sheets/detail/breast-cancer>).

4-Les types de cancer du sein

4-1. Le cancer in Situ

La prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique : carcinome intra-canalair (85 % à 90 % des carcinomes in situ ; soit des acini situés dans lobules : carcinome intra-lobulaire (10 % à 15 %). Mais la membrane basale est toujours respectée. Il n'y a pas d'infiltration.

4-2. Le cancer Infiltrant

Est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale. Il existe plusieurs types histologiques :

4-2.1. Adénocarcinome canalaire infiltrant

C'est le plus fréquent (75 %). Les cellules tumorales s'agencent en travées, en massif et en formation glandulaire.

4-2.2. Adénocarcinome lobulaire infiltrant

Les cellules carcinomateuses sont agencées en file indienne, avec un aspect en cible autour des canaux galactophoriques (5-10 %). Les noyaux sont réguliers. Le nombre de mitoses est faible. En immunohistochimie, il existe une perte d'expression de l'E-cadhérine.

4-2.3. 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 du bon pronostic.

4-2.4. Carcinome médullaire

Le stroma est riche en lymphocytes. Il n'existe pas de glandes où de lésions de carcinome intra canalaire. C'est un cancer du bon pronostic.

4-2.5. La maladie de Paget

C'est la présence de cellules carcinomateuses au sein du revêtement malpighien du mamelon. Polygonales, au noyau irrégulier et d'architecture lentigineuse. La maladie de Paget du sein témoigne d'un carcinome intra canalaire. Il s'agit d'une propagation de cellules carcinomateuses au mamelon. (Loriot, Mordant, 2011, pp.479-482).

5-Les outils de diagnostic**5-1. L'examen diagnostique**

Il est réalisé lorsqu'une anomalie a été détectée au cours d'un examen de dépistage ou lorsqu'une anomalie dans le sein (douleur, écoulement du mamelon, rougeur de la peau, palpation d'une "boule" dans le sein, etc.) a été découverte par la patiente ou par son médecin traitant. Cet examen aide à déterminer s'il s'agit d'un cancer du sein ou d'une anomalie bénigne. En plus des clichés de base, des images complémentaires peuvent être réalisées. Le médecin radiologue peut ensuite compléter la mammographie par une échographie et/ou un prélèvement. Plus un cancer du sein est petit, plus les chances de guérison ne sont grandes. Des études scientifiques menées à l'étranger ont montré que le dépistage fait diminuer de 30 % la mortalité par cancer du sein.

La mammographie est l'examen le plus efficace pour détecter un cancer du sein, qu'il soit palpable ou non. La quantité de rayons X délivrée lors d'une mammographie est très faible. Il n'y a donc pas de risque de développer un cancer du sein à cause des rayons X reçus, même si des mammographies de dépistage sont répétées. Pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises : vous devez signaler votre grossesse lorsque vous prendrez rendez-vous et le jour de l'examen. Une anomalie peut être découverte entre deux examens de dépistage. Même dans ce cas, la patiente doit consulter son médecin. (Ligue Nationale Contre le Cancer, 2018, pp.13-14).

5-2.La mammographie

Elle est une radiographie du sein recherchant des images anormales, nodulaires ou stellaires, ou des calcifications d'aspect pathologique. Elle aussi l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure mammaire. Elle est indiquée lorsqu'une anomalie clinique est constatée. Une anomalie clinique est un signe palpable ou visible par le patient ou par le médecin. Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes (tuméfaction dont le contenu est liquidien. Les kystes mammaires peuvent s'observer à tout âge, mais plus volontiers (à partir de 40 ans où ils sont souvent multiples et bénins) liquides. Les techniques ont largement progressé et les doses d'irradiation délivrées lors d'un examen sont minimales. Plusieurs clichés sont réalisés, avec un éventuel grossissement de la zone suspecte. (Ligue Nationale Contre le Cancer, 2018, pp.15-16).

5-3. L'échographie mammaire

Une échographie mammaire est un examen qui utilise des ultrasons pour produire des images de l'intérieur du sein. Cet examen est pratiqué par un radiologue. Une échographie est très utile pour voir la nature, liquide ou solide, des nodules palpés ou découverts sur une mammographie.

Cet examen complet et précis les images obtenues par mammographie. Il ne remplace pas une mammographie qui est l'examen de référence pour le sein. Pour les adolescentes, les jeunes femmes et les femmes enceintes, la mammographie est moins performante : l'échographie mammaire est donc l'examen de référence. Pour les femmes plus âgées, la mammographie reste l'examen de référence.

Une échographie fournit des images "en temps réel", c'est-à-dire visibles immédiatement. L'échographie permet ainsi de comparer ce que l'on sent avec les doigts et ce que l'on voit sur l'écran. (Ligue Nationale Contre le Cancer, 2018, pp.13-14).

5-4. IRM mammaire

Le diagnostic positif et topographique IRM doit être confronté aux données mammo-écho, de second look. La sensibilité de l'IRM (Imagerie par résonance magnétique), 86%, est significativement supérieure à celle de la mammo selon l'HAS 2010 (versus 56 à 86% pour la mammo et 75 à 97% pour l'écho) avec des faux négatifs significativement plus petits, et ceci que ce soient des invasifs ou des in situations. La VPP est d'environ 66%ce qui signifie que sur

3 rehaussements 1 est bénin. La VPN d'environ 95% à 100% selon l'indication rassure patiente et clinicien. La preuve histologique reste dans tous les cas nécessaire et indispensable.

5-5. Arguments cytohistologiques

5-5.1. Les cytologies mammaires

Elle peut être réalisée dans de nombreuses circonstances :

- Devant un nodule par ponction à l'aiguille 20 G.
- Devant un écoulement
- Par grattage devant une maladie de Paget.
- En s'aidant d'un repérage échographique ou stéréotaxique en cas d'image infra-clinique.

- Une cytologie n'est interprétable que si :

- Le matériel est bien conservé et analysable.
- Les cellules sont nombreuses.
- Le préleveur était certain de sa technique, en particulier de la position de son aiguille dans la tumeur.
- La cytologie fait un diagnostic lésionnel (kyste, fibroadénome, ganglion ou cancer).

5-5.2. La biopsie du sein

Elle est effectuée sous anesthésie locale avec une aiguille 14 G. Elle peut être réalisée dans un nodule ou un placard. En cas d'image infra-clinique en s'aidant d'un repérage échographique ou stéréotaxique. Plusieurs prélèvements doivent être réalisés. Au total, il est possible dans plus de 90% des cas d'aboutir à un diagnostic exact après un bilan bien conduit. (Ligue Nationale Contre le Cancer, 2018, pp.15-16).

6- Les facteurs de risque

On ne connaît pas les causes du développement du cancer du sein, celui-ci peut être dû à différents facteurs :

6-1. L'âge

Le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge. Il reste rare avant 40 ans mais demeure beaucoup plus fréquent entre 60 et 65 ans. Le facteur âge représente le risque le plus important car on constate qu'après 40 ans le risque de développer un cancer du sein se multiplie par une fois et demie tous les dix ans. (Scotté et al, 2002, p.179).

6-2. Les caractéristiques individuelles

Le risque est plus important chez les femmes qui ont eu des règles précoces et une ménopause tardive. Il est élevé également chez celles qui n'ont pas eu de grossesse ou une première grossesse après 40 ans, ou encore qui ont pris un traitement substitutif à la ménopause pendant plus de 10 ans. Ce risque augmente aussi avec la consommation excessive de sucres, de graisses animales et d'alcool. (Scotté et al, 2002, p.179).

6-3. Les antécédents familiaux

Quelques cancers du sein sont liés au fait que plusieurs femmes de la même famille ont été ou sont atteintes par cette même maladie surtout si elles avaient à l'époque moins de 40 ans. Un cancer du sein est également plus susceptible de se développer chez une femme dont plusieurs membres d'une même famille ont souffert d'un cancer du côlon ou des ovaires. Le facteur génétique n'est lié qu'à 5% des cancers du sein. (Henrik et Thorlacivs, 1995, p.346).

Il existe aussi d'autres facteurs de risque possibles :

- Le régime alimentaire : Selon certaines données, il existerait un lien entre une alimentation riche en matières grasses et pauvre en fruits et légumes et le risque de cancer du sein. Toutefois, des données très récentes remettent en cause l'effet protecteur vis-à-vis du cancer du sein de fruits et légumes.
- L'absence d'allaitement au sein : le fait d'allaiter ses enfants semble offrir à quelques femmes une protection contre le cancer du sein.

•Le tabagisme actif ou passif : Certaines études font état d'un lien entre le cancer du sein et le tabagisme actif ou passif. Les effets ne sont pas encore clairs. La question reste toujours ouverte et de nouvelles recherches sont nécessaires.

•La pilule contraceptive : Les données concernant les contraceptifs oraux sont controversées. D'une part certains résultats laissent à penser que les pilules contraceptives sont associées à un faible risque de développer le cancer du sein, d'autre part les recherches indiquent également que la pilule contraceptive réduit le risque de développer le cancer de l'ovaire.

•Les déodorants et anti-transpirants : La rumeur que ces produits puissent augmenter le risque de cancer du sein continue à circuler dans les médias et sur Internet. Très peu de résultats d'études épidémiologiques menées à ce sujet confirment cette hypothèse : des investigations complémentaires sont nécessaires avant de proposer des alternatives aux produits d'hygiène couramment utilisés.

•La consommation d'antibiotiques : Une étude récente a mis en évidence l'existence d'un lien entre l'utilisation d'antibiotiques et l'augmentation du risque de cancer du sein. Les résultats de cette étude ne signifient pas que les femmes doivent arrêter d'utiliser les antibiotiques pour traiter leurs infections mais qu'elles doivent les prendre judicieusement. Il est nécessaire d'approfondir les connaissances scientifiques dans ce domaine.

•La consommation d'aspirine semble diminuer le risque de cancer du sein. Cependant les données disponibles sont insuffisantes pour encourager la consommation de l'aspirine à titre préventif.

•Les UV naturels et artificiels sont des agents cancérigènes dont l'association avec le cancer du sein n'a pas été établie. (Puddu et Tafforeau, 2005, pp.27-28).

7-Traitement du cancer du sein

Le traitement initial dans le cancer du sein est habituellement chirurgical, souvent complété par une irradiation, ensuite par un traitement adjuvant qui comprend chimiothérapie et hormonothérapie. Dans certains cas, la chimiothérapie peut être administrée avant la chirurgie pour tenter de stopper la prolifération des cellules cancéreuses et ainsi réduire le volume tumoral ; cette attitude est privilégiée quand la tumeur mesure 2 cm de diamètre ou plus. On parle alors de traitement néoadjuvant. (Brown et Freeman, 2008, p.913).

7-1. Les traitements locorégionaux

7-1.1. La chirurgie

La chirurgie peut consister en :

a. Une mastectomie (ablation du sein) : qui soit totale (ablation des tissus du sein, d'une partie de la peau et du mamelon), soit radicale modifiée (ablation en plus des ganglions axillaires), soit radicale (ablation en plus des muscles de la poitrine et de certains nerfs).

b. Une tumorectomie : ablation de la tumeur avec une marge de tissu sain de 1cm environ), suivie d'une radiothérapie. Ce traitement conservateur du sein, moins invalidant pour la patiente, est réservé aux tumeurs de moins de 3cm, non étendue au mamelon, non inflammatoires. Il est souvent associé à un curage axillaire (sauf pour le carcinome in situ).

Des traitements adjuvants complètent la chirurgie. Leur chronologie et leur délai d'administration après la chirurgie sont importants. En général, la chimiothérapie débute dans le mois suivant la chirurgie.

7-1.2. La radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayons de haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses et réduire le volume tumoral. Les rayons proviennent d'une machine extérieure au corps (c'est ce que l'on appelle la radiothérapie externe) ou sont émis par un matériel radioactif (radio-isotope) placé à l'intérieur même de la tumeur sous forme d'aiguilles, de petits tubes plastiques ou de grains spécialement conditionnés (c'est ce que l'on appelle la radiothérapie interstitielle ou curiethérapie, ou encore brachythérapie). (Brown et Freeman, 2008, p.80).

7-2. Les traitements généraux

Ils ont pour objet d'éviter d'éventuelles rechutes après la chirurgie. Lorsqu'ils sont associés à la radiothérapie, on parle de traitements adjuvants.

Dans certains cas, ils peuvent être utilisés en première intention pour réduire le volume tumoral permettant éventuellement de conserver le sein : On parle alors de traitements néo-adjuvants.

7-2.1. L'hormonothérapie

L'objectif thérapeutique de l'hormonothérapie est de priver le tissu tumoral d'œstrogènes, soit en supprimant la production centrale, ou la synthèse intra-tissulaire, soit en occupant le site de liaison intracellulaire. Le tamoxifène est un anti-oestrogène périphérique, agissant sur la prolifération cellulaire par blocage des récepteurs hormonaux. C'est un traitement efficace uniquement pour les patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs. Il est prescrit après la chimiothérapie à la dose de 20mg par jour pendant 5 ans. (Monge, 2006, pp.50-51).

7-2.2. La chimiothérapie

Elle a pour but de prolonger le taux de survie par la stérilisation des métastases existant au moment du diagnostic, aussi elle peut permettre un traitement conservateur après une chimiothérapie d'induction. Elle est utilisée en association. Les plus utilisés sont :

C.M.F (cyclophosphamide, methotrexate, 5-Fluoro uracile), F.A.C ou F.E.C (5-FU, adreamycine ou épiadreamycine et clophosphamide), 4 à 6 cures sont faites en postopératoire elle débute entre le 15ème et 21ème jour et avant la radiothérapie. Au-delà de la 3ème à 4ème semaine elle perd une partie de son intérêt.

Elle est utilisée chez les femmes en activité génitale, en présence d'un envahissement ganglionnaire (plus de 3 ganglions atteints) en leur absence elle est discutée chez les patientes à haut risque. (Benzidane, 2004, p.17).

Résumé

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique et constitue l'une des principales causes de mortalité par cancer chez les femmes. De nos jours, plusieurs facteurs de risque de développement du cancer du sein sont reconnus, tels que les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge avancé, les caractéristiques individuelles. Différents types de traitements sont effectués, seuls ou associés entre eux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie), ses traitements sont adaptés en fonction de chaque situation, c'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison.

➤ Approche psychologique

Préambule

La prise en compte des aspects psychologiques d'un patient fait partie d'une obligation de santé. La prise en charge psychothérapeutique des patients cancéreux est nécessaire. Comment survivre ? C'est une question à laquelle doivent répondre toutes les personnes qui passent ou sont passées par une situation difficile, comme les patients atteints de maladies graves. Aujourd'hui, de nombreux chercheurs de plus en plus s'intéressent aux processus qui permettent à quelqu'un de mener une existence normale malgré des blessures douloureuses.

Dans ce chapitre, nous allons aborder donc le vécu psychologique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, le sein et ses représentations psychologiques, la féminité et le cancer du sein.

1- Le sein et ses représentations psychologiques

Il est évident que le sein à l'origine une fonction biologique, produire le lait afin de nourrir un nouveau-né, et donc dans un sens participe à donner la vie. Il est indissociable de la maternité. On associe également les seins à la sexualité, il est considéré par beaucoup de femme comme un atout de séduction, l'emblème de la féminité. C'est également une partie du corps qui se devine mais qui ne se montre pas, la vision de sein nu est encore tabou. C'est d'ailleurs encore la cause de certain dépistage tardif, par crainte de devoir montrer cette partie du corps.

En fonction des cultures, le sein est perçu différemment. Dans certains pays les femmes doivent cacher toute forme de féminité sous leurs vêtements, alors que dans les pays occidentaux, la féminité est souvent associée au sein, dans les médias, les publicités, parfois montré à outrance pour faire vendre. Bref, le sein dans la mythologie grecque, les amazones coupaient même leur sein droit pour pouvoir mieux tirer à l'arc, il était alors considéré comme inutile et invalidant. Quel que soit sa perception par les femmes, le sein est investi comme étant un objet d'attraction et un objet de fascination qui représente les signes de la féminité.

Plusieurs représentations existent donc, mais la plus essentielle est que cet organe représente un symbole maternel à l'arme de séduction massive, un symbole de féminité. Les seins sont aussi symbole de fertilité d'allaitement et il marque la distinction entre mâle et femelle ; donc sa disparition entraîne une perturbation pour la femme. (Gros, 2009, p.112).

2- Le vécu psychologique d'une femme atteinte d'un cancer du sein

Le diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio-familial peut s'étendre sur plusieurs années. L'augmentation de l'espérance de vie est souvent synonyme de ligne successive du traitement. Mais aussi de nouvelles et changeantes sollicitations des capacités d'adaptation de la patiente et de ses ressources psychologiques, familiales ou socioprofessionnelles.

Enfin, la perspective qu'ont une grande majorité de femme de retrouver après les traitements leurs investissements antérieurs fait de la préservation des rôles familiaux, sociaux et professionnels un objectif à part entière : la maladie devient un double challenge, qu'entraveront le retentissement fonctionnel ou les éventuelles séquelles des traitements. (Dauchy et Rouby, 2006, p.322).

2-1. L'annonce du diagnostic

Le choc lié au diagnostic et le déroulement des différents traitements vont ainsi renvoyer la femme à sa situation de malade et la confronter à la peur de la mort, de plus, cette situation de passivité engendrée par le cancer de la maladie et de ces 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 », ce 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 résonance avec des baliseurs antérieurs, des conflits familiaux non résolus, des pertes et des deuils qui ont jalonné l'existence. Les angoisses archaïques affleurant sous la forme de rêves, ou d'autres formations imaginaires, mais aussi dans les actes et les comportements sous la forme de troubles de l'humeur, ainsi une patiente justifiera son agressivité à l'égard des infirmiers, comme du cancérologue, en rapportant qu'elle a vécu l'annonce de son cancer dans le brouillard, figée sans panse, puis quelle a ressenti l'équipe soignante comme l'image d'une instruction persécutrice dans son corps et son esprit(<http://www.europadonna.fr>).

Cette phase comprend les premiers symptômes, les différents examens médicaux, l'annonce du diagnostic de l'affection et des perspectives de traitement. Les caractéristiques de cette phase est d'être souvent longue et nécessiter des allers-retours vers l'hôpital, voir l'hospitalisation. Celle-ci entraîne pour la famille du bouleversement au niveau émotionnel.

Le diagnostic d'un cancer précipite la famille dans une crise émotionnelle aigue. Cette crise est principalement déclenchée par la peur de perdre un proche et la remise en question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille, cette situation induit des sentiments de peurs, d'impuissance et de culpabilité (Coll et Northouse, 1987; Northouse, 1988; Giacuinta1979; Snyder, 1986). (<https://wwwcairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-famililale-2006-1-page-81.htm>).

2-2. L'annonce de l'ablation du sein

L'annonce d'un cancer du sein contient dans sa formulation même une attaque violente contre cet emblème de l'identité féminine, symbole de beauté, de séduction et de fertilité, le sein est aussi pour la femme une marque visible d'une différence sexuelle, accueille avec plus ou moins de bonheur par la fille à la puberté. A ce moment clé de son développement psychosexuel, la fille se trouve dotée de cette attribut proprement féminin, lui permettent aussi partiellement de combler cette envie du pénis dont on ne peut ignorer l'emprise sur la vie psychique de la petite fille et de la femme, favorisant les fantasmes de castration, voire d'intrusion, l'idée de la perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable et chaque fille ou jeune femme souhaite fuir, s'envoler pour échapper au destin funeste d'une mutilation réelle. (Brullmann, 2007, p.47).

On estime qu'un grand nombre de patientes, surtout les patientes jeunes présentent des symptômes de détresse psychologique sévère, quel que soit le type de traitement proposé. Et parmi ces symptômes on retrouve l'anxiété et la dépression.

2-3. Le traitement

Dans la phase des traitements, les choses changent. Le résultat d'une intervention chirurgicale ou les effets indésirables d'une chimiothérapie sont bien visibles et clairement ressentis. Cela explique que l'on puisse avoir parfois l'impression que ce sont les traitements qui rendent malade plutôt que la tumeur elle-même.

Des sentiments d'incapacité, de dévalorisation, de culpabilité et d'inquiétude pour soi et pour ses proches peuvent venir assombrir le quotidien. Garder pour soi ce que l'on éprouve tend à renforcer l'isolement, et peut conduire à un réel état dépressif, qui nécessite alors une aide

spécifique. (<https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avec-un-cancer/soutien-cancer/soutien-psychologique-cancer.html>).

Les traitements proposés ne peuvent plus prétendre une visée curative. Ils limitent à pallier aux effets physiques et psychologiques consécutifs à l'évolution de la maladie. Cette période est marquée par une dépendance accrue du patient à l'égard de son entourage. En effet, l'autonomie du patient est de plus compromise car il ne peut plus accomplir les actes le plus anodins de la vie courante, l'intégrité familiale est menacée, les modes de vie sont à nouveau bouleversés. Les principaux problèmes rencontrés par les membres de la famille lors de cette phase sont : la communication à propos de la mort, le physique et les sentiments de séparation et de perte. (Northouse, 1984). (<https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-famililale-2006-1-page-81.htm>).

2-4. Phase de rémission

La phase de rémission comprend une phase de réhabilitations et peut être assimilée, lorsqu'elle se prolonge, à une guérison. Les difficultés familiales associées à cette phase sont notamment : la recherche d'une satisfaction des besoins individuelles, l'adaptation au changement de rôles et de mode de vie (Northouse, 1984). Par ailleurs, le retour à la vie normale signifie une reprise des rôles et de mode de vie antérieur, des désaccords entre les membres de la famille concernant la réorganisation du fonctionnement familial peuvent se manifester et créer des conflits importants. Un déséquilibre dans l'attribution des rôles peut être maintenu lorsque le patient se trouve psychologiquement et physiquement incapable de reprendre ces activités. La période de rémission constitue un temps d'accalmie après la crise. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux. Le moindre dysfonctionnement ou symptôme physique lui fait craindre une rechute de son affection. La famille reste aussi, anxieuse bien qu'elle semble contrôler ses sentiments, invitant le patient à tourner la page. (<https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-famililale-2006-1-page-81.htm>).

3- Le cancer du sein et ses conséquences

Autant la représentation que la femme a de son sein est spécifique à chacune, autant l'ablation de ce sein est spécifique à chacune, autant l'ablation de ce sein met à mal le sentiment d'unité corporelle, et amène obligatoirement à un sentiment de défiguration du féminin.

« Le sein et le cancer sont antinomiques dans leur sens premier. L'un peut donner la vie, l'autre peut donner la mort ou tout du moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance». Cette citation de Stéphane Honoré, reflète bien la représentation que le sein et le cancer peuvent susciter, on comprend mieux toute l'importance et l'enjeu de la maladie.

A travers les âges, on peut remarquer que l'origine du cancer du sein a été associée à pas mal d'idées reçues dont voici quelques exemples :

- La femme a allaité et son lait a pourri.
- La femme s'est cognée ou elle a reçu un coup au sein.
- La femme a trop longtemps porté de soutien-gorge ou des corsets.
- La femme a commis l'adultère, ou a été de mauvaise vie.
- femme a mangé trop de viande rouge.
- La femme est triste, déprimée. (Honoré, 2005, p.137).

3-1. Ses conséquences sur la femme

Le cancer du sein est souvent associé à la crainte de perdre la féminité. Bien que la prise en charge progresse, les traitements du cancer du sein restent encore souvent inventifs et ont des conséquences directes sur la féminité : ablation du sein, effets des chimiothérapies et des hormonothérapies sur les cheveux, la peau, le poids, ménopause précoce éventuelle et infertilité...

Pour les femmes en âge de procréer, la question de la maternité est évidemment importante et doit se poser dès le diagnostic. Chez les femmes ayant eu un enfant après un cancer, le fait d'avoir pu avoir cet enfant représente une réelle victoire sur la maladie, certaines d'entre elles évoquent la maternité comme un nouveau départ. Chez les femmes ayant un projet d'enfant, les inquiétudes sont nombreuses et peuvent être un frein. Des femmes craignent ainsi d'exposer leur enfant à la maladie en particulier par une transmission génétique ou héréditaire. L'autre grande crainte évoquée est le fait de devenir stérile suite aux traitements.

Les modifications physiques et hormonales peuvent altérer la confiance en soi, le bien-être, l'estime de soi et modifier les relations amoureuses et sociales, ainsi la vie d'une femme peut s'avérer difficile. Les changements physiques ont un impact important sur la vie d'une femme. Elle évoque les effets secondaires liés aux traitements et les changements radicaux, tels que les ablations, qui pèsent le plus sur leur féminité. Si les traitements, tel la chimiothérapie, ont des effets transitoires (perte des cheveux, fatigue, troubles du cycle menstruel...), la chirurgie mammaire, notamment la mastectomie, laisse un traumatisme psychologique à plus long terme, affectant un symbole fort de la féminité.

Il est intéressant de noter que des femmes évoquent un changement de philosophie de vie engageant de nouveaux projets et une nouvelle vision suite à leur maladie. (Thierry.P, Observatoire cancer Institut Curie, 2016, pp.6-7). Les femmes touchées par un cancer du sein estiment que leur vie a changées 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 patientes 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, économiques...etc. Dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et psychique. De nombreuses études montrant que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive à leur vie, ainsi le fait de vivre une expérience négative peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il évalue sa qualité de vie (Fischer.2000).

Enfin, Ferrell (1993) a construit un modèle de qualité de vie spécifique au cancer du sein, basé sur quatre dimensions. Ce modèle, confirmé dans d'autres études, intègre le bien-être physique, le bien-être psychologique, le bien-être social et le bien-être spirituel. Ces quatre dimensions sont affectées par les symptômes, les traitements et le degré de souffrance liés au cancer. Dans le domaine physique, les principaux symptômes sont les changements ménopausiques, la fatigue et la douleur. Le domaine psychologique est surtout affecté par la détresse et la peur de la récurrence. Le bien-être social peut être marqué par une détresse au sein même de la cellule familiale. Enfin, le bien être spirituel est essentiellement perturbé par l'incertitude (Dow, Ferrel, Gulasekaram, Leigh et Ly, 1995, Ferrel, Funk, Garcia, Grant, Otis-Green et Schaffner, 1996, Dow, Ferrell, Gulasekaram, Leigh et Ly, 1996, Ferrel, Funk, Garcia, Grant et Otis-Green, 1997 et 1998).

3-2. Ses conséquences sur la relation conjugale

Le cancer du sein a un impact négatif sur la vie sexuelle d'une femme et du conjoint. Souvent, le cancer du sein modifie profondément le concept de soi des malades, selon Charmaz (1999), la maladie menace une part entière de l'identité des patientes, les modifications sur le sein, garant symbolique de l'identité féminine, de la fonction maternelle et de la sexualité entraînent un changement sur l'image du corps (Milkolajczak, Mélis et Quaidbach, 2013).

Les affections cancéreuses des seins nécessitent une mutilation entraînant d'importants problèmes psychologiques qui peuvent persister pendant des années. Ainsi, une étude a mis en évidence que 33% des femmes actives sexuellement présentant un cancer du sein et une mastectomie rapportent une détérioration ou un évitement de leurs relations sexuelles après la chirurgie, et ce comparé à 80% d'un groupe de femmes traitées pour une affection bénigne du sein. Cette différence se trouve également dans une autre étude un an après la chirurgie. Celle-ci se réduirait cependant progressivement, ensuite la proportion des problèmes sexuels deviendrait plus comparable entre les deux groupes de patients considérés ici deux ans après la mastectomie. Par ailleurs, 18% des femmes mastectomisées rapportent ne pas être satisfaites des séquelles cicatricielles et 24% des prothèses qui leur sont proposées. Des comportements d'évitement tels que par exemple ne plus se regarder dans un miroir et se déshabiller dans le noir sont fréquents, ainsi 9% des patients rapportent et évite totalement de regarder leur cicatrice et 16% tente de le faire. Elles rapportent se sentir réduites sur le plan des choix vestimentaires et ne plus pouvoir regarder de façon neutre les images attractives des magazines ou leurs amies 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 craignaient 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'étendue de l'intervention. Après l'opération les longs traitements ambulatoires (radiothérapie, chimiothérapie, physiothérapie), soulignent à la fois la dépendance médicale, 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'intégrité un corps amputé (Hayanal et Warchinadre ,1997).

3-3. Ses conséquences sur les relations familiales

La maladie cancéreuse affecte non seulement l'individu qui en est atteint mais aussi les membres de la famille. Une famille est en effet le lieu des relations affectives les plus proches et l'apparition ou la présence d'une maladie chronique, la situation générée par l'affection cancéreuse comporte une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation familiale. Il s'agit de crises associés aux premiers symptômes, au diagnostic, aux traitements, au retour à domicile, la phase terminale et au décès. Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans la suite du diagnostic d'une affection cancéreuse. (Darius et Delvaux, 1998, p.115).

Le travail d'adaptation psychologique a pour but de prévenir au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. Dans une étude prospective cherchant à repérer des facteurs de risque de détresse psychologique et psychosociale dans un groupe de femme de tous les âges traité pour cancer du sein, les autres ont formulé l'hypothèse de certains facteurs de risque et ont défini, ou début de la prise en charge, deux groupes l'un à risque, l'autre non. Le caractère «à risque » est fondé sur la mauvaise qualité du coping antérieur. Cela accroît l'importance, interroge les patientes sur leurs vécus subjectifs et adopter une logique de prévention en fonction des facteurs de risque préexistants. L'adaptation de la patiente apparaît donc dépendre : de facteurs médicaux, les facteurs psychologiques dont la richesse d'informations et de partenariats étant peut être la plus favorable en terme de démentions de détresse psychologique, elle dépend également des facteurs psychosociaux, dans ce domaine apparaît plus liée au soutien social perçu qu'à la taille objective du réseau social. L'adaptation des conjoints dépend elle aussi de la disponibilité de leur entourage, des charges liées aux enfants, et de la douleur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse. (Dauchy et Rouby, 2006, p.11).

L'adaptation chez les plus petits varie selon leurs âges : le sentiment d'insécurité lié à l'indisponibilité de la mère domine, alors que les adolescents sont plutôt préoccupés par la difficulté d'avoir à assumer une part plus importante des responsabilités familiales que celle normalement assumée à leurs âges. La peur de ne pas avoir grandi ses enfants est fréquemment rapportée par les patients les plus jeunes et peut retenter sur la relation mère - enfant. Le questionnement des femmes concernant les répercussions de leur maladie sur leur famille ainsi que les possibles difficultés de communication avec les enfants doit être exploré. (Dauchy et Rouby, 2006, pp.223-224).

4- La prise en charge psychologique des patients cancéreux

Le patient cancéreux nécessite une prise en charge psychologique d'autant plus que le cancer est une maladie mettant en jeu, à plus ou moins long terme, le pronostic vital, qu'il s'accompagne le plus souvent de traitements pénibles et que, dans l'imaginaire collectif, son image est déplorable. Cette prise en charge doit s'effectuer tout au long de la maladie par le corps médical et l'équipe soignante. De ces constatations est née la psycho-oncologie qui consiste à inscrire le souci du confort moral du patient et de la qualité relationnelle avec lui comme faisant partie intégrante du projet de soins en cancérologie. L'objectif est de prévenir et de réduire autant que possible la souffrance psychologique du patient, permettant ainsi d'améliorer sa qualité de vie, ses relations familiales ou amicales et son adhésion au traitement. La prise en charge psychologique implique de connaître quelques notions spécifiques au patient cancéreux. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448716300804>).

Résumé

Le cancer du sein est une situation difficile puisqu'il peut entraîner une ablation du sein, symbole de féminité et de la maternité.

L'annonce du diagnostic d'un cancer du sein et ses traitements modifient profondément la vie de couple, la vie familiale, professionnelle et les relations sociales. La vie quotidienne est transformée. Privée de ses repères habituels et confrontée au monde de l'hôpital, la personne malade doit trouver des moyens de s'adapter pour traverser cette période au mieux. Cependant avec l'évolution de la médecine les possibilités de reconstruction mammaire sont nombreuses et les suivis psychologiques développés par les équipes médicales assurent une aide pour la réinsertion professionnelle et personnelle.

Chapitre II : Soutien social et patientes cancéreuses

Préambule

Le soutien social est présenté comme une ressource adaptative importante pour la famille, le conjoint... dans un contexte de maladie chronique ou cancéreuse, donc il est le réseau sur lequel la personne peut s'appuyer en cas de besoin.

Dans ce chapitre, nous présenterons les dimensions, les types, les sources du soutien social et les besoins des patients cancéreux.

1- Définition et dimensions du soutien social**1-1. Le soutien social**

Définir le soutien social représente un exercice relativement complexe étant donné la pluralité des définitions proposées et des concepts utilisés. Par exemple, certains chercheurs conçoivent le soutien social comme de l'information qui communique à la personne qu'elle est aimée, qu'elle est estimée et qu'elle fait partie intégrante d'un réseau relationnel au sein duquel les individus ont des obligations mutuelles (Cobb, 1976). Pour d'autres, le soutien social se présente comme la capacité d'une personne de combler des besoins spécifiques qui surviennent à la suite d'événements de vie défavorables (Rook, 1984). Enfin, certains définissent le soutien social comme l'ensemble des actions — verbales ou comportementales — qu'une personne manifeste en réponse aux besoins d'une autre personne et qui visent à la reconforter, l'encourager, la rassurer et l'aider à résoudre efficacement des problèmes par l'entremise d'informations ou d'une aide tangible (Gardner et Cutrona, 2004). Bien qu'aucune de ces définitions ne fasse l'unanimité, celles-ci convergent néanmoins vers l'idée que le soutien social possède certains attributs pouvant influencer l'adaptation psychosociale d'une personne en lui permettant de mieux gérer l'incertitude qui accompagne la détresse. (https://www.researchgate.net/publication/258120935_Soutien_social_et_familles_vulnerables_conceptualisation_intervention_et_evaluation)

Vallerand (2006, p.366) définit le soutien social comme étant des « échanges interpersonnels de ressources où une personne en aide une autre afin de lui permettre de satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants ». Il existerait plusieurs formes de soutien social, soit un soutien social de forme instrumentale, qui inclut l'aide physique et matérielle. À cette première forme s'ajoute une deuxième, le soutien social de forme informative. Cette forme de soutien social se manifeste par le partage de conseils ou de rétroaction. Finalement, le soutien social peut aussi se manifester sous la forme émotionnelle. Cette troisième forme de soutien social peut se manifester par de l'empathie ou de l'affection. (<https://journals.openedition.org/osp/4506>)

1-2. Les dimensions du soutien social

1-2.1. Le réseau de soutien

Vaux (1988 et 1992) définit le réseau de soutien de la façon suivante : « Le réseau de soutien est un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou pourrait se tourner) pour obtenir de l'aide... » (Vaux, 1988, p.28, traduction libre). Lorsqu'on parle des ressources du réseau de soutien, on fait référence à la grandeur du réseau de soutien, à sa structure ou encore à ses caractéristiques relationnelles (Vaux et al, 1986). Barrera (1986) ainsi que Streeter et Franklin (1992) recourent à l'expression « intégration sociale » (social embeddedness) pour signifier les liens ou contacts d'un individu avec les autres personnes significatives de son environnement. L'intégration sociale serait associée au sentiment d'appartenance à la communauté (Streeter et Franklin, 1992). Les instruments qui mesurent les ressources du réseau identifient les rapports qui relient la personne à sa famille, à ses amis, à ses pairs. Ces rapports sont vus comme un indicateur des ressources sociales qui, lors d'une crise, sont susceptibles d'offrir du soutien (Streeter et Franklin, 1992). (<https://doi.org/10.7202/706737ar>)

1-2.2. Les comportements de soutien (le soutien social reçu)

Il s'agit de « l'aide effective apportée à un individu par son entourage » (Winnubst et al, 1988, p.511), c'est l'aspect fonctionnel du soutien en ce sens qu'il reflète un type de transaction adopté pour aider autrui. Le soutien reçu fait référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985, p.187). Il s'agit d'un soutien actif qui peut se manifester par l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, l'opinion des autres, une démonstration d'affection. (Barrera, 1981, p.69), définit les comportements de soutien (ou soutien reçu) comme "l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne". (<https://www.agrh.fr/assets/actes/2007ruiller107.pdf>)

1-2.3. Le soutien social perçu

Il s'agit de « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano et al. 1983). L'appréciation subjective du soutien ou soutien perçu est associée à "l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui" (Barrera, 1981, Franklin et Streeter, 1992, p.81).

La disponibilité concerne le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin.

Chapitre II Soutien social et patientes cancéreuses

La satisfaction est considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. Gentry et Kobasa (1984), définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme « une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles ». Ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui seraient protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre la compréhension, l'empathie et le fait de pouvoir se confier dans les moments les plus difficiles. (<https://www.agrh.fr/assets/actes/2007ruiller107.pdf>)

2- Les types de soutien social

2-1. Le soutien émotionnel

Il fait référence aux échanges à propos des émotions vécues par la personne, à la compréhension empathique et aux encouragements.

2-2. Le soutien d'estime

Aussi appelé le soutien de valorisation personnel, qui implique que la personne se sente validée dans ses croyances, ses habilités, ses sentiments et ses pensées.

2-3. Le soutien informationnel

Qui se présente habituellement sous forme de conseils ou de feed back à propos d'une situation stressante ou difficile.

2-4. Le soutien concret (matériel)

Aussi appelé instrumental ou tangible, qui représente l'aide matérielle ou financière et de rendre des services tangibles quelque auteurs incluent également le soutien de camaraderie, appelé aussi interactions social positives, qui représente le temps passé avec la personne de ses préoccupations et à lui procurer un sentiment d'intégration. finalement le dernier type de soutien social qu'on retrouve dans la littérature se nomme affectif et il se traduit par l'expression d'amour et d'affection. (St-Jean-Trudel, 2009, pp.6-7).

3- Les sources de soutien social

Dans une étude menée auprès de 246 femmes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein, 85% des patientes disent recevoir du soutien émotionnel de la part de leur famille, 80% de la part de leurs amis, et 67% de la part des professionnels de santé (Arora et al, 2007). Dunkel-Schetter (1984), dans une étude auprès de 79 patients cancéreux (dont les trois quarts sont des femmes traitées pour un cancer du sein), ont montré que les sources de soutien les plus importantes aux yeux des patients sont la famille (époux, enfants, sœurs) (34%), les professionnels de santé (30%), les amis (16%), les autres malades (9%) ou encore les collègues (6%).

3-1. Le soutien marital

Le soutien marital semble être la première source de soutien des patients cancéreux vivant en couple : une étude belge a permis de montrer que lorsqu'on demande aux patients cancéreux de désigner la personne qui les a le plus aidés dans la gestion de la maladie, 57% désignent le conjoint. (Etienne, Farvacques, Libert, Liénard, Merckaert, et Messin, 2006). Harrow et al. (2008) ont interviewé 26 conjoints de patientes traitées pour un cancer du sein sur leur expérience d'aidants. Il ressort de ces entretiens que les conjoints font tout leur possible pour soutenir leur compagne dans cette épreuve et maintenir la stabilité dans leur couple. Ils tentent de minimiser l'impact du cancer du sein en apportant à leur compagne soutien émotionnel et matériel et en se montrant positifs et soutenant alors que cela est parfois difficile pour eux. D'autres études ont permis de montrer que les conjoints apportent surtout du soutien instrumental comme s'occuper des enfants, des tâches ménagères ou des transports. (Holmberg et al, 2001; Chantler et al, 2005).

Ces efforts de soutien de la part des conjoints sont reconnus par les patientes qui affirment que le type de soutien qu'elles reçoivent le plus est le soutien émotionnel apporté par le conjoint. A leurs yeux, celui-ci se manifeste par des niveaux élevés de dialogue et d'écoute, de l'optimisme par rapport aux traitements et une réassurance au niveau de l'engagement et de l'amour porté à la patiente. (Kayser et Sormanti, 2000).

Des niveaux élevés d'engagement du partenaire dans la relation prédisent à un bon ajustement psychosexuel et marital et une détresse moindre pour les patientes. (Antoni Carver, Harris, Laurenceau et Wimberly, 2005). Selon Lugton (1997), le réseau social élargi apporte différents types de soutien dont les femmes ont besoin, mais les relations intimes sont

primordiales. Elles permettent de maintenir des aspects importants de l'identité féminine, elles en font même partie intégrante. Dans l'ensemble, les résultats des études vont dans le même sens : un soutien marital important est associé à un meilleur ajustement. (Hoskins, 1995; Bettencourt, Molix, Talley et Schlegel 2010; Hietanen, Gustavsson-Lilius et Julkunen, 2009).

La satisfaction des patientes vis-à-vis du soutien prédit aussi un meilleur ajustement émotionnel. Hoskins et al. (1996) ont montré que des scores élevés de satisfaction par rapport à la réponse du mari aux besoins de soutien émotionnel et d'interaction de la patiente prédisent un meilleur ajustement émotionnel de ces dernières. Plus précisément, des niveaux élevés de satisfaction du soutien apporté par le partenaire sont associés à des niveaux élevés de mutualité dans le couple, eux-mêmes généralement corrélés à des niveaux élevés de satisfaction maritale (Genero et al, 1992) et des niveaux faibles de dépression. Dans l'étude de Sormanti et Kayser (2000), menée auprès de 49 patientes cancéreuses (dont 40% ont un cancer du sein), un peu plus de la moitié de l'échantillon affirme que le soutien apporté par le conjoint est adéquat, mais une bonne part souhaiterait tout de même un peu plus de soutien (Cités par Segrestan-Crouzet, 2010, pp.79-81).

3-2. Le soutien familial

Après un diagnostic de cancer, la famille peut être un grand réconfort et de courage, mais également de stress et d'anxiété. L'adaptation d'une famille à un diagnostic de cancer et au traitement dépend beaucoup de façon dont vous avez traversé ensemble les périodes difficiles par le passé. Souvent, les liens se resserrent et gagnent en intensité, les membres de la famille se voyant sous un jour nouveau. En revanche, les liens peuvent aussi se relâcher, surtout si la relation était chancelante. (Société canadienne du cancer, 2012, p.75)

3-3. Le soutien des professionnels de santé

La personne malade a parfois le sentiment que ses besoins ne sont pas reconnus et sont insuffisamment pris en compte par l'équipe soignante. Si elle commence à poser les questions importantes pour elle ou expose spontanément ses difficultés, l'équipe soignante prend conscience plus facilement de ses attentes.

Le cancérologue ne peut pas toujours répondre directement à certains problèmes bien spécifiques (sociaux ou psychologiques, par exemple), mais il oriente la personne vers les professionnels concernés.

Il est important d'oser parler de ce qui ne va pas pour ne pas passer à côté de problèmes graves (une dépression, par exemple). Le cancérologue ne connaît pas tous les aspects de la vie du patient. Il le dirige vers son médecin traitant s'il estime que ce dernier peut prendre en charge des soins de manière plus adaptée (L'institut national du cancer, 2007, p.27).

4- La conception du soutien social en psycho-oncologie

Certains auteurs impliqués dans la recherche en psycho-oncologie se sont attachés à décrire les ressources sociales des patients cancéreux. En 1984, Wortman, dans une revue de la littérature, avait déjà détecté de nombreux problèmes dans l'étude du soutien social auprès des patients cancéreux. Selon elle, seule la disponibilité du soutien était évaluée. Elle conseillait donc de tenir compte des différents types de soutien social, mais aussi du soutien négatif car des problèmes interpersonnels comme la fuite de l'entourage, une communication rompue ou l'isolement du patient, pouvaient résulter du diagnostic de cancer.

Landmark, Strandmark et Wahl (2002) ont interrogé 10 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein sur le soutien reçu dans le cadre de leur maladie. Il en ressort que le soutien social est constitué d'interactions entre le patient et divers protagonistes. Selon les auteurs, ces interactions peuvent être divisées en deux groupes : les interactions avec les proches (enfants et petits-enfants, conjoint, parents, frères et sœurs) et autres contacts ou connaissances (amis, collègues, voisins, famille éloignée, médecins...) et les interactions avec les organisations et les institutions (hôpitaux, organisations liées au cancer, services sociaux...). Ces relations se définiraient par du soutien social, mais aussi par du manque de soutien, et les deux contiendraient trois dimensions : émotionnelle, instrumentale et informative.

En 2001, Reynolds propose une conception originale du soutien social. Elle distingue quatre types différents, selon que le soutien est voulu (ou non) et reçu (ou non) :

- Soutien voulu et reçu
 - Soutien non voulu et non reçu
 - Soutien voulu et non reçu
 - Soutien non voulu et reçu
- } Soutien social congruent

C'est à travers cette définition qu'elle a étudié le rôle du soutien social sur l'ajustement au cancer du sein. Les patientes n'obtenant pas le soutien souhaité sont plus en détresse, pendant

et après les traitements, que celles recevant un soutien congruent (Cité par Segrestan-Crouzet, 2010, pp.70-71).

5- Les besoins de soutien des patientes et leur satisfaction

Il nous semble important, dans un premier temps, de décrire les besoins des patientes en termes de soutien social. Face au sentiment d'incertitude que génère un diagnostic de cancer, les patients expriment de nombreux besoins : tout d'abord comprendre ce qu'ils vont avoir à affronter, mais aussi être épaulés et rassurés devant cet événement de vie menaçant. (Dunkel-Schetter et Wortman, 1982). Leurs besoins en termes de soutien émotionnel et d'interactions augmentent considérablement. (Hoskins, 1995). Ces besoins diffèrent selon les sources de soutien : les patientes atteintes d'un cancer du sein attendent un soutien empathique de la part de l'ensemble des personnes de leur réseau, mais le soutien informatif est davantage bienvenu s'il est apporté par les professionnels de la santé que s'il provient de la famille ou des amis. (Neuling et Winefield, 1988).

Les désirs des patientes atteintes d'un cancer du sein en termes de soutien ne sont pas toujours très clairs. Parmi les 31 patientes ayant participé à l'étude de Chantler, Podbilewicz-Schuller et Mortimer (2005), toutes décrivent une difficulté à faire la balance entre vouloir du soutien et souhaiter être traitée normalement. Il est toutefois important que ces besoins soient satisfaits car plus les patients rapportent de besoins en terme de soutien, plus ils rapportent des niveaux élevés de détresse, ainsi que leur conjoint s'ils vivent en couple (Hodgkinson et al, 2007). L'adéquation entre le soutien voulu et le soutien reçu est donc essentielle (Perrin et Reynolds, 2004) : elle est associée à un bon ajustement des patientes traitées pour un cancer du sein, tandis que recevoir un soutien non désiré est associé à un mauvais ajustement psychosocial.

Hodgkinson et al. (2007) se sont justement intéressés aux besoins des patientes en termes de soutien et à la satisfaction de ces besoins. Ils ont intégré à leur étude 170 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein entre deux et dix ans plus tôt. 2/3 des patientes disent que certains de leurs besoins en termes de soutien social n'ont pas été comblés. Un quart des patientes disent que leurs besoins d'information n'ont pas été satisfaits, mais, le plus souvent, ces besoins sont inhérents à la période de rémission. Ces résultats ont été confirmés par de nombreux travaux (Landmark, Strandmark et Wahl, 2002. McQueen et Vivar, 2005. Erci et Karabulut, 2007). Ceux de Cappiello, Cunningham, Erdos et Knobf (2007) ont consisté à

interroger 20 patientes en moyenne deux ans après leurs traitements pour un cancer du sein sur leurs besoins éventuels à distance de ces traitements. Les patientes réclament essentiellement du soutien informatif concernant les effets persistants des traitements, les éventuels symptômes de la détresse émotionnelle et les changements de style de vie. En effet, 45% d'entre elles disent ne pas avoir reçu d'information sur la transition phase de traitement / rémission.

A l'origine des travaux sur l'adéquation entre soutien voulu et reçu, Peters-Golden (1982) a intégré à son étude 100 femmes atteintes d'un cancer du sein. Les patientes se plaignent de recevoir un soutien inadéquat. Cela viendrait du fait que les gens pensent que le plus difficile est de perdre un sein plutôt que de recevoir un diagnostic de cancer. Selon Dunkel-Schetter et Wortman (1982), les attitudes des autres face aux patients cancéreux seraient influencées par deux facteurs : par un ensemble de sentiments et attitudes ambivalentes à l'égard du patient et par des représentations ou croyances concernant la manière dont on doit se comporter face à un malade (norme sociale). De nombreuses personnes pensent qu'il est inapproprié de parler de la maladie à un patient car cela pourrait entraîner des symptômes dépressifs.

Toutefois, la vision du cancer dans la société, et notamment du cancer du sein, semble avoir évolué et la plupart des patientes rapportent aujourd'hui un taux de satisfaction levé quant au soutien reçu. Et ceci est d'autant plus important que les patientes satisfaites de leur soutien social s'ajustent mieux à leur cancer quel qu'en soit le stade (Hoskins et al, 1996. Andrykowski et Cordova, 1998. Neuling et Winefield, 1988. Chang, Dulay, Elledge Friedman, Husain, Kalidas, Liscum, et Romero, 2006) (Cités par Segrestan-Crouzet, 2010, pp.78-79).

6- Les différents soutiens apportés

6-1. Le soutien familial

La famille est source de soutien pour le patient, mais étant elle-même perturbée par ce stress, elle s'adapte aussi à la situation en fonction du soutien qu'elle reçoit. En ce qui concerne le soutien du patient, il convient d'en distinguer les types et les sources. Les différents types sont : l'apport d'information, l'aide tangible, instrumentale, le soutien émotionnel, l'aide à l'évaluation et l'affiliation sociale. Les sources sont : le conjoint, les autres membres de la famille, les amis, les voisins, les collègues, les soignants, les groupes d'entraide, les services sociaux. Généralement, la famille recherche surtout un soutien émotionnel et une aide instrumentale notamment pour les transports à l'hôpital, les tâches domestiques et la garde des jeunes enfants. Les conjoints sont en général les membres familiaux les plus affectés (Northouse

et al, 1987. Rait et al, 1989). Le bouleversement familial se manifeste ensuite au niveau de son fonctionnement.

L'évaluation de la capacité d'une famille à faire face au cancer comprend l'étude des caractéristiques psychologiques de chacun des membres de la famille, ensuite celles du système familial dans ses aspects d'adaptabilité, de communication, de cohésion et de développement. Les caractéristiques familiales qui semblent favoriser l'adaptation sont : une souplesse de l'organisation qui permette des changements de rôles (adaptabilité), des relations intra- et extrafamiliales (cohésion), qui tolèrent et favorisent l'expression des préoccupations (communication), et une capacité de recourir avec confiance aux systèmes de soins.

L'affection cancéreuse introduit principalement le risque de perte et de séparation. Il constitue donc une menace pour les liens d'attachement. Des styles différents d'attachement se développent chez l'individu en fonction des expériences relationnelles précoces. (Bowlby, 1969, 1991. Ainsworth et al, 1974). Ceux-ci vont influencer la manière dont les membres de la famille vont faire face aux menaces de rupture des liens liés à l'apparition d'un cancer et par là, différencier des familles « vulnérables » des familles « fortes ». (Weihs et al, 1996).

Lorsque survient la maladie, la répartition des rôles au sein de la famille et l'organisation de la vie quotidienne doivent être en effet souvent modifiées. Le malade, devenu incapable d'assumer certains rôles habituels est remplacés par d'autres membres de la famille. Le succès de la mise en place de cette nouvelle organisation contribue à favoriser l'adaptation individuelle intra- et extrafamiliale (Cohen et al, 1981). Il repose sur une perception adéquate des réalités présentes et futures et nécessite un accord de tous les membres de la famille sur la nouvelle répartition des fonctions. Il est important de déterminer qui, dans la famille, est susceptible de remplacer partiellement ou totalement le malade. (Lieber et al, 1976). (<https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-81.htm>).

6-2. Le soutien conjugal

Le soutien du conjoint a aussi été considéré comme une aide importante pour le patient atteint d'une maladie chronique. Mais le cancer n'est pas un problème individuel ; il affecte le couple. Il existe toutefois des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs réactions psychologiques.

Il semble en effet que la détresse des femmes, malades ou non, soit significativement influencée par celle des conjoints alors que celle des hommes malades ou non, ne le serait que marginalement. (Baider et al, 1996). En ce qui concerne la recherche de soutien, les hommes recourent plus exclusivement à leur épouse que les femmes à leur époux. Autrement dit, la plupart des maris considèrent leur épouse, même lorsque celle-ci est malade, comme une source prédominante de soutien. Par contre, les femmes cherchent un soutien auprès d'un éventail plus large de personnes, et ce recours à un soutien plus varié se répercute de manière bénéfique sur le mari. (<https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-81.htm>.)

Nombreux sont les couples qui rencontrent des difficultés à surmonter l'épreuve de la maladie. Au moment de l'annonce, le couple est déjà plus ou moins harmonieux. Le cancer peut contribuer à renforcer les liens ou, à l'inverse, à les distendre. En effet, il n'est pas simple pour l'un comme pour l'autre des partenaires de s'adapter à cette situation nouvelle. L'équilibre relationnel est profondément modifié, les rôles chamboulés : Lorsqu'il est habituellement pilier du couple, le malade ne trouvera pas toujours l'aide et le soutien qu'il recherche chez son compagnon ou sa compagne, souvent désemparé. Si, dans le couple, le patient est habituellement soutenu, il sera encore plus demandeur et dépendant. Le malade peut demander de façon naturelle de l'aide. Mais il est fréquent qu'il n'exprime aucun besoin, tout en supportant difficilement de ne pas recevoir spontanément l'aide qu'il attend de la part de son ou de sa partenaire.

Ainsi, beaucoup d'incompréhension et de malentendus peuvent survenir parce que celui qui n'est pas malade, même aimant, ne parvient pas à mesurer pleinement l'épreuve que vit le patient. De plus, la fatigue et les troubles physiques ressentis par le malade limitent la vie sociale, les projets et les déplacements du couple. Quant à la sexualité, elle est évidemment très affectée par la maladie et les traitements. Certains couples ont donc du mal à s'adapter. Néanmoins, si malgré les difficultés, les tensions et les malentendus incontournables, ils s'adaptent, alors l'épreuve du cancer les consolide. (www.roche.fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avecuncancer/parler/cancer/proche-cancer).

Il est important de se rappeler que chaque personne réagit différemment devant les difficultés.

7- Evolution temporelle du soutien social

Jusqu'à présent, la grande majorité des recherches a permis de démontrer que le soutien social perçu diminue progressivement de la période diagnostique à la période post-thérapeutique (Neuling et Winefield, 1988. Northouse, 1998. Arora, Finney Rutten, Gustafson, Hawkinset Moser, 2007. Makabe et Nomizu, 2007. Den Oudsten, Van Heck, Van Der Steeg, Roukema et De Vries, 2010) que ce soit en terme de disponibilité perçue, de fréquence ou de satisfaction. Alferi, Antoni, Carver, Durán et Weiss (2001) ont mené une étude longitudinale d'une année sur l'évolution des types de soutien social selon les sources de soutien, auprès de 51 patientes opérées d'un cancer du sein. Ils ont montré que le soutien instrumental du conjoint et le soutien émotionnel et instrumental de la famille augmentent après le traitement chirurgical et restent stables ensuite.

Concernant le soutien prodigué par les amis, le soutien émotionnel continu à augmenter, tandis que le soutien instrumental diminue dans les trois mois suivant la chirurgie. Si les résultats de cette étude ne vont pas dans le sens des recherches précédentes, il est important de noter que les auteurs n'ont pas seulement pris en compte des dimensions générales du soutien, mais bien les sources et les types de soutien. De plus, le suivi ne dure qu'une année et il pourrait être intéressant d'évaluer l'évolution des différents types de soutien sur une durée plus longue (Cités par Segrestan-Crouzet, 2010, pp.79-80).

Résumé

Le combat contre le cancer du sein est un processus très éprouvant pour les patientes, qui peut provoquer des atteintes psychologiques intenses, allant d'une profonde détresse émotionnelle à une dépression sévère. Au-delà des séquelles physiques difficiles à supporter qu'il engendre, le cancer du sein vient en effet bouleverser la vie de couple, les aspects sociaux, familiaux et professionnels de la vie des patientes. Que ce soit lors de l'annonce de la maladie, durant le traitement ou après la période des soins, le soutien social apparaît alors comme un aspect essentiel de la thérapie inhérente à la lutte contre le cancer.

Problématique & hypothèses

1-Problématique

Dans notre corps, on a tous des gènes cancéreux, pour certains ils ne se développent pas, mais pour d'autres malheureusement, ils se développent à cause de facteurs de risque et des éléments perturbateurs. Donc toute personne est susceptible d'avoir un cancer et notamment un cancer du sein, celui-ci touche beaucoup plus les femmes, mais on peut aussi le trouver chez l'homme dans des cas rares.

Le sein est considéré comme symbole de la féminité, de la sexualité et de la maternité chez la femme. C'est pourquoi tout ce qui affecte le sein, concerne non seulement la femme et son entourage mais aussi la société. Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités.

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins, chaque année environ de 1,7 million de cas diagnostiqués. En 2012, la maladie a atteint 6,3 millions des femmes, au cours des 5 années précédentes. Depuis la dernière estimation, pour l'année 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20% et la mortalité de 14%.

En Algérie, chaque année, sept milles cinq-cents (7500) cas de cancer du sein sont enregistrés avec environ et trois milles cinq-cents (3500) décès. En fait, 50000 nouveaux cas et 20000 décès ont été enregistrés en 2019 au niveau du service d'oncologie du Centre Pierre Marie Curie (CPMC). Actuellement, l'âge moyen pour toutes les cancéreuses est de 54 ans. Cet âge est bas, comparé à l'âge médian des cancéreuses dans les pays développés (62 ans en moyenne). Il est devenu un problème majeur de santé publique dans notre pays avec une réelle urgence d'intervention et de prise en charge.

Les liens sociaux lorsqu'ils sont positifs sont depuis longtemps considérés comme des éléments essentiels au bien-être des individus. C'est en effet presque une évidence de penser qu'un environnement social bienveillant puisse être bénéfique à ceux qui en bénéficient. Le rôle des relations sociales et leurs contributions au bien-être et à la santé des individus.

Les individus qui ont l'impression d'avoir le soutien social dont ils ont besoin ont tendance à avoir un niveau de guérison élevé que les autres, ce dernier est une cause de bien-être mental et physique. Les bienfaits du soutien social peuvent également être ressentis par ceux qui l'offrent à d'autre. Il est encore plus important lorsque vous ne vous sentez pas bien. Pourtant, malgré ses bienfaits, les individus qui ont des problèmes de santé mentale ou physique s'éloignent parfois de leur réseau d'aide, c'est à dire l'entourage. Ils peuvent avoir honte ou être mal à l'aise de parler de ce qu'ils vivent, avoir peur que les autres ne les comprennent pas, se demander comment les autres pourraient les aider. Il se peut aussi que certaines personnes aient un réseau d'aide qui ne peut pas leur donner le soutien dont ils ont besoin dans une situation particulière.

En effet, il est possible que, ne sachant pas comment aider une personne dans le besoin, des amis ou des membres de la famille s'en éloignent. La perte de ces liens importants signifie que vous devez gérer beaucoup de choses seul, mais elle peut aussi déclencher des sentiments pénibles, comme ne pas se sentir aimé ou important.

L'entourage de la personne tient une place importante car il accompagne le patient tout au long de la maladie. C'est pour cela que nous devons nous intéresser à eux, à leurs ressentis et à leur rôle tout au long du processus menant à la guérison. Je cible ici la famille au sens nucléaire, c'est-à-dire le conjoint et les enfants, et au sens général l'entourage social et le cadre professionnel, c'est-à-dire les proches, les amis, les médecins, les infirmiers, les psychologues. Le soutien social se compose de plusieurs dimensions : le réseau de soutien, le soutien social reçu, et le soutien social perçu qui est l'évaluation par un individu de l'aide apportée par son entourage (de la part de leur famille, leurs amis...) cette évaluation porte sur la disponibilité de ses ressources sociales et son niveau de satisfaction. La nature de ses aides pouvant être émotionnel, soutien d'estime, informatif ou matériel.

Il apparait que les femmes, ayant bénéficié durant la période d'observation d'un bon soutien social, ont vu leur risque de mortalité être inférieur de 38% par rapport à celles avec peu de soutien social. Il en va de même avec le risque de récurrence du cancer du sein : les femmes avec un bon soutien social ont bénéficié de 48% de moins de risque de subir une récurrence. Les chercheurs rapportent donc que le soutien social permet de réduire les risques de mortalité et de récurrence du cancer du sein, surtout durant les premières années après le diagnostic. En effet, cet effet bénéfique diminue 3 ans après le diagnostic (Journal of Clinical Oncology, 2011).

Nous proposons dans ce travail d'étudier la perception de soutien social chez les femmes ayant subi une ablation du sein, en posant les questions suivantes :

-Quel est le degré de satisfaction du soutien apporté par l'entourage proche chez les femmes mammectomisées ?

-Quelle est la nature de soutien social le plus perçu par les femmes mammectomisées ?

2-Hypothèses

-Nous anticipons que degré de satisfaction du soutien apporté par l'entourage proche chez les femmes mammectomisées est élevé.

-Nous anticipons que la nature de soutien social le plus perçu par les femmes mammectomisées est de nature émotionnelle ou matérielle.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

Pour réaliser une recherche scientifique, il est nécessaire d'élaborer une bonne méthode de recherche et d'avoir un terrain de recherche.

Dans ce chapitre, nous allons décrire la démarche adoptée dans notre étude, les moyens d'investigation utilisés ainsi que le déroulement de la recherche sur le terrain.

1- La pré-enquête

La pré-enquête se fait à la base par l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquête.

La pré-enquête que nous avons menée a pour un objectif de nous familiariser avec le terrain d'étude et de rencontrer des femmes atteintes de cancer du sein au Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) d'Alger. Nous nous sommes présentées au Centre Pierre et Marie Curie, où nous avons rencontré le psychologue du service. Après lui avoir décrit l'objectif de notre recherche, il nous a acceptées dans le service d'oncologie comme des stagiaires.

La pré-enquête a été réalisée durant une période limitée, a pour but de connaître l'aspect organisationnel du terrain et l'état des sujets cancéreux ayant subi d'une ablation. La rencontre avec les femmes était dans le bureau du psychologue, dans un espace calme. Durant l'entretien, la plupart des femmes ne comprenaient pas la langue française, ce qui nous a obligées à traduire le guide d'entretien en langue arabe.

2- La méthode utilisée

Dans notre recherche, nous avons opté pour une démarche clinique, cette dernière est utilisée dans le domaine pratique de la psychologie, c'est un ensemble de techniques ayant pour but de produire des informations sur la personne, le psychologue ici doit s'intéresser au sujet lui-même.

La méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens, dessin, jeux ...) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (Rabeyron, 2018, pp.32-33). L'analyse des productions en provenance de ces méthodes est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative.

L'étude de cas permet d'organiser le matériel clinique, favorise un travail de synthèse de l'ensemble des éléments dont dispose le clinicien. Cette synthèse aide à explorer la subjectivité d'autrui. La réalisation de l'étude de cas nécessite tout d'abord de réaliser une anamnèse et une analyse symptomatologique qui conduit à présenter une ou plusieurs hypothèses diagnostic. L'analyse transférentielle, l'analyse structurale et l'analyse processuelle permettent de dégager des éléments latents du cas.

Dans notre étude, nous avons opté pour cette méthode descriptive, car elle est en pleine adéquation avec la nature et d'objet de recherche et nous avons choisi des techniques adaptées.

3-Le lieu de la recherche

Une approche du terrain est nécessaire pour aboutir aux objectifs de notre travail de recherche. Notre étude s'est accomplie au sein de l'établissement hospitalier spécialisé, le **Centre Pierre et Marie Curie** qui se situe au niveau de la willaya d'Alger. Cet établissement hospitalier spécialisé est fondé le **16/11/1959**.

4-Le groupe de recherche

4-1. Les critères de sélection

Notre groupe d'étude a été sélectionné selon les critères suivants :

- Il s'agit de femmes atteintes d'un cancer du sein.
- Ces femmes ont subi une ablation du sein.
- Ces femmes sont mariées et ont des enfants.

4-2. Les caractéristiques du groupe d'étude

Notre groupe de recherche est constitué de quatre (4) femmes, qui ont été choisies au sein du service d'oncologie au Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) d'Alger.

- Le tableau suivant résume l'ensemble des caractéristiques du groupe d'étude :

Les cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Nombre d'enfants
Najia	52 ans	Secondaire	Enseignante retraitée	3
Wafia	56 ans	Universitaire	Ingénieure en énergie électrique retraitée	1
Amina	56 ans	Primaire	Femme au foyer	2
Nadia	58 ans	Universitaire	Médecin généraliste	1

Tableau N°1 : tableau récapitulation des caractéristiques de notre groupe d'étude.

A partir de ce tableau, nous constatons que l'âge des femmes se situe entre 50 ans et 60 ans. Le niveau d'instruction est variable, allant du secondaire à l'universitaire, elles ont toutes des enfants (1 et plus).

5-Les outils de recherche

5-1. L'entretien clinique

Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation. Par le biais de cette méthode, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou de plusieurs individus dans la société Campenhoudt et Quivy (2011) signalent que cette technique permet « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences » (Rabeyron, 2018, p.115).

L'entretien clinique est un outil essentiel de la pratique du psychologue. S'il décline de manière très diversifiée selon le lieu d'exercice et de la population rencontrée. A la différence du questionnaire, on invite le sujet à s'exprimer sur un thème particulier et sous la forme d'interview, l'entretien individuel ou de groupe (Lavarde, 2008, p.192).

On distingue habituellement trois types d'entretien selon le gradient d'intervention du psychologue : l'entretien directif, semi directif et non directif.

Dans le cadre de notre recherche et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi directif pour donner un peu de liberté au sujet interrogés. L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit «d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer». Dans ce guide, le clinicien peut préparer la consigne. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets. (Bénony et Chahraoui, 1999, p.68).

Notre guide d'entretien comprend plusieurs axes :

- Les informations sur la découverte de la maladie.
- Les informations sur l'ablation.
- Les informations sur le soutien familial et social.

5-2. Les questionnaires de soutien social

5-2-1. Questionnaire de Soutien Social (SSQ)

A) Aperçu historique

Il existe de nombreuses échelles mesurant le soutien social perçu et notamment la disponibilité et la satisfaction. La plus utilisée est le SSQ (social, support, questionnaire) de Sarason .I.G, Levine. H. M, Basham, R. B (1983). Ces auteurs se sont inspirés par l'origine de la théorie de l'attachement de Bowlby, en associant la notion de soutien social et les besoins fondamentaux : besoin de proximité avec la mère, puis besoin d'une relation privilégiée avec un autrui significatif.

Plusieurs versions du SSQ existent dans une version longue à 27 items et une version courte à 6 items seulement.

Les auteurs du SSQ ont mené diverses études établissant son excellente validité de construit : l'outil mesure soit la disponibilité et la satisfaction, soit un facteur général de soutien

social perçu ; ce score total de soutien est associé à de bonnes compétences sociales, à l'estime de soi et à des scores faibles de dépression.

La fidélité test-retest ainsi que l'homogénéité du SSQ6 sont très satisfaisantes. De nombreuses études établiront par la suite que c'est bien le soutien social perçu qui est l'aspect de soutien le plus prédictif vis-à-vis de divers critères d'ajustement, dans le bien être de la santé. Le SSQ6 a été introduit et cette adaptation française a été validée sur un échantillon, de 348 adultes français et deux sexes.

Grâce à une analyse en composantes principales suivie de rotations obliques, deux composantes de soutien social perçu ont été identifiées chez les hommes comme chez les femmes : la disponibilité (qui rend compte de 31.62% de la variance totale) et la satisfaction (25.10% de la variance totale). La fidélité test-retest et la consistance interne de deux échelles sont très satisfaisantes comme dans les travaux de Sarason et de ses collègues, la disponibilité s'avère positivement associer avec extraversion et avec la stratégie de recherche de soutien social, et la satisfaction est négativement associé à diverses mesures d'affection négative (anxiété, névrosisme, pessimisme...etc.).

B) Administration

Il s'agit d'un questionnaire à appliquer de façon individuelle. Il lui est demandé de préciser les personnes sur lesquelles il peut compter en cas de besoin dans chacune des six situations évoquées. Il ne peut citer que de 0 à 9 personnes. Il est également invité à indiquer son degré de satisfaction vis-à-vis de ce soutien selon une échelle de type Likert en six points (1: très insatisfait, 2: insatisfait, 3: plutôt insatisfait, 4: plutôt satisfait, 5: satisfait, 6: très satisfait).

C) La cotation

On effectue la somme des scores obtenus aux six items du facteur satisfaction (cotés de 1 à 6) pour constituer le score de satisfaction vis-à-vis du soutien reçu (variant de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

De même, la somme des scores obtenus aux six items du facteur perception de disponibilité (cotés de 0 à 9) représente un score de disponibilité du réseau social (variant de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important. (Cités par Segrestan-Crouzet, 2010, p.178).

5-2-2. Questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer (Que SSSC)**A) Aperçu historique**

Le soutien social a également été mesuré à l'aide du questionnaire de soutien social spécifique au cancer (Cousson-Gélie, Rascle, Segrestan, Trouette, 2007).

Il y a été constaté que les échelles existantes (Ainlayet Barrera 1983. Sarason et al, 1983), bien que possédant de bonnes qualités psychométriques, ne présentent pas, pour la situation de maladie grave qu'est le cancer, une bonne validité de contenu. C'est pourquoi les auteurs ont décidé de construire une échelle permettant de mesurer de manière plus adéquate ce soutien.

Quarante entretiens semi directifs ont été menés de janvier à mars 2005, ceci auprès de 21 patients, dont treize femmes, et de 19 conjoints, dont dix femmes. Les personnes interrogées (ou leur partenaire) étaient atteintes d'un cancer (sein, côlon, prostate, poumon, testicule, encéphale, col de l'utérus...) et 45% d'entre elles présentaient des localisations secondaires. Une partie des personnes n'avait encore reçu aucun traitement, d'autres étaient en cours de radiothérapie et/ou de chimiothérapie ou venaient de subir une intervention chirurgicale, et une partie avait terminé les traitements. Certaines personnes n'en étaient qu'au début de la prise en charge, d'autres étaient en rémission et quelques patients recevaient un traitement consécutif à une récurrence. Ces entretiens ont été soumis à une analyse de contenu révélant six dimensions (soutien émotionnel, soutien matériel, soutien informatif, soutien distractif, soutien maladroit ou négatif, et non-changement). Un questionnaire préliminaire de 30 items tenant compte de ces dimensions permettait d'évaluer le réseau de soutien, le type de soutien reçu et la satisfaction du soutien reçu. Un pré-test a été réalisé sur 46 personnes, ce qui nous a permis d'éliminer quelques items et d'en reformuler d'autres. La présentation du questionnaire était également problématique, elle a donc été revue.

Une version à 20 items a enfin été validée qui évalue :

-l'intensité du comportement par une échelle de réponse de type Likert de 1 (Jamais) à 5 (Très souvent) pour chacun des 20 items.

-le degré de satisfaction/insatisfaction par une échelle de type Likert en 6 points : de 1 (Très insatisfait) à 6 (Très satisfait).

-les source(s) du soutien : la personne coche parmi plusieurs personnes (conjoint/partenaire, enfants, parents/beaux-parents, frères/sœurs, amis, connaissances, collègues, personnel soignant, autres) celles qui lui ont apporté le soutien spécifié dans la dimension du soutien correspondante.

Un protocole de validation a été mis en place afin de vérifier les qualités psychométriques de l'outil. Le protocole de validation a été distribué aux patients de plusieurs sites de la région bordelaise et le questionnaire a été intégré à d'autres protocoles de recherche dans plusieurs villes françaises (Bordeaux, Libourne, Paris, Lille et Lyon). Les patients ayant complété le questionnaire (N = 306) sont atteints de tous types de cancers (mais en majorité cancers du sein et de la prostate), à tous stades de la maladie. Ils ont en moyenne 53,8 ans (médiane = 55) et 74,8% sont des femmes. Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée sur les 20 items du questionnaire (ont été exclus de l'analyse les items concernant la source et la satisfaction, le but étant de dégager des dimensions dans les comportements de soutien). La solution retenue est la solution après rotation promax. Quatre axes (valeurs propres > 1) rendent compte de 49,17% de la variance totale. Les quatre facteurs ont été interprétés comme suit :

-F1 : soutien émotionnel ; 9 items (1 à 9) ; 28,22% de la variance totale ; = 0,86

-F2 : soutien matériel/distraitif ; 5 items (10 à 14) ; 9,05% de la variance totale ; = 0,78

-F3 : soutien informatif ; 2 items (15 et 16) ; 7,38% de la variance totale ; = 0,92

-F4 : soutien négatif ; 4 items (items 17 à 20) ; 4,51% de la variance totale ; = 0,70

Une analyse confirmatoire a été réalisée grâce au logiciel LISREL qui retrouve la même structure en quatre facteurs.

Les qualités psychométriques de l'outil sont aussi satisfaisantes (de 0,70 à 0,92). Ce questionnaire a également été validé auprès de proches de patients atteints de divers cancers (Cousson-Gélie, Segrestan, Rascle, et Trouette, 2006). Les proches (57 hommes et 36 femmes) sont pour une large part des conjoints de patients cancéreux. La même structure factorielle que celles des patients est obtenue et les qualités psychométriques sont également satisfaisantes.

B) Cotation

La somme des scores des 9 items du facteur 1 (items 1 à 9) constitue le score de soutien émotionnel (ssemo1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 9 à 45. Un score élevé indique que la personne perçoit recevoir un soutien émotionnel élevé de la part d'autrui.

La somme des scores aux 5 items du facteur 2 (items 10 à 14) constitue le score de soutien matériel et distractif (ssmat1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 5 à 25. Un score élevé signifie que le sujet a le sentiment de recevoir un soutien matériel et distractif important de la part d'autrui.

La somme des scores aux items 15 et 16 du facteur 3 constitue le score de soutien informatif (ssinfo1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores varient de 2 à 10 et un score élevé indique que la personne perçoit recevoir un soutien informatif élevé. Enfin, la somme des scores aux 4 items du facteur 4 (items 17 à 20) constitue le score de soutien négatif (ssneg1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 4 à 20. Un score élevé signifie que le sujet a le sentiment de recevoir un soutien négatif élevé. (Cités par Segrestan-Crouzet, 2010, pp.179-181).

6- Le déroulement de la recherche

Après la pré-enquête, nous avons sélectionné les cas disponibles qui répondaient aux conditions. Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée 31 jours, les premiers jours ont été consacrés à observer et à s'informer davantage sur l'état des sujets.

Après avoir eu le consentement des femmes cancéreuses, nous sommes passées au recueil des données. Ce recueil a été réalisé en deux séances, en raison de l'état de santé de ces femmes, la première séance a été consacrée à l'entretien et la deuxième séance à la passation des deux questionnaires, à cause de leur état de santé fragile. Celles-ci ont eu lieu dans le bureau du psychologue. Lors de cette première séance consacrée à l'entretien, nos patientes étaient motivées, coopérantes, sympathiques et se sont livrées à nous sans aucune opposition. Pour la seconde séance où nous avons appliqué les deux questionnaires de soutien social, nous nous sommes retrouvées dans l'obligation d'expliquer aux femmes la passation des deux questionnaires en leur langue maternelle pour ne pas avoir de problème lors du choix de la réponse. La durée de la passation allait de 15 à 20 minutes.

Résumé

Dans notre recherche, nous nous sommes basées sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive. Pour le recueil des données, nous avons recouru à trois outils d'investigation, l'entretien clinique de recherche, questionnaire du soutien social perçu et questionnaire du soutien social spécifique au cancer.

Notre recherche s'est déroulée au sein du service d'oncologie au Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) d'Alger. Notre groupe d'étude est constitué de quatre femmes ayant subi une ablation du sein. Le travail a été réalisé en deux étapes, la première séance a été consacrée à la passation du guide d'entretien, la deuxième à l'application des deux questionnaires. Notre pratique s'est étalée sur une durée de 31 jours, les données recueillies sont présentées et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

1- Présentation et analyse des cas

1-1. Le cas de Najia

- **Présentation générale**

Najia est une femme âgée de 52 ans, de niveau d'instruction secondaire, enseignante retraitée. Elle est mariée et a trois enfants. Elle a fait une mastectomie du sein droit.

- **Compte rendu de l'entretien**

Lors de l'entretien, Najia s'est facilement livrée à nous et a répondu à nos questions sans aucune opposition. Sa maladie remonte à 2009, elle a découvert la présence d'une petite boule dans le sein droit par son médecin gynécologue lors d'une consultation annuelle : « chaque année njawez chez mon médecin, c'est lui qui a découvert ma maladie. Il m'a dit : « ainendek une boule f le sein ta3ek rouhi CPMC tema yqouloulek wach kayen » (chaque année je passe chez mon médecin, c'est lui qui a découvert ma maladie. Il m'a dit : vous avez une boule au niveau de votre sein, vous devez vous déplacer au CPMC, où ils vous diront ce que vous avez).

Au moment de l'annonce du diagnostic, Najia était choquée et s'est éclatée en larmes « kant derba matweqa3tehach, qa3eda ghir nebki » (c'était un coup que je n'ai pas imaginé, je ne faisais que pleurer).

Avant l'ablation, elle s'est repliée sur elle-même, envahie par ses pensées sombres et inquiétantes « sah nbeyen rouhi forte mais dakhel khfet bezaf (c'est vrai que j'apparaissais forte mais au fond de moi j'avais une crainte intense) ». Mais une fois l'opération est réalisée, elle s'est sentie soulagée « soulagée malgré makanch le sein mais tehenit une fois pour toute (malgré l'ablation du sein, je me sens soulagée une fois pour toute) ».

Au cours de cette maladie, elle déclarait avoir été bien soutenue par sa famille « pour moi la présence dyalhoum me suffit (pour moi leur présence est suffisante) », surtout par son mari, qui est resté à côté d'elle, pour qu'elle soit capable de continuer sa vie normale, en voici ses propos : « mon mari m'a acceptée, ou yqouli balaki tensay les contrôles (mon mari m'a acceptée, il me disait de ne pas oublier mes contrôles) ». Elle nous rajoutait aussi que sa sœur psychologue de formation l'a aidée dans les moments difficiles.

Durant les séances de chimiothérapie, Najia nous affirmait être curieuse de connaître la façon dont évoluait sa maladie, n'hésitait pas à chaque fois à demander des conseils à ses médecins, comme elle a effectué des recherches sur internet pour savoir plus « kount nseqsi les médecins bach ymdouli des conseils o hweset f l'internet, seqsit enass o qalouli c'est bon rana hamdoullah ; raj3ouli chewiya rouh (je demandais aux médecins de me donner des conseils, j'ai cherché sur internet et j'ai demandé aux autres, ils m'ont dit qu'ils se sentent bien, ils m'ont donnée un peu d'espoir) ».

En ce qui concerne son avenir, Najia nous disait qu'elle devait continuer à vivre pour elle et sa famille surtout ses enfants « Lazem n3ich o lazem n3ich lweladi (je dois vivre, et je dois vivre pour mes enfants) ».

- **Les résultats des questionnaires**

- **Les résultats du questionnaire de soutien social**

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	2	1	2	1	1	1	8	14,81
Satisfaction	6	6	6	6	6	5	35	97,22

Tableau N°01 : Les résultats de l'échelle de SSP

La lecture des résultats de ce premier questionnaire nous montre un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, avec un score de 8/54 (un pourcentage de 14,81 %), alors que les résultats de la satisfaction du soutien perçu indiquent un niveau très haut avec un score de 35/36 (un pourcentage de 97,22 %).

- Les résultats du questionnaire de soutien social spécifique au cancer

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	T	T%	
Soutien émotionnel	5	5	2	5	5	5	5	5	5													42	93,33
Soutien matériel										4	5	5	4	1								19	76
Soutien informatif															5	4						9	90
Soutien négatif																	1	1	2	2		6	30

Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSSC

Les résultats du questionnaire montrent un niveau très haut de perception du soutien émotionnel avec un score de 42/45 (un pourcentage de 93,33%), un niveau haut de perception du soutien matériel avec un score de 19/25 (un pourcentage de 76%), un niveau très haut de perception du soutien informatif avec un score de 9/10 (un pourcentage 90%) et un niveau bas de perception du soutien négatif avec un score de 6/20 (avec un pourcentage de 30%).

Résumé

Najia est une patiente bien soutenue par sa famille surtout par son mari. Les résultats du premier questionnaire de soutien social perçu montrent que le soutien social est peu disponible (14,81%), mais qu'elle était très satisfaite (97,22%). Alors que les résultats du questionnaire de soutien social spécifique au cancer montrent que la nature du soutien le plus perçu est le soutien émotionnel à 93,33%.

Les résultats montrent que la satisfaction du soutien social perçu, plus précisément le soutien émotionnel qui est très élevé, bien que sa disponibilité soit faible.

1-2-Le cas de Wafia

- **Présentation générale**

Wafia est une femme âgée de 56 ans, de niveau d'instruction universitaire, ingénieur retraitée. Elle est mariée et a un enfant. Elle a fait une mastectomie du sein gauche.

- **Compte rendu de l'entretien**

Lors de l'entretien, Wafia était compréhensive, coopérante et répondait à nos questions sans aucune difficulté. Sa maladie remonte à 2006, au début elle a senti des douleurs au niveau du cœur : « j'avais des douleurs, j'ai pensé que qelbi li weja3ni, comme 3endi souffle, m3a le stress du travail et les responsabilités, j'ai lié les douleurs au stress (j'avais des douleurs, j'ai pensé que mon cœur me faisais mal puisque j'ai le souffle, avec le stress du travail et les responsabilités, j'ai lié les douleurs aux stress) ». Elle ajoutait : « après 5 mois de douleur, lors de ma douche, j'ai senti une petite masse au niveau du sein gauche ». Ensuite, elle a été chez un médecin gynécologue afin de l'aider à avoir une autre grossesse, et c'est à cette séance même qu'elle découvre des ganglions suite aux douleurs signalées.

Au moment de l'annonce du diagnostic, Wafia était choquée : « j'étais choquée ». Avant l'ablation, elle voyait la vie différemment puis tout a basculé. Mais une fois l'opération est réalisée, elle s'est sentie mieux qu'avant : « soulagée hamdoullah et je vais mieux (je suis soulagée dieu merci et je vais mieux) ».

Elle déclarait avoir été bien soutenue par sa famille, surtout par son conjoint : « rajeli nehali cha3ri et neha lih tani (mon mari m'a rasée mes cheveux et lui aussi) ».

Pendant les séances de chimiothérapie, elle était accompagnée par son mari, pour apporter le soutien moral et affectif. Elle ajoutait qu'à l'hôpital les médecins et les infirmiers étaient très gentils et aussi disponibles, mais par contre la prise en charge psychologique était absente : « les infirmiers et les médecins sont très gentils et à notre service, mais sur le côté psychologique il y a rien ».

2.2- Les résultats des questionnaires

2.2.1- Les résultats du questionnaire de soutien social

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	4	2	2	1	1	1	11	20,37
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100

Tableau N°01 : Les résultats de l'échelle de SSP

Les résultats du questionnaire montrent un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage capables d'offrir une aide en cas de besoin, avec un score de 11/54 (un pourcentage de 20,37 %). En revanche, les résultats de la satisfaction du soutien perçu indiquent un niveau très haut avec un score de 36/36 (un pourcentage de 100 %).

- Les résultats du questionnaire de soutien social spécifique au cancer

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	T	T%
Soutien émotionnel	5	5	4	5	5	5	5	5	5												44	97,77
Soutien matériel										5	5	5	1	4							20	80
Soutien informatif															1	1					2	20
Soutien négatif																	1	3	3	1	8	40

Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSSC

Les résultats du questionnaire montrent un niveau très haut de perception du soutien émotionnel avec un score de 44/45 (un pourcentage de 97,77%), un niveau haut de perception du soutien matériel avec un score de 20/25 (un pourcentage de 80%), un niveau très bas de perception du soutien informatif avec un score de 2/10 (avec un pourcentage 20%) et un niveau moyen de perception du soutien négatif avec un score de 8/20 (un pourcentage de 40%).

Résumé

Nous constatons à partir des données fournies lors de l'entretien que Wafia était vraiment soutenue par sa famille notamment par son mari. Les résultats des questionnaires révèlent que le soutien social est peu disponible à (20,37%), mais qu'elle était très satisfaite (100%). Le soutien le plus perçu chez elle (à 97,77%) est le soutien émotionnel.

Globalement, nous constatons que la satisfaction du soutien social perçu, plus précisément le soutien émotionnel, est très élevé, bien que sa disponibilité soit faible.

1-3-Le cas d'Amina

- **Présentation générale**

Amina est une femme âgée de 56 ans, de niveau d'instruction primaire, femme en foyer. Elle est mariée et à deux filles, elle a fait une ablation du sein gauche.

- **Compte rendu de l'entretien**

Lors de l'entretien Amina paraissait agréable, à l'aise et sympathique. Amina vit actuellement avec son mari qui est toxicomane (consommateur de drogue) avec ses deux filles dont elle s'occupe très bien.

Elle a découvert sa maladie en 2004, elle a senti ce jour-là, comme une plaque à sa poitrine, elle disait : « kount taht la douche, hassite une plaque qasha f la poitrine t3i, ou goulit cha3andy hna (J'étais sous la douche, j'ai senti une plaque épaisse au niveau de ma poitrine, et je me suis dit que ce que j'ai ici) ». Puis elle s'est rendue pour une consultation chez une gynécologue qui lui a donnée une enveloppe pour faire des analyses. Une fois les résultats des analyses obtenus, elle a reconsulté chez la même gynécologue qui lui a demandé d'appeler un membre de sa famille afin de leur annoncer le diagnostic, de crainte de sa réaction, elle déclarait : « goutalha goulil hambouk chakayin, mais kount 3arfa bali kan houwa, oumba3d gatli

cha3andy, un cancer au sein gauche, c'est un cancer, ou tqabalt bih parce que kount chaka (Je lui es dit s'il te plait dit moi que ce qu'il y a, mais je savais que c'était ça, puis elle m'a dit ce que j'ai, un cancer au sein gauche, c'est un cancer, et je l'ai acceptée parce que j'avais des doutes) ».

Après cette découverte, elle s'est rendue chez sa cousine la plus proche d'elle, qui travaille au niveau de CPMC qui l'a orientée chez un spécialiste d'oncologie afin de suivre et traiter sa maladie. Ainsi, elle a été programmée pour subir une ablation.

Au début, la situation était vraiment difficile car ces deux filles étaient très jeunes, les premier temps elle camouflait le vide au niveau de son sein gauche de peur que celles-ci perçoivent un changement quelconque, elle a dû attendre quelques années pour les mettre au courant. Quand elle les a informées, l'aînée n'a pas acceptée la nouvelle, contrairement à la petite qui prenait soin de sa mère. La personne qui l'a vraiment soutenue moralement était sa mère et sa cousine proche. En revanche, son mari l'avait complètement délaissée, étant absent la plupart du temps à cause de son problème de consommation de drogue.

- **Les résultats des questionnaires**

- Les résultats du questionnaire de soutien social**

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	0	5	1	3	2	11	20,37
Satisfaction	6	1	6	6	6	6	31	86,11

Tableau N°01 : Les résultats de l'échelle de SSP

La lecture des résultats du questionnaire nous montre un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide, avec un score de 11/54 (un pourcentage de 20,37 %). Les résultats de la satisfaction du soutien perçu indiquent par contre un niveau très haut, avec un score de 31/36 (un pourcentage de 86,11%).

- Les résultats de questionnaire de soutien social spécifique au cancer

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	T	T%	
Soutien émotionnel	5	1	1	2	4	3	4	4	2													26	57,77
Soutien matériel										5	4	5	1	5								20	80
Soutien informatif															1	1						2	20
Soutien négatif																	1	1	1	1		4	20

Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSSC

Les résultats du questionnaire montrent un niveau moyen de perception du soutien émotionnel avec un score de 26/45 (un pourcentage de 57,77%), un niveau haut de perception du soutien matériel avec un score de 20/25 (un pourcentage de 80%), un niveau très bas de perception du soutien informatif avec un score de 2/10 (un pourcentage 20%) et un niveau très bas de perception du soutien négatif avec un score de 4/20 (un pourcentage de 20%).

Résumé

Nous avons souligné précédemment qu'Amina était peu soutenue par sa famille notamment par son conjoint. Suivant les résultats du premier questionnaire, le soutien social est peu disponible (20,37%), mais elle demeure satisfaite à 86,11%. Les résultats du second questionnaire montrent que le soutien le plus perçu est le soutien matériel (80%). Nous constatons ainsi que la satisfaction du soutien social perçu, plus précisément le soutien matériel est élevé bien que sa disponibilité soit faible.

4- Le cas de Nadia

- **Présentation générale**

Nadia est une femme âgée de 58 ans, de niveau d'instruction universitaire, médecin généraliste de profession. Elle est mariée et a un enfant. Elle a fait une mastectomie du sein gauche.

- **Compte rendu de l'entretien**

Pendant l'entretien Nadia a accepté facilement de collaborer avec nous. Actuellement, elle est en congé de maladie, elle nous précisait qu'elle était médecin de profession, donc elle se palpait souvent sous la douche, elle faisait très attention à elle.

Durant une période, elle se sentait fatiguée, car elle travaillait à la direction de santé de la ville de Boumerdès et subissait une énorme pression. Suite à cela elle a été faire un bilan, les résultats étaient dans les normes. Un jour, pendant qu'elle faisait sa prière, elle avait senti une douleur au niveau de son sein gauche, elle s'est palpée, et a senti comme une boule, un épaississement de la peau. Comme sa belle-sœur est professeur au CPMC, elle s'était directement dirigée vers elle, mais l'a rassurée en lui précisant qu'il n'y avait rien d'inquiétant. Ensuite, elle s'est rendue chez un ami radiologue qui lui a dit « il y a quelque chose, mais je c'est pas si c'est méchant, mais il y a quelque chose ». De ce fait, elle a été directement faire une biopsie mammaire pour déterminer ce qu'elle avait. C'était sa belle-sœur qui avait annoncé à son mari en lui précisant qu'elle avait un petit ganglion au sein gauche. Celui-ci et sa belle-sœur ont fait un travail magnifique pour lui annoncer le diagnostic. La maladie a été découverte en juin 2018 et ils ont gardé le secret à leur niveau.

Son mari l'avait vraiment soutenue, elle nous disait : « mon mari a commencé à me dire t'es une femme forte, croyante et ta foi, et dieu merci il n'a pas touché la totalité juste un ganglion ». Il la accompagnait souvent, ce qui lui offrait un grand soulagement. Finalement, quand elle a fait l'ablation, ils ont trouvé deux ganglions.

Sa vie avait radicalement chamboulé, elle était la femme qui prenait soin d'elle au quotidien, une fois malade, elle s'était repliée sur elle-même, car elle n'avait parlé à personne de sa maladie donc dès qu'elle avait un contact avec les gens, la peur qu'ils découvrent sa maladie apparaissait. Elle a vécu une période très difficile durant la chimiothérapie, car quand

elle a fait l'opération juste après celle de son fils (une ectopie testiculaire), elle déclarait : « c'était mon mari qui s'occupe de tout, et la charge d'un coup tombe sur lui, c'était une année très difficile pour nous ». Le jour de l'ablation, son fils était sous le choc, en voici propos : « quand il avait su que c'était le côté gauche, il m'avait dit : maman j'espère que le cœur ne va pas être touché ». Malgré sa découverte, il était courageux.

- **Les résultats des questionnaires**

- **Les résultats du questionnaire de soutien social**

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	2	2	2	2	1	1	10	18,51
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100

Tableau N°01 : Les résultats de l'échelle de SSP

La lecture des résultats du questionnaire nous montre un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, avec un score de 10/54 (un pourcentage de 18,51 %). Alors que les résultats de la satisfaction du soutien perçu indiquent un niveau très haut avec un score de 36/36 (un pourcentage de 100 %).

- Les résultats du questionnaire de soutien social spécifique au cancer

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	T	T%	
Soutien émotionnel	2	2	3	2	2	2	2	2	2													17	37,77
Soutien matériel										5	5	5	4	1								20	80
Soutien informatif															1	5						6	60
Soutien négatif																	1	1	1	4		7	35

Tableau N°02 : Les résultats de l'échelle de SSSC

Les résultats du questionnaire montrent un niveau bas de perception du soutien émotionnel avec un score de 17/45 (un pourcentage de 37,77%), un niveau haut de perception du soutien matériel avec un score de 20/25 (un pourcentage de 80%), un niveau haut de perception du soutien informatif avec un score de 6/10 (avec un pourcentage 60%) et un niveau bas de perception du soutien négatif avec un score de 7/20 (un pourcentage de 35%).

Résumé

Nous avons constaté que Nadia était bien soutenue surtout par son mari. Selon les résultats obtenus, le soutien social est peu disponible (18,51%), et elle est très satisfaite (100%). Les résultats révèlent que le soutien matériel est le type de soutien le plus perçu chez elle (80%). D'après les résultats, nous constatons que la satisfaction du soutien social perçu, plus précisément le soutien matériel, est très élevé bien que sa disponibilité est faible.

2- Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Notre population de recherche est composée de quatre cas, l'âge des femmes se situe dans la cinquantaine et leur niveau d'instruction est variable (primaire, secondaire, universitaire).

L'annonce du diagnostic était souvent difficile pour les médecins, certains prenaient le temps de préparer le sujet avant de l'informer de la réalité de sa maladie, comme est le cas d'Amina, alors que d'autres préféraient la voie directe (Najia, Wafia et Nadia), ils apportaient le diagnostic de façon brusque. Cette annonce pour ces femmes était choquante et imprévue, accompagnée d'un effroi, d'une grande tristesse, de crise de larmes et parfois d'une perte de connaissance.

Concernant l'ablation du sein, la situation était aussi bouleversante et dure à accepter par les femmes. En revanche après l'ablation, elles étaient relativement plus rassurées, bien qu'elles regrettent la perte de cet organe qui est un symbole de la féminité, maternité et de la sexualité.

Ces femmes étaient souvent soutenues par les conjoints, ce qui les avaient beaucoup encouragées et aidées à accomplir leurs cures, à part Amina. Elles ont tenté de s'adapter à ce changement brutal dans leur vie quotidienne, chacune selon ses capacités et le soutien qu'elle recevait de son entourage, Malgré la détresse émotionnelle après l'ablation, elles ont pu relativement assimiler les changements et réaménager leur mode de vie. Durant cette période, la majorité des conjoints sont devenus plus attentionnés, rassurants, plus proches et disponibles pour leurs épouses, à l'exception du cas d'Amina. La relation avec les membres de la famille se caractérisait par la compréhension, la confiance et un grand soutien réciproque chez la plus part des femmes.

Plusieurs études ont déjà mis l'accent sur le rôle du soutien marital comme la première source de soutien chez les patientes cancéreuses, la première a été réalisée par Libert et Merckaert (2006) en Belgique, elle a permis de montrer que lorsqu'on demandait aux patients cancéreux de désigner la personne qui les a le plus aidés dans la gestion de la maladie, 57% désignaient le conjoint. Une autre étude faite par Harrow (2008) a montré également que les conjoints des patientes traitées pour un cancer du sein font tout leur possible pour soutenir leur compagne dans cette épreuve, et ils tentent de minimiser l'impact du cancer du sein en apportant à leur compagne soutien émotionnel et matériel et en se montrant positifs et soutenant.

Après la chimiothérapie, la plupart des membres de leurs familles essayaient aussi d'apporter un soulagement et de la gaieté pour les femmes qui se trouvaient affaiblies.

La plus part des scores du questionnaire de soutien social perçu sont élevés ou très élevé : Nadia et Wafia ont un degré de satisfaction très élevé ; Najia et Amina ont un degré de satisfaction élevé Selon le questionnaire de soutien social spécifique au cancer, toutes les femmes perçoivent un soutien social de nature émotionnel (le cas de Najia et Wafia) ou un soutien social de nature matériel (le cas d'Amina et Nadia). Ainsi, nous concluons que la plus part des femmes cancéreuses perçoivent un soutien social qui est plutôt émotionnel et matériel qu'informatif et négatif. Cela signifie que le soutien social à une influence positive sur les femmes cancéreuses pour faire face à des angoisses et des difficultés épuisantes.

Dans le cadre de notre recherche intitulée « *La perception du soutien social chez les femmes mammectomisées* », nous avons tenté de préciser le degré de satisfaction de soutien chez les femmes cancéreuses et la nature du soutien social le plus perçu.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique, qui permet la compréhension approfondie des cas, elle se caractérise également par la mise en œuvre des techniques spécifiques pour développer une étude de cas.

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'entretien clinique, dont l'objectif est de récolter des informations sur le vécu de la découverte de la maladie et le parcours thérapeutique, comme nous avons appliqué deux questionnaires, à savoir le questionnaire de SSQ (Sarason et al. 1983) et le questionnaire du soutien social spécifique au cancer (Que SSSC) afin d'évaluer le degré de satisfaction d'une part, et préciser la nature de soutien perçu par les femmes d'autre part.

L'analyse des données du premier questionnaire nous montre que les femmes présentent un degré élevé ou très élevé de satisfaction du soutien social, et celle du second questionnaire révèle que la nature soutien social le plus perçu est le soutien émotionnel ou matériel.

A partir de ces résultats, nous pouvons dire que nos hypothèses de travail sont confirmées.

La prise en charge médicale est très importante, pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au niveau des services hospitaliers, qui pourront offrir une écoute attentive aux préoccupations des femmes atteintes, car nous avons remarqué que les patientes se sentaient soulagées après avoir exprimé leurs souffrances internes.

Il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain en particulier. Ainsi, elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé, à savoir le cancer du sein et comprendre leur vécu psychique et les souffrances des patientes atteintes de cette maladie.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres chercheurs d'effectuer, des travaux sur le même sujet sous un autre angle, de manière approfondie et de mettre l'accent sur l'impact de cette affection sur la vie psychique des malades.

Liste bibliographique

- Beauregard, L et Dumont, S. (1996). *La mesure du soutien social*. Service social : 45(3), 55-76. 7202 /706737ar. Récupère de <https://doi.org/10.7202 /706737ar>.
- Ben Zidane, N. (2004). *Cancer de sein diagnostique et traitement*. Alger : Office des publications Universitaires Ben Aknoun.
- Bénony, H et Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : P.U.F.
- Brown, Z et Freeman, H. (2008). *Le cancer du sein*. Paris : EDP science.
- Brullmann, F. (2007). Automatisé de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée. *Carnet psy*. 119, 46-51.
- Darius, R et Delvaux, N. (1998). *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*. Paris : Masson.
- Dauchy, S et Rouby, P. (2006). *Aspect psychologique du cancer de sein de la femme jeune*. Lille. Récupéré de http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9814/SFSPM_2006_13_322.pdf?sequence=1.
- Delahaye, M.C. (1992). *Le livre de bord de la femme*. Belgique : Marabout.
- Delvaux, N. (2006). *L'expérience du cancer pour les familles*. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-81.htm>.
- Duchesne, S. (2008). *Soutien social et famille vulnérable : conceptualisation, intervention et évaluation*. Québec : Presses de l'Université du Québec. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/258120935_Soutien_social_et_familles_vulnerables_conceptualisation_intervention_et_evaluation.
- Gros, D. (2009). *Cancer du sein : entre raison et sentiments*. Paris : Springer.
- Honore, S. (2005). *Cancer de sein*. Paris : Seuil.
- [https : www.europadonna.fr](https://www.europadonna.fr).
- [https:// www.who.int/fr/news-rome /fact-sheets/detail/breast-cancer](https://www.who.int/fr/news-rome/fact-sheets/detail/breast-cancer).
- https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2017-04/dp_observatoire_cancer_2016.pdf.
- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Lescancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>.
- <https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avec-un-cancer/soutien-cancer/soutien-psychologique-cancer.html>.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448716300804>.

- L'institut national du cancer. (2007). *Vivre pendant et après un cancer*. Paris. Récupère de <https://www.e-cancer.fr>.
- Lavarde, A. M. (2008) .*Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Paris : De boeck.
- Ligue nationale contre le cancer. (2018). Les cancers du sein. Récupéré de [https :
//www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-sein-2018-01.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-sein-2018-01.pdf).
- Lorient, Y et Morddant, P. (2011). *Cancérologie*. paris : Masson.
- Louzier, M. Côté, K. et Samson, A. (2005). *Effet du soutien social sur le bien-être psychologique et la poursuite des études postsecondaires : une étude chez les élèves en contexte francophone minoritaire*. L'orientation scolaire et professionnelle : 4(1), 10.4000/osp.4506. Récupéré de <https://journals.openedition.org/osp/4506>.
- Monge, M. (2006). *Cancérologie et biologie*. Paris : Masson.
- Puddu, M et Tafforeau, J. (2005). *Opportunité de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*. Institut Scientifique de la Santé Publique. Récupéré de https://www.wiv-isp.be/epidemi/epifr/crospfr/sein_fr.pdf.
- Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Armand Colin.
- Ruiller, C. *Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier*. Université de Rennes : IGR-IAE de Rennes. Récupéré de <https://www.agrh.fr/assets/actes/2007ruiller107.pdf>.
- Scotté, F et al. (2002). *Cancérologie*. Paris : Ellipses.
- Segrestan-Crouzet, C, (2010). *Evaluation et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein – rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade*. (Thèse de maîtrise, Université de Bordeaux 2, France). Récupère de <https://www.theses.fr/2010BOR21729.pdf>.
- Société canadienne du cancer. (2012). *Faire face au cancer : un guide à l'intention des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants*. Canada. Récupéré de <https://iucpq.qc.ca/sites/default/files/living-with-cancer-2016-fr.pdf>.
- St-Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. (Thèse de maîtrise, Université du Québec, Montréal, Canada). Récupéré de [https : // archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf](https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf).
- Thierry, P. (2016). *Observatoire cancer Institut Curie*. Paris. Récupère de [https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2017-
04/dp_observatoire_cancer_2016.pdf](https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2017-04/dp_observatoire_cancer_2016.pdf).
- www.roche.fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avec-un-cancer/parler-cancer/proche.

Annexes

Annexe 01 : Le guide d'entretien

- Informations générales

- Nom, Prénom, Age, Niveau d'instruction, Situation professionnelle, Situation Familiale, Nombre d'enfants.

- Axe 1 : informations sur la découverte de la maladie

- Pouvez-vous nous dire depuis quand avez-vous su que vous étiez malade ?
- Pouvez-vous nous parler de la découverte de votre maladie ?
- Comment le médecin vous a-t-il annoncé son diagnostic ? comment avez-vous réagi sur le coup ?
- Comment avez-vous vécu les moments qui ont suivi cet évènement ?
- Comment étaient les réactions des personnes de votre entourage proche ?
- Avez-vous un autre membre de votre famille qui est touché par cette maladie ?
- Avez-vous une autre maladie entre autres ?

- Axe 2 : informations sur l'ablation

- Comment avez-vous vécu l'intervention et les changements subis ? Parlez-nous de l'attitude de votre conjoint vis-à-vis de cela ?

- Axe 3 : informations sur le soutien familial et social

- Qui est-ce qui vous accompagnait souvent à l'hôpital pour les consultations ? Que vous offre sa présence à vos côtés pendant ce moment-là ?
- Comment pouvez-vous nous décrire le comportement des autres personnes de votre entourage proche durant cette période ? Est-il soutenant et encourageant ou l'inverse ?
- Quel est le genre de soutien que vous attendez plus de votre famille ?
- Pensez-vous que le soutien de la famille est important pour faire face à cette maladie ?
- Comment pouvez-vous nous décrire le comportement du personnel médical ? Répond-il à vos besoins (qualité des soins médicaux, écoute, compassion...) ?

Annexe 02 : Questionnaire d'auto-évaluation de Soutien Social (S.S.Q. de Sarason &al, 1983)

La consigne :

Les questions concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) sur qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne. Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez la réponse « aucune personne », mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles.

1/ Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

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

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

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

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

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

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

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

11/ Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

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

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

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

Annexe 03 : Questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer (QueSSSC)**La consigne**

Voici quelques questions sur le soutien mis à votre disposition. Dans quelle mesure chacune des propositions suivantes correspond à ce que vous avez vécu au cours des dernières semaines ? Précisez ensuite, pour chaque type de soutien :

- Le degré de satisfaction/insatisfaction que vous en avez retiré (de « très insatisfait » à « très satisfait ») - qui vous l'a apporté.

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. ayant vécu une expérience similaire à la mienne ont eu des échanges positifs avec moi					
2. se sont montrées fortes moralement et m'ont ainsi donné beaucoup de courage					
3. ont échangé avec moi au téléphone					
4. ont pris le temps de me rassurer					
5. m'ont témoigné leur affection (Paroles, cadeaux, attentions...)					
6. m'ont offert écoute et compréhension lorsque j'en avais besoin					
7. m'ont permis d'évacuer mes inquiétudes les plus personnelles					
8. m'ont fait sentir que je n'étais pas seul(e)					
9. ont eu des paroles réconfortantes					

Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?

- Conjoint / Partenaire Frère / Sœur Ami (e)
- Personnel soignant Père / Mère Enfant...
- Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
10. m'ont proposé de l'aide pour les tâches domestiques (ménage, courses, préparer les repas...)					
11. m'ont encouragé(e) à les appeler en cas de besoin					
12. m'ont aidé(e) dans les tâches que je ne pouvais pas réaliser					

Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?

- Conjoint / Partenaire Frère/Sœur Ami(e)
 Personnel soignant Père/ Mère Enfant...
 Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
13. m'ont proposé de m'accompagner dans des activités (restaurant, cinéma, sorties, jeux...) pour me changer les idées					
14. sont venues me rendre visite					

Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?

- Conjoint / Partenaire Frère/Sœur Ami(e)
 Personnel soignant Père /Mère Enfant...
 Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
15. ont pris le temps de m'expliquer la maladie					
16. m'ont donné des informations sur la maladie, les traitements, les soins					

Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?

Conjoint / Partenaire Frère / Sœur Ami(e)

Personnel soignant Père / Mère Enfant.....

Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
17. ont pris de la distance avec moi					
18. m'ont donné des exemples où la maladie a été très difficile ou fatale					
19. m'ont ennuyé avec leurs petits problèmes personnels					
20. m'ont trop parlé de la maladie					

Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?

Conjoint / Partenaire	<input type="checkbox"/>	Frère / Sœur	<input type="checkbox"/>	Ami(e)	<input type="checkbox"/>
Personnel soignant	<input type="checkbox"/>	Père / Mère	<input type="checkbox"/>	Enfant...	<input type="checkbox"/>
Connaissances	<input type="checkbox"/>				

La perception du soutien social chez les femmes mammectomisées

Résumé

L'objectif principal de cette recherche est de définir le degré de satisfaction du soutien social apporté par l'entourage proche aux femmes mammectomisées, et aussi de connaître la nature de soutien social le plus perçu par ces dernières. Autrement dit, il s'agit d'étudier le soutien social perçu par les femmes mammectomisées qui constitue un des facteurs importants pour faire face à cette maladie, tant au niveau psychologique que physique.

Pour réaliser ce travail, nous avons sélectionné un groupe de recherche qui est constitué de quatre (4) femmes ayant subi une ablation du sein au niveau du service d'oncologie au centre pierre et marie curie (CPMC). Nous avons eu recours à un entretien semi-directif, à un questionnaire du soutien social (SSQ) et à un questionnaire du soutien social spécifique au cancer (Que SSSCQ).

Les résultats obtenus indiquent que les femmes mammectomisées présentent un degré élevé ou très élevé de satisfaction du soutien social, et que la nature du soutien social le plus perçu par celles-ci est le soutien émotionnel ou matériel. Ainsi, nous pouvons dire que nos hypothèses de travail ont été confirmées.

Mots clés : les femmes mammectomiées ; cancer du sein ; soutien social perçu.

Social support perceived by mammectomised women

Abstract

The main objective of this research is to define the degree of satisfaction with the social support provided by the close circle of friends and family to mammectomised women, and also to know the nature of the social support most perceived by the latter. In other words, the aim is to study the social support perceived by mammectomised women, which is one of the important factors in coping with this disease, both psychologically and physically.

To carry out this work, we selected a research group consisting of four (4) women who had undergone a breast ablation in the oncology department of the Centre Pierre et Marie Curie (CPMC). We used a semi-structured interview, a social support questionnaire (SSQ) and a cancer-specific social support questionnaire (Que SSSCQ).

The results obtained indicate that mammectomised women have a high or very high degree of satisfaction with social support, and that the nature of social support most perceived by them is emotional or material support. Thus, we can say that our working hypotheses have been confirmed.

Key words: mammectomised women; breast cancer; perceived social support.