

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE
ET POPULAIRE MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

Université Abderrahmane MIRA, BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département De Psychologie Et De L'Orthophonie



Mémoire de Fin D'Etudes

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

**Le Stress Post Traumatique Chez Les Femmes
Ayant Subi Une Mastectomie Totale**

Présenté par :

BELATECHE Massissilia

Encadré par :

Pr : IKARDOUCHENE Zahia

Promotion 2023/2024

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Dieu le tout-puissant pour m'avoir accordé la force, le courage et la volonté nécessaires pour entreprendre ce travail.

Ensuite, je souhaite exprimer ma sincère reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont accompagné tout au long de l'accomplissement de ce mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier notre promotrice, le Professeur IKARDOUCHE ZAHIA, pour sa confiance indéfectible, ses précieux conseils et le temps précieux qu'elle a consacré à chaque étape de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à nos enseignants de l'Université Abderrahmane-Mira, en particulier à ceux de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales, pour leur précieuse contribution à notre formation.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers les membres du jury qui ont pris le temps d'évaluer notre travail avec attention et rigueur.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers M^{me} LAKHDAR CHAOUCHE KATIA, mon maître de stage, pour avoir partagé avec générosité ses vastes connaissances théoriques et cliniques, qui ont enrichi ma pratique et continueront à le faire.

Un immense merci à toutes les patientes volontaires qui ont généreusement consacré de leur temps pour répondre à notre guide d'entretien ainsi qu'au test TRAUMAQ, leur contribution précieuse a rendu possible la réalisation de cette étude.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible tout au long de ces années, qui a été essentiel à la concrétisation de ce projet.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement tout le personnel de l'EPH d'AMIZOUR pour leur accueil chaleureux et leur ouverture, qui ont facilité notre travail et enrichi notre expérience.

Dédicace

Je tiens à dédier ce travail :

À ma chère mère, la prunelle de mes yeux, mon exemple qui m'a toujours soutenue, valorisée et encouragée d'aller jusqu'au bout et qui ne cesse de le faire.

Qu'elle trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance. Que dieu la protège et lui donne longue vie.

À mon très cher père qui malgré les grandes responsabilités il assume dans son travail, en tant que père de famille, il a toujours été près de moi, pour me soutenir et m'encourager.

Que le bon dieu lui accorde la protection.

À mon cher frère Tayeb.

À ma chère sœur Lydia.

À mon cher Dada Tahar.

À ma Grand-mère Yama Djidji.

À mon très cher Yanis.

À toutes mes tantes et tous mes oncles.

À mes cousins et mes cousines.

À mes amis.

Enfin je le dédie à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'achèvement de ce travail.

MASSISSILIA.

Table de matière

Introduction générale.....	17
----------------------------	----

PARTIE THEORIQUE

CHAPIRE I : Problématique et hypothèses

1 Problématique et hypothèses	22
2 Hypothèses :	28
3 Opérationnalisation des concepts	29
3.1 Mastectomie	29
3.2 État de stress post traumatique.....	29
4 Objectif de la recherche	29
5 Importance de la recherche.....	30

CHAPITRE II : Le stress post traumatique

Préambule.....	32
1 Aperçu historique.....	32
2 Le trauma.....	34
2.1 L'appareil psychique	34
2.2 Stress	34
2.3 Traumatisme psychique	35
2.4 Le stress post-traumatique	37
3 Les symptômes non spécifiques de l'état du stress post traumatique.....	38
4 Causes du traumatisme	40
4.1 Les événements traumatisants.....	40
5 L'étiopathogénie du trouble du stress post traumatique	41
5.1 Modèle de Mowrer (1960)	41
5.2 Modèle d'Horowitz (1976, 1996).....	42
5.3 Modèle de Jannof-Bullman (1985, 1992)	42
6 Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5	43
7 Évènement et évènement traumatique	46
7.1 Un événement	46
7.2 Evénement traumatique	46
8 Évolution du trouble de stress post traumatique.....	47
8.1 Evolution de la symptomatologie post traumatique à long terme : l'importance des trois premiers mois.....	47

8.2 Le devenir des symptômes non traités du trouble de stress post traumatique : impact à long terme et mécanisme de maintien	48
9 Théorie freudienne du traumatisme	48
10 Les comportementalistes, cognitivistes, et modèles de réaction au traumatisme.....	49
10.1 Le modèle Pavlovien	49
11 Facteurs de risque et de protection de l'ESPT	50
11.1 Facteurs de risque pré-traumatiques	50
11.1.1 Facteurs de risque péri-traumatiques.....	51
11.1.2 Détresse péri-traumatique.....	51
11.1.3 Autres facteurs	51
11.1.4 Facteurs de risque post-traumatiques	51
11.2 Les Facteurs de protection contre ESPT	52
11.2.1 Soutien social	52
11.2.2 La Résilience	52
Synthèse	53

CHAPITRE III : La mastectomie et le cancer du sein

Préambule.....	55
1 Anatomie du sein	55
2 Le cancer du sein	56
2.3 Définition du cancer du sein.....	57
2.4 Définition de la mastectomie.....	58
3 Les symptômes du cancer.....	58
3.1 Les signes tardifs	59
4 Les types de cancer du sein	59
4.1 Cancer non invasif	59
4.1.1 Carcinome canalaire in situ.....	59
4.2 Cancer invasif	60
4.2.1 Carcinome canalaire	60
4.2.2 Carcinome lobulaire.....	60
4.2.3 Carcinome inflammatoire	60
4.2.4 Autres carcinomes.....	60
4.2.5 Maladie de Paget.....	60
5 Les types de Mastectomie.....	60
5.1 Mastectomie radicale ou opération de Halsted	60
5.2 Mastectomie radicale modifiée	61

5.3 Mastectomie simple ou mastectomie totale	61
5.4 Mastectomie Partielle.....	62
5.5 Mastectomie prophylactique	63
6 Risques éventuels de la mastectomie.....	63
6.1 Les risques standards d'une intervention chirurgicale.....	63
6.2 Complications graves et /ou exceptionnelles	64
7 Effets secondaires de la chirurgie mammaire	64
7.1 Formation d'un cordon axillaire	64
7.2 Adhérence cicatricielle et des tissus environnants	64
7.3 Les points gâchette.....	64
7.4 Atteinte des nerfs périphériques.....	65
7.5 Syndrome de douleur post-mastectomie	65
7.6 Changement de composition corporelle.....	65
7.7 Fatigue reliée au cancer	65
8 Le dépistage	65
9 Les moyens de diagnostic.....	66
9.1 L'interrogatoire	66
9.2 L'examen clinique.....	66
9.2.1 L'inspection.....	67
9.2.2 La palpation	67
10 Les facteurs de risques.....	67
10.1 Un facteur de risque	67
10.2 Quelques facteurs de risque	67
11 Les traitements.....	68
11.1 La radiothérapie	68
11.2 La chimiothérapie	68
11.3 La thérapie hormonale	68
11.4 La thérapie ciblée	69
Synthèse	69

Partie pratique

CHAPITRE VI : La méthodologie

Préambule.....	72
1 Dimension temporelle de l'étude.....	72
1.1 La pré-enquête	72

2 L'enquête	73
2.1 Dimension spatiale de l'étude	73
2.2 Population d'étude	75
2.2.1 Critères du choix de la population d'étude	75
3 La méthode de recherche	76
4 Les outils de recherche	77
4.1 L'entretien clinique	77
4.1.1 L'entretien semi directif	78
4.1.2 Le guide d'entretien	79
5 Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « TRAUMAQ »	87
5.1 Définition du TRAUMAQ	88
5.2 Objectifs du TRAUMAQ	88
5.3 Population concernée par TRAUMAQ	88
5.4 Contenu du questionnaire	88
5.5 L'analyse des techniques utilisées	91
5.6 L'analyse du questionnaire TRAUMAQ	92
5.7 Calcul des notes brutes par échelle	92
6 Déroulement de la pratique	93
6.1 L'attitude du clinicien	94
6.2 Limites de recherche	95
Synthèse	95

CHAPITRE V : Présentation et analyse des données

Préambule	97
1 Présentation et analyse des cas	97
1.1 Présentation et analyse du cas Lilia	97
1.1.1 Présentation du cas	97
1.1.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche	97
1.1.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	98
1.1.4 Synthèse du cas	100
1.2 Présentation et analyse du cas Adria	100
1.2.1 Présentation du cas	100
1.2.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche	101
1.2.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	102
1.2.4 Synthèse du cas	103
1.3 Présentation et analyse du cas Camélia	103

1.3.1	Présentation du cas.....	103
1.3.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	104
1.3.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ.....	105
1.3.4	Synthèse du cas	106
1.4	Présentation et analyse du cas Sabrina.....	106
1.4.1	Présentation du cas.....	106
1.4.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	107
1.4.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	108
1.4.4	Synthèse du cas	109
1.5	Présentation et analyse du cas Baya.....	110
1.5.1	Présentation du cas.....	110
1.5.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	110
1.5.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ.....	111
1.5.4	Synthèse du cas	112
1.6	Présentation et analyse du cas Siham.....	113
1.6.1	Présentation du cas.....	113
1.6.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	113
1.6.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	114
1.6.4	Synthèse du cas	115
1.7	Présentation et analyse du cas Alia	115
1.7.1	Présentation du cas.....	115
1.7.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	116
1.7.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ.....	116
1.7.4	Synthèse du cas	118
1.8	Présentation et analyse du cas Leticia.....	118
1.8.1	Présentation du cas.....	118
1.8.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche	118
1.8.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ.....	119
1.8.4	Synthèse du cas	120
1.9	Présentation et analyse du cas Anissa	121
1.9.1	Présentation du cas	121
1.9.2	Présentation et analyse de l’entretien de recherche.....	121
1.9.3	Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	121
1.9.4	Synthèse du cas	123
1.10	Présentation et analyse du cas Ania.....	123

1.10.1 Présentation du cas	123
1.10.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche.....	123
1.10.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ	124
1.10.4 Synthèse du cas	125

CHAPITRE VI : Discussion approfondie des hypothèses

Préambule.....	127
1 Synthèse des résultats et discussion des hypothèses	127
1.1 Discussion des hypothèses.....	127
Synthèse	136
Conclusion générale	138
Bibliographie	
Annexes	
Résumé	

Liste des abréviations

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique.

Et al : Et autres.

INCA : Institut National du Cancer.

INSP : Institut National de Santé Publique.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.

SSPT : Syndrome du Stress Post Traumatique.

SPT : Stress Post Traumatique.

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale.

TSPT : Trouble Stress Post-Traumatique.

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau n° 01	Récapitulatif de la population d'étude	76
Tableau n° 02	Grille de cotation de l'échelle J	92
Tableau n° 03	Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle (N=141)	93
Tableau n° 04	Conversion de la note brute totale de la partie I en note étalonnée et en niveau d'intensité	93
Tableau n° 05	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Lilia	99
Tableau n° 06	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas d'Adria	102
Tableau n° 07	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Camélia	105
Tableau n° 08	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Sabrina	108
Tableau n° 09	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Baya	111
Tableau n° 10	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Siham	114
Tableau n° 11	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas d'Alia	117
Tableau n° 12	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas de Leticia	119
Tableau n° 13	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas d'Anissa	122
Tableau n° 14	Récapitulatif et résultats du TRAUMAQ du cas d'Ania	124

Tableau n° 15	Tableau récapitulatif des résultats de la recherche	128
Tableau n° 16	Tableau récapitulatif des notes étalonnées du 1 ^{er} sous-groupe	130
Tableau n° 17	Tableau récapitulatif des notes étalonnées du 2 ^{eme} sous-groupe	131
Tableau n° 18	Tableau récapitulatif des notes étalonnées du 3 ^{eme} sous-groupe	131
Tableau n° 19	Tableau récapitulatif des notes étalonnées du 4 ^{eme} sous-groupe	132
Tableau n° 20	Tableau explicatif des résultats de la recherche	134

Liste des figures

N° de figure	Titre	Page
Figure n° 01	L'appareil psychique	34
Figure n° 02	Le stress	35
Figure n° 03	Le trauma	36
Figure n° 04	Le stress post traumatique	38
Figure n° 05	L'anatomie du sein	56
Figure n° 06	La structure du sein	57
Figure n° 07	Mastectomie radicale modifiée	61
Figure n° 08	Mastectomie totale	62
Figure n° 09	Mastectomie partielle	63
Figure n° 10	Représentation graphique du profil du cas de Lilia	100
Figure n° 11	Représentation graphique du profil du cas d'Adria	103
Figure n° 12	Représentation graphique du profil du cas de Camélia	106
Figure n° 13	Représentation graphique du profil du cas de Sabrina	109
Figure n° 14	Représentation graphique du profil du cas de Baya	112
Figure n° 15	Représentation graphique du profil du cas de Siham	115
Figure n° 16	Représentation graphique du profil du cas d'Alia	117
Figure n° 17	Représentation graphique du profil du cas de Leticia	120
Figure n° 18	Représentation graphique du profil du cas d'Anissa	122
Figure n° 19	Représentation graphique du	125

	profil du cas d'Ania	
Figure n° 20	Représentation graphique de l'analyse du 1 ^{er} sous-groupe	130
Figure n° 21	Représentation graphique de l'analyse du 2 ^{eme} sous-groupe	131
Figure n°22	Représentation graphique de l'analyse du 3 ^{emee} sous-groupe	132
Figure n° 23	Représentation graphique de l'analyse du 4 ^{eme} sous-groupe	132

Liste des annexes

Annexe	Titre	Page
Annexe n° 01	Test TRAUMAQ	151-157

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale

La femme, en tant qu'archétype de beauté, de sensibilité et de maternité, incarne un symbole fondamental dans la société moderne. Toutefois, malgré sa lutte pour affirmer sa place, elle est fréquemment confrontée à des obstacles qui altèrent son parcours. L'apparition d'un cancer du sein représente une perturbation majeure pour la femme et son partenaire. Ce cancer demeure parmi les affections les plus prévalentes et redoutées à l'échelle mondiale chez les femmes. Année après année, des millions de femmes font face à ce diagnostic déstabilisant, entraînant des répercussions profondes sur leur santé physique, émotionnelle et psychologique. Au-delà de son aspect médical, le cancer du sein engendre toute une série de défis personnels et sociaux, incluant la crainte de la mort, le stress post-traumatique lié aux traitements et une altération significative de la perception de soi et de son propre corps.

Pour les femmes touchées, le cancer du sein représente non seulement une menace pour leur féminité, mais aussi une appréhension concernant les altérations corporelles potentielles. Pour les jeunes patientes, cela entraîne souvent un arrêt de la fertilité, temporaire ou définitif, ajoutant une dimension supplémentaire à leur détresse. Malgré cela, l'espoir d'une rémission demeure une lueur dans l'obscurité.

Aujourd'hui, le cancer du sein demeure un véritable problème pour les femmes et leurs proches, laissant des séquelles physiques et psychologiques qui perdurent souvent pendant des mois, voire des années. Parmi les traitements chirurgicaux utilisés, la mastectomie, qu'elle soit préventive ou curative, se profile comme une option. Cependant, il est essentiel de reconnaître la nature mutilante de cette intervention pour toutes les femmes, quel que soit leur âge, et de prendre en compte cet aspect tout au long de leur parcours médical.

Ce traitement expose la morphologie de cette femme à un risque grave. La découverte d'une tumeur cancéreuse dans son sein, symbole essentiel de son désir et de sa féminité, menace son intégrité physique et émotionnelle. Cette situation laisse planer la possibilité d'une mutilation dévastatrice, mettant en péril non seulement sa santé physique, mais aussi son bien-être psychologique et sa perception de soi. Cette ablation nécessite également d'autres traitements qui s'ensuivent, tels que la chimiothérapie, suivie de la radiothérapie, afin d'empêcher la propagation de la tumeur vers d'autres organes. Cependant, cette prise en charge de la patiente ne se limite pas à un aspect purement somatique ; la dimension psychologique de la prise en charge revêt une importance extrême et est indissociable du traitement médical.

Introduction générale

Notre étude, intitulée « Le stress Post-Traumatique chez les Femmes ayant Subi une Mastectomie Totale », nous a conduits vers un domaine clinique spécifique, au service d'oncologie de l'hôpital Ben Merad El Mekki (Amizour). Là, nous avons cherché des réponses à nos questions auprès de femmes ayant subi une mastectomie et suivant des traitements néoadjuvants¹ de chimiothérapie et d'hormonothérapie.

Nous adoptons une approche intégrative qui marie harmonieusement les perspectives psychanalytiques et les approches cognitivo-comportementales dans notre étude du stress post-traumatique chez ces femmes. Cette fusion théorique nous permet d'approfondir notre compréhension des mécanismes sous-jacents du trouble tout en explorant les réactions cognitives et comportementales des patientes. En combinant ces deux approches, nous sommes en mesure d'analyser les multiples facettes du traumatisme, en tenant compte à la fois des aspects inconscients et conscients de l'expérience traumatique. Cette approche hybride justifie notre choix méthodologique, incluant l'utilisation du questionnaire TRAUMAQ, qui intègre des éléments des deux cadres théoriques pour évaluer les symptômes du traumatisme de manière exhaustive et nuancée.

Notre choix de ce thème découle d'une double considération : d'une part, sa pertinence actuelle et sa résonance avec les préoccupations sociétales, et d'autre part, le constat du manque d'études approfondies en Algérie sur les femmes atteintes de cancer, qui endurent souvent leur souffrance dans le silence. Cette lacune significative dans la recherche a capté notre attention et a orienté notre intérêt vers cette problématique complexe et cruciale.

Notre étude, intitulée « Le stress post-traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie totale », se concentre dans la majeure partie des cas sur des femmes mariées. Cette spécificité est due à la disponibilité des cas au service d'oncologie de l'hôpital Ben Merad El Mekki (Amizour). Bien que l'inclusion de femmes célibataires aurait été bénéfique

¹ Les traitements néoadjuvants sont des thérapies administrées avant le traitement principal d'une maladie, tel qu'une chirurgie ou une radiothérapie. Dans le contexte du cancer du sein, par exemple, les traitements néo adjuvants peuvent inclure la chimiothérapie ou la thérapie hormonale avant une intervention chirurgicale. Ces traitements visent souvent à réduire la taille de la tumeur ou à en limiter la propagation avant une intervention plus invasive. En réduisant la taille de la tumeur, les traitements néo adjuvants peuvent rendre la chirurgie plus efficace et permettre une conservation maximale du sein.

Introduction générale

pour établir des comparaisons plus larges et enrichir notre analyse, les cas de femmes célibataires étaient rares. De plus, le temps limité imparti à notre recherche a restreint notre capacité à étendre notre groupe de recherche. Nous reconnaissons que cette limitation peut influencer la généralisation de nos résultats, mais elle souligne également l'importance de futures recherches qui pourraient explorer cette dimension comparative.

Pour réaliser notre objectif, nous avons élaboré un plan de travail structuré en deux volets distincts : une approche théorique et une approche pratique.

La première partie de notre travail vise à poser des bases solides à notre recherche à travers trois chapitres essentiels :

- Le Chapitre I, expose la problématique centrale ainsi que les hypothèses qui guideront notre investigation.
- Dans le Chapitre II, aborde la notion de stress post-traumatique chez les femmes confrontées à cette épreuve.
- Enfin, le Chapitre III, nous nous penchons sur la réalité de la mastectomie et ses implications physiques et psychologiques.

La seconde partie de notre recherche est réservée à une approche plus concrète, articulée autour des chapitres suivants :

- Le Chapitre IV, détaille la méthodologie de notre étude ainsi que la population ciblée.
- Dans le Chapitre V, nous exposons les techniques employées pour collecter et analyser les données recueillies.
- Enfin, le Chapitre VI, offre une discussion approfondie autour de nos hypothèses initiales.

Nous concluons notre travail par une synthèse générale qui ouvre de nouvelles perspectives de recherche, suscitant ainsi un dialogue continu sur cette thématique cruciale.

Partie Théorique

Chapitre I :

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

1 Problématique

Au cours de la vie, l'être humain est confronté à une diversité d'expériences, des succès et des moments gratifiants aux épreuves et aux malheurs. Parmi ces défis, les maladies occupent une place significative, altérant souvent profondément la santé physique et mentale. La notion de bien-être est ainsi conditionnée par la présence ou l'absence de maladies, et être confronté à la maladie engendre invariablement des bouleversements dans le mode de vie, tant sur le plan physique que psychologique. Le cancer, en particulier, représente l'une des maladies chroniques les plus redoutées, résultant de l'activation de gènes cancéreux présents chez chacun, mais dont l'expression pathologique est déterminée par une combinaison complexe de facteurs de risque et de perturbateurs environnementaux.

Selon l'OMS, le terme général "cancer" englobe un vaste ensemble de maladies pouvant affecter n'importe quelle partie de l'organisme. L'une des caractéristiques fondamentales du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leurs limites normales, peuvent envahir les tissus voisins de l'organisme, puis se propager à d'autres organes. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès liés au cancer.

Le cancer, dans toutes ses formes, revêt une importance capitale, comme le souligne Théo-Ley-Denbach. Pour lui, cette maladie représente une double intrusion brutale dans l'existence du malade : d'une part, une atteinte biologique au sein de son corps physique, et d'autre part, une perturbation de son équilibre psychologique qui le confronte soudainement à l'essence même de son être. Les cancers figurent parmi les pathologies les plus sévères et mortelles, constituant ainsi un défi majeur pour la santé publique (Herron, 2003). De nos jours, le simple énoncé du mot "cancer" évoque la perspective de la destruction corporelle et, au-delà, la menace imminente de la mort. Il s'agit d'une tumeur maligne résultant d'une série de divisions cellulaires anormales.

Depuis les années 1990, diverses recherches ont identifié des altérations cognitives chez les femmes traitées pour un cancer du sein, que ce soit par chimiothérapie ou hormonothérapie. Bien que ces problèmes soient fréquents, leur nature précise et les mécanismes sous-jacents demeurent flous. Les recherches ont montré l'impact des différentes thérapies anticancéreuses sur les capacités cognitives des patientes atteintes de cancer du sein. Etant donné que certains troubles cognitifs peuvent survenir avant même le début de la chimiothérapie, les chercheurs ont conclu des résultats en faveur de l'hypothèse selon laquelle les bouleversements psychosociaux après le diagnostic du cancer pourraient également

Problématique et hypothèses

influencer les fonctions cognitives. Ces recherches sont considérées comme des avancées récentes dans le domaine de l'imagerie cérébrale, qui visent à mieux comprendre les bases neuronales de ces altérations cognitives (Revue de neuropsychologie, 2010).

La recherche sur la détection du cancer chez les femmes reste sous-investie, malgré l'ampleur croissante du phénomène et les enjeux psychologiques majeurs qui en découlent. Bien que les avancées scientifiques aient permis une meilleure compréhension des causes et des mécanismes de développement du cancer du sein, les conséquences de cette maladie chez les femmes demeurent encore mal définies. Le traitement du cancer du sein repose principalement sur des interventions telles que l'ablation chirurgicale ou la radiothérapie visant à détruire les cellules cancéreuses. La chimiothérapie, en utilisant des agents anticancéreux, seule ou en combinaison avec d'autres thérapies, a montré des résultats prometteurs. De plus, l'immunothérapie émerge comme une nouvelle modalité thérapeutique prometteuse. Ainsi, grâce aux progrès médicaux, cette maladie semble évoluer vers une prise en charge plus efficace.

Le sein, chez la femme, revêt une symbolique complexe, représentant à la fois la féminité et les aspects liés à la sexualité et à la reproduction, tant dans sa dimension individuelle que maternelle. Les symptômes du cancer du sein comprennent plusieurs manifestations, parmi lesquelles une masse ou une zone indurée qui n'était pas présente auparavant, une rétraction cutanée (fossette) spontanée ou provoquée lors du mouvement des bras, un changement global de l'aspect ou du volume du sein, un écoulement mamelonnaire, particulièrement s'il est sanglant, des anomalies cutanées du mamelon ou de l'aréole telles qu'un eczéma, ainsi que des rougeurs (érythème) de la peau ou un aspect rappelant une peau d'orange.

Les causes du cancer du sein ne sont pas clairement définies. Cette pathologie est multifactorielle, avec plusieurs facteurs de risque (biologiques, environnementaux et psychologiques) prédisposant au développement du cancer du sein (Mignotte, 2011). Selon l'OMS, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins, avec environ 1,7 million de nouveaux cas diagnostiqués chaque année. En 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un diagnostic de cancer du sein datant des cinq années précédentes. Depuis la dernière estimation en 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20 % et la mortalité de 14 %.

Selon les données mondiales les plus récentes que nous avons pu retracer, 1,7 million de nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués par des professionnels de la santé en

Problématique et hypothèses

2012 (De Morais et al., 2016). En 2014, au Canada, le cancer du sein se classait au troisième rang des diagnostics de cancer, représentant 13 % de tous les cas de cancer et 25 % des cas chez les femmes (Société canadienne du cancer, 2017). Bien que le cancer du sein touche principalement les femmes plus âgées, 22 % de toutes les femmes atteintes de cette maladie ont moins de 50 ans, et plus de femmes de moins de 40 ans décèdent du cancer du sein que de tout autre type de cancer. Cette maladie se révèle donc plus agressive chez les jeunes femmes (Gould et al., 2006).

En 2020, on a recensé 2,3 millions de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes et 685 000 décès dans le monde (OMS, 2023). En France, le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes, avec environ 52 000 nouveaux cas chaque année. Ce chiffre a légèrement augmenté de 0,3 % par an sur la période 2010-2023, selon les récentes données publiées par Santé publique France, l'INCA, les Hospices civils de Lyon et le réseau français des registres des cancers (Paquier, 2023).

Au cours des deux dernières décennies, tous les registres du cancer dans le monde ont noté une augmentation constante de l'incidence du cancer du sein. Chaque année, environ 7500 nouveaux cas de cancer du sein sont recensés, entraînant environ 3 500 décès. Les cancers du sein représentent 30 % de tous les cas de cancer et occupent la première place parmi toutes les tumeurs (Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, 2012). En effet, en Algérie, le cancer du sein, l'un des cancers les plus courants selon l'INSP, enregistre plus de 14 000 nouveaux cas chaque année. Malheureusement, cette maladie demeure sous-estimée par les patientes, plus de 50 % d'entre elles consultant avec une tumeur de plus de 3 cm déjà développée (Benzaidene, 2004).

Les estimations européennes révèlent qu'une femme sur neuf développe un cancer du sein, tandis qu'en Algérie, environ 40 000 nouveaux cas de cancer sont enregistrés chaque année, dont 10 000 sont diagnostiqués à un stade avancé, entraînant le décès de 3 500 femmes, soit dix décès chaque jour. Cela survient malgré la disponibilité des traitements et l'avancement des soins (Magazine mensuel de la santé, 2012).

Malgré les avancées dans les traitements thérapeutiques tels que la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la chirurgie ablative, la dégradation du sein reste un défi inévitable. Dans la plupart des cas, la chirurgie est incontournable, car la détection du cancer survient souvent au stade où la tumeur est palpable. Cette intervention chirurgicale, souvent la seule option, entraîne une double conséquence : d'une part, elle est liée au cancer, engendrant

Problématique et hypothèses

une expérience douloureuse et une blessure narcissique aux implications psychologiques profondes ; d'autre part, elle affecte le sein, symbole d'élégance et de féminité, qui se trouve mutilé suite à la mastectomie.

La mastectomie, également connue sous le nom de chirurgie non conservatrice, est réalisée sous anesthésie générale et implique l'ablation complète du sein affecté, y compris l'aréole et le mamelon. Il existe deux types de mastectomies non conservatrices : la mastectomie totale, également appelée mastectomie simple, et la mastectomie radicale modifiée.

Lors d'une mastectomie totale, le chirurgien enlève le sein ainsi que le revêtement des muscles thoraciques (fascia pectoral), tout en préservant les ganglions lymphatiques, les nerfs et les muscles du thorax. Cette intervention est préconisée lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade très précoce, notamment in situ, et qu'il n'y a aucune indication de propagation aux ganglions lymphatiques avoisinants. En revanche, lors d'une mastectomie radicale modifiée, certains ganglions lymphatiques de l'aisselle sont également retirés et analysés afin de déterminer l'extension du cancer du sein et d'orienter le traitement ultérieur (INCA).

En Algérie, de nombreuses femmes confrontées au cancer du sein ont subi une mastectomie, une épreuve qui laisse des séquelles tant physiques que psychologiques. Peu nombreuses sont celles qui témoignent avoir eu la chance de bénéficier d'une reconstruction mammaire, tandis que d'autres expriment les difficultés à vivre en société et à affronter le regard des autres, souvent exacerbées par l'impossibilité d'accéder à une chirurgie réparatrice en raison des coûts élevés. Certaines évoquent également les tensions et les dégradations au sein de leur couple (Boumansour et al., 2014).

L'intervention chirurgicale engendre des perturbations psychologiques liées au sentiment de perte, susceptible de déclencher une dépression, une angoisse de mort, des troubles de l'humeur, et d'autres réactions émotionnelles. Ces réactions, communes à de nombreuses maladies chroniques, sont amplifiées dans le cas d'une maladie grave laissant des séquelles organiques et psychologiques profondes. La perte d'un organe à forte symbolique féminine crée un sentiment de vide et de comparaison avec les autres femmes, menaçant directement et profondément l'identité féminine.

Le mot "cancer" et le terme "sein" portent une charge symbolique lourde, où l'esprit est envahi par une angoisse résumée à l'idée de mortalité. Le sein devient alors une menace, une

Problématique et hypothèses

confrontation probable à la mort, provoquant une détresse interne. L'annonce de la mastectomie d'un sein atteint du cancer constitue un événement brutal et inhabituel qui plonge la personne dans une dimension psychologique traumatisante.

Selon Kédia et ses collaborateurs (2013), le vécu psychique se manifeste par une diversité de symptômes dans le temps, observables à travers des comportements tels que la conversion, l'agitation ou la stupeur, ainsi que des émotions telles que l'anxiété et la confusion. Les syndromes, à court ou à long terme, sont interprétés différemment selon les approches psychologiques actuelles : une approche globale, inspirée de la psychanalyse, et une approche symptomatologique, en référence au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Kédia, et al., 2013). Cet événement peut être qualifié de traumatogène plutôt que traumatique, en fonction du vécu subjectif de la personne. En effet, l'annonce de cette maladie potentiellement mortelle et l'acte chirurgical qui en découle provoquent un choc, une désorganisation du schéma corporel et un bouleversement des sentiments, notamment le sentiment de différence (Declercq, et Lebigot, 2001). L'ablation du sein est assimilée à un traumatisme psychologique majeur, selon Robe, qui affirme que la mastectomie est un traumatisme psychique plus important que n'importe quelle intervention chirurgicale (Borten, et Ferreri, 2002).

Le concept de traumatisme psychique a été élaboré pour la première fois par Pierre Janet dans sa thèse de doctorat en lettres de (1889), intitulée "L'Automatisme psychologique". Il décrit comment des excitations liées à des événements violents frappent le psychisme, y pénètrent et y demeurent comme un "corps étranger". Ces événements peuvent entraîner une dissociation de la conscience, où le souvenir de l'événement, désigné comme une "idée fixe", reste isolé dans le préconscient, suscitant des manifestations psychiques ou psychomotrices automatiques telles que des hallucinations, des cauchemars et des actes automatiques, tandis que le reste de la conscience continue de fonctionner normalement (J-B. Stora, 1999).

Les auteurs s'accordent sur l'impact que le traumatisme peut avoir sur le psychisme des individus. Parler de traumatisme psychique, c'est aborder une rencontre avec la mort selon une perspective psychanalytique. Barrois (1988) décrit le traumatisme comme une rupture des liens avec le monde, une confrontation avec l'invasion de l'angoisse d'anéantissement. Il souligne que tout le monde sait ce qu'est un cadavre, mais personne ne sait ce qu'est la mort. Freud, comparant la mort à un "corps étranger interne", explique que lorsque la mort fait intrusion dans le psychisme, elle s'y incruste sans être représentée dans l'inconscient et reste

Problématique et hypothèses

intacte, surgissant à la conscience sous forme d'une angoisse existentielle. Il exprime cette idée en disant : Nous savons que nous allons mourir, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est (Freud, cité par Lebigot, 2005).

Par ailleurs, la médecine psychosomatique a identifié d'autres effets psychologiques chez les patientes atteintes de cancer, notamment une multitude de troubles émotionnels au moment du diagnostic et du traitement de la maladie, suivis d'une période de rémission qui complique la notion de guérison. Ces troubles comprennent des troubles psychiatriques chez 50 % des patients, des troubles de l'adaptation avec une humeur dépressive et/ou anxieuse chez 30 %, et des troubles dépressifs, anxieux ou organiques chez les 20 % restants. Les patients cancéreux sont également confrontés à des problèmes spécifiques tels que la perte du sentiment d'immortalité, la perturbation de l'image de soi en fonction des atteintes de la maladie et des effets du traitement, notamment la mastectomie, la colectomie, l'exérèse faciale, etc. Ils rencontrent également des difficultés d'ordre sexuel, telles que la diminution ou la disparition du désir, ainsi que des problèmes de fertilité (Haynal, et al.,1997).

Ces symptômes rappellent certains aspects de la symptomatologie classique du trouble de stress post-traumatique, bien qu'ils soient également liés à d'autres troubles émotionnels et psychiatriques couramment associés aux maladies graves et à leurs traitements. Le cancer est donc un défi majeur pour la santé mentale des individus qui en sont affectés, nécessitant une approche globale et multidisciplinaire pour la prise en charge efficace des aspects physiques, psychologiques et sociaux de la maladie.

En effet, le cancer du sein est une maladie grave, potentiellement mortelle, qui représente un défi majeur pour la santé publique et individuelle. Le traitement de cette maladie, souvent associé à une mastectomie, engendre des perturbations physiques, psychologiques et sociales significatives chez les femmes atteintes. Ces perturbations sont largement liées à la symbolique complexe du sein dans la société et à l'impact psychologique profond de la maladie et de son traitement sur l'identité féminine et le bien-être psychologique des patientes. Une prise en charge efficace du cancer du sein, doit prendre en compte la personne dans sa globalité en examinant globalement les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la malade afin d'optimiser les résultats cliniques et la qualité de vie des patientes.

Une étude publiée dans la revue *Breast Cancer : Targets and Therapy* (2016) suggère

Problématique et hypothèses

qu'il existe une forte corrélation entre le diagnostic d'un cancer du sein et un syndrome de stress post-traumatique sans qu'aucune preuve ne puisse démontrer une relation de causalité directe entre eux. Il est reconnu que le diagnostic d'une maladie mortelle puisse engendrer, chez le patient diagnostiqué, le développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Pour cela, ils ont compilé les études publiées entre 2002 et 2016 traitants de ces thématiques. Résultat : selon leur analyse, l'incidence du SSPT chez les patients atteints de cancer du sein variait entre 0% et 32,3%, selon le stade et la phase de la maladie et selon les outils de mesure utilisés (Khayat, 2017).

À la lumière de tout ce qui a été exposé précédemment, nous proposons de répondre aux questions suivantes :

1 Les femmes ayant subi une mastectomie, en raison du cancer du sein, développeraient-elles un stress post-traumatique ?

1.1 Est-ce que du fait que ces femmes vivent une situation similaire de mastectomie, présenteraient des niveaux de stress post-traumatique identiques comme le refléteraient :

- Des résultats similaires au test TRAUMAQ ?
- Des préoccupations similaires lors des entretiens ?

1.2 Les femmes qui ont subi une mastectomie à un stade avancé du cancer du sein ont-elles un risque accru de développer un stress post-traumatique par rapport à celles opérées à un stade précoce ?

Pour répondre à ces interrogations et développer nos hypothèses, nous nous appuyons à la fois sur les fondements théoriques adoptés dans cette présente étude et aussi sur les résultats préliminaires de notre enquête exploratoire. Ainsi, nous formulons les hypothèses suivantes :

2 Hypothèses :

2 Les femmes ayant subi une mastectomie, en raison du cancer du sein, développeraient un stress post-traumatique, qui se donnerait à voir par un score élevé au test TRAUMAQ et aussi par une fragilité du discours à l'entretien clinique.

Problématique et hypothèses

2.1 Compte tenu des différences individuelles, les femmes qui vivent une situation similaire de mastectomie, présenteraient des niveaux de stress post-traumatique différents d'un cas à l'autre comme le refléteraient :

- Des résultats variés au test TRAUMAQ ;
- Des préoccupations et fragilité variées lors des entretiens.

2.2 Compte tenu du risque d'échec de l'opération et du traitement, les femmes qui ont subi une mastectomie à un stade avancé du cancer du sein, présenteraient un stress post-traumatique plus élevé par rapport à celles opérées à un stade précoce.

3 Opérationnalisation des concepts

3.1 Mastectomie

La mastectomie est une intervention chirurgicale au cours de laquelle un ou les deux seins sont retirés, ainsi que les ganglions lymphatiques et les tissus environnants. Dans le cadre de notre travail, les femmes ayant subi une mastectomie nous sont référées par le médecin oncologue.

3.2 État de stress post traumatique

Ce qui définit le stress post traumatique dans notre travail c'est le test TRAUMAQ avec un score de 36 à 128, fournissant une mesure de la sévérité du stress post-traumatique chez les participantes.

4 Objectif de la recherche

- Cette recherche vise à explorer et à analyser en profondeur la relation entre la mastectomie chez les femmes atteintes de cancer du sein et le développement du stress post-traumatique (SPT).
- À travers une revue détaillée de la littérature, cette recherche vise à examiner les facteurs de risque et les symptômes du SPT, ainsi que les différentes théories et modèles explicatifs du traumatisme psychique.
- De plus, ce travail vise à examiner les caractéristiques de la mastectomie, les types de cancers du sein, les traitements associés et leurs effets secondaires potentiels, afin de mieux comprendre les facteurs pré et péri-traumatiques pouvant influencer le développement du SPT chez ces femmes.

Problématique et hypothèses

- En utilisant une méthodologie qualitative, incluant des entretiens cliniques et l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, cette recherche a pour ambition de présenter une analyse détaillée de cas de femmes ayant subi une mastectomie, mettant en lumière leurs expériences et leurs réponses psychologiques au traumatisme de la maladie et du traitement. Ceci va déterminer la présence ou non du stress post-traumatique chez les femmes mastectomisées.
- Enfin, cette étude vise à fournir des informations précieuses qui seront susceptibles d'améliorer la prise en charge et le soutien psychosocial des femmes mastectomisées, en mettant en évidence les besoins spécifiques en matière de santé mentale et en proposant des pistes d'intervention efficaces pour prévenir et traiter le SPT dans cette population.

5 Importance de la recherche

L'importance de cette recherche réside dans plusieurs aspects cruciaux :

- Permettre une compréhension approfondie du stress post-traumatique (SPT) chez les femmes mastectomisées ;
- Montrer l'importance d'identifier les facteurs de risque et les symptômes ;
- Améliorer la prise en charge et le soutien psychosocial ;
- Fournir des informations pour les professionnels de la santé ;
- Servir de base pour des recherches futures.

Chapitre II : Le stress post- traumatique

Préambule

Le stress post-traumatique est largement reconnu comme l'un des risques les plus graves pour le bien-être psychosocial de l'individu. Depuis les temps immémoriaux, l'humanité a été confrontée à une multitude d'événements traumatiques, qu'ils soient le résultat d'accidents, de pertes affectives, de catastrophes naturelles dévastatrices ou même de violences interpersonnelles. Ces expériences peuvent laisser des cicatrices psychologiques profondes, altérant la capacité de l'individu à fonctionner de manière saine et à entretenir des relations équilibrées.

En raison de la gravité de l'intervention chirurgicale liée à la mastectomie, de nombreuses femmes ressentent un sentiment de perte, de deuil et parfois même de mutilation. Elles peuvent rencontrer des difficultés pour accepter leur nouvelle apparence physique et pour se réadapter à leur vie quotidienne. De plus, la crainte d'une rechute du cancer et les effets secondaires des traitements peuvent exacerber le stress et l'anxiété. Par conséquent, aborder la question du stress post-traumatique chez ces femmes semble plus que nécessaire.

1 Aperçu historique

« Le concept de stress post traumatique fait son apparition officielle dans le champ des troubles psychiatriques en (1980). Cependant son histoire date de la fin du XIX siècle. Entre 1890 et 1897, à l'époque où naît la psychanalyse, le terme « trauma » désigne un événement dans la vie d'une personne qui est considéré comme primordial par cette dernière à cause des sentiments pénibles qui s'y rattachent » (André, et Richard, 2003, p. 10).

En (1888), Oppenheim décrit une « Névrose Traumatique » Celle-ci « comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement » (Crocq, 1999, p. 11).

Oppenheim « a mis l'accent sur un nouveau mode pathologique précis, qu'est le terme de névrose traumatique. Il avait le grand avantage de poser de nouvelle question et d'élargir des perspectives partiellement limitées par la clinique classique. Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une « névrose d'effroi », qui ressemble beaucoup à la névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Par contre, Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique » (Lebigot, 2011, p. 10).

Par la suite Freud pense que « les événements traumatiques seraient à l'origine des névroses. Lors des premières et deuxièmes guerres mondiales, les différentes études sur les expériences du combat contribuent largement au développement de notions spécifiques dans le champ de la traumatologie comme les concepts de névroses de guerre, de névroses par accident et de névroses traumatique » (Freud, 1920, p-p. 41-60).

D'autre part au début de vingtième siècle Ferenczi a développé un autre terme qu'est « névrose de guerre », à travers les études de psychiatrie militaire qu'il a observé des troubles de même nature chez tous les combattants au retour de champs de bataille. Ces troubles sont naturellement reliés au combat et au choc émotionnel. Ces études réalisées d'abord durant la première guerre mondiale et poursuivies ensuite durant la deuxième. Elles ont permis de préciser les symptômes présentés par les soldats : Etats confuso-anxieux avec panique et agitation » (Ferenczi, 1918, p-p. 27-29).

Les séquelles « psychologiques et sociales graves d'autres guerres (guerre du Vietnam, de Corée et du Liban) ainsi que des mouvements sociaux exerçant des pressions en faveur des soldats traumatisés contribuent à l'avancement sur la connaissance sur le stress post traumatique » (Crocq, 1999, p. 10).

En 1980 le diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III, 1980) présente officiellement une nouvelle entité diagnostic appeler PTSD traduit en français par état de stress post traumatique (ESPT). Les conséquences potentielles graves et handicapantes d'un évènement traumatique sont formellement reconnues. Les auteurs du DSM-III spécifiaient de formes cliniques : la forme aiguë et la forme chronique. Dans la révision du DSM-III en 1987, les psychiatres américains ont modifié quelques critères : ils ont écarté la forme aiguë et ont précisé que l'apparition des symptômes se fait dans un délai d'au moins six mois. Ils ont parlé aussi de survenue différée, c'est-à-dire retardée.

Tel que défini par le DSM-IV (1994), le trouble stress post-traumatique (TSPT) est un trouble susceptible d'apparaître chez quiconque a été exposé à un événement traumatique.

« L'évènement est considéré comme traumatique lorsque la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou à des événements qui représentent une sérieuse menace pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Il est également considéré comme traumatique lorsque la réaction de cette personne face à l'évènement consiste en une crainte ou une peur intense, en un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (DSM-IV, 1994, p.542).

2 Le trauma

2.1 L'appareil psychique

Selon le grand dictionnaire de psychologie, le traumatisme psychique est défini comme étant « un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisation » (Bloch, et al., 1999, p. 965).

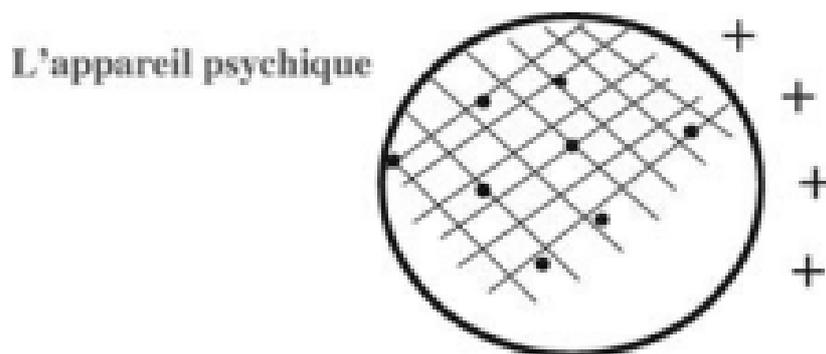


Figure 01 : L'appareil psychique (Lebigot, 2009).

L'appareil psychique peut être assimilé à une vésicule vivante, une entité protégée par un système de pare-excitation. Ce système agit comme un filtre, régulant les influx excitatoires en fonction de leur intensité, tout en permettant la réception d'informations pertinentes.

2.2 Stress

Le stress est défini comme toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme (Selye, 1976). Ce concept, bien que fondamental, a été interprété de différentes manières par divers auteurs. Pour certains, le terme évoque une forme de contrainte ou de tension imposée à une structure mécanique. Ainsi, selon Delay (cité par Henriette, et col, 1992, p. 754), le stress est envisagé comme un « état de tension aigu de l'organisme obligé de mobiliser ses défenses pour faire face à une situation menaçante ». Il est communément admis de distinguer la réaction de stress de l'agent stressant qui en est la cause.

Selye conceptualisait le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme, caractérisée par des manifestations individuelles et propres à chaque personne. Il considérait le stress comme englobant toutes les réactions physiologiques permettant à un organisme de

s'adapter à de nouvelles situations. Ce concept trouve ses racines dans les idées de "fixité du milieu intérieur" de Claude Bernard et d'homéostasie développée ultérieurement par Walter Cannon. Étymologiquement, le terme "stress", signifiant "contrainte" en anglais, se réfère aux facteurs de stress ou stressseurs, tandis que le terme "strain" (fatigue) désigne leurs conséquences, c'est-à-dire les processus déclenchés par l'organisme en réponse à cette contrainte. Selye utilisait le terme "stress" pour décrire ces réponses physiologiques et psychologiques. Ces réponses peuvent permettre à un individu de faire face à un danger imminent et de survivre. Elles peuvent également aider à gérer des situations de stress moindre. Cependant, elles deviennent néfastes lorsqu'elles persistent dans le temps (Nicolas, 2020).

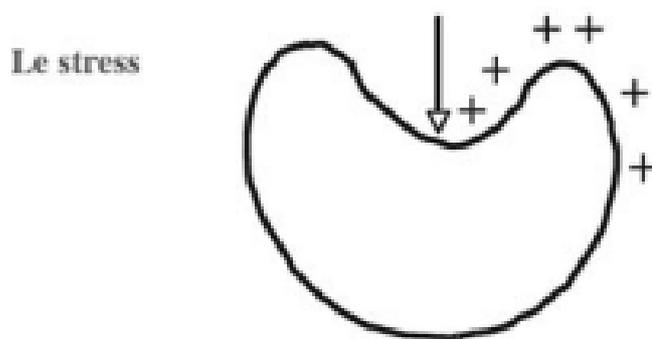


Figure 02 : Le stress (Lebigot, 2009).

Le stress est généré par une menace externe qui stimule la vésicule en l'engageant dans une compression sans pénétration, et ultérieurement, la vésicule retrouve sa forme initiale, laissant cependant une empreinte sous forme de souvenir refoulé.

2.3 Traumatisme psychique

Le mot « traumatisme » « vient des mots grecs anciens traumatismos, signifiant action de blesser, et trauma, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme » (Crocq,

2014, p. 10).

D'après Lemp (2006), un traumatisme se caractérise par un événement soudain et violent, provoquant chez la personne touchée des changements plus ou moins profonds, pouvant être réversibles ou permanents. Pour surmonter un traumatisme comme l'amputation d'un membre, le patient traverse les différentes étapes du processus de deuil. Selon De Broca (2006), ce processus peut être comparé à la métaphore de la cicatrisation après une amputation, ce deuil représente un travail sur toute une vie (Bensmail, 2007).

Selon Kübler-Ross, le processus de deuil comporte cinq étapes distinctes, mais tous les individus ne vivent pas nécessairement toutes ces étapes. Il est fréquent que certaines se chevauchent, soient absentes ou même inversées. La première phase est celle du déni, où le patient refuse d'accepter sa situation. Ensuite, vient la phase de colère, où le patient exprime sa révolte face à sa difficulté. Cette étape est suivie par une phase de marchandage, où le patient tente de retarder l'inévitable tout en acceptant partiellement sa situation. Une phase de dépression peut suivre, au cours de laquelle le patient se replie sur lui-même. Enfin, la dernière étape est celle de l'acceptation, où le patient accepte sa situation et envisage l'avenir de manière optimiste. Il est important de souligner que chaque individu est unique et ne vit donc pas toutes ces étapes, et leur durée peut varier d'un patient à l'autre. Ces étapes de deuil illustrent le processus par lequel un patient peut traverser, et pendant ce processus, il peut recourir à des mécanismes de défense pour faire face à ses émotions (Belkacem, 2007).

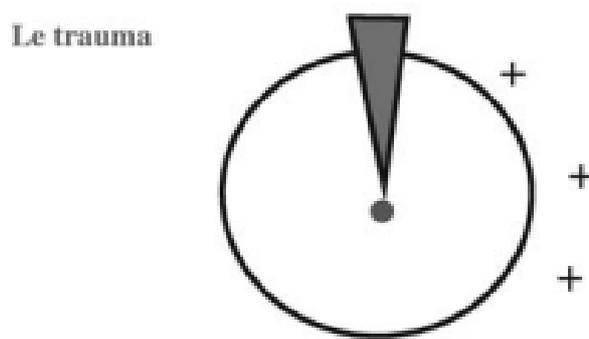


Figure 03 : Le trauma (Lebigot, 2009).

Le traumatisme survient suite à la pénétration de la menace externe, ce que Freud identifie comme l'image traumatique. Lorsque l'organisme est au repos, la menace extérieure envahit la vésicule, alors que le système de filtrage par excitation n'a pas rempli pleinement son rôle, entraînant l'incrustation d'un corps étranger interne qui perturbe le fonctionnement de l'organisme. Cette incrustation peut persister toute la vie du sujet, se manifestant sous

forme de phénomènes de mémoire et donnant lieu au syndrome de répétition.

2.4 Le stress post-traumatique

Le terme du stress post traumatique fut apparaitre au XIXe siècle par le psychiatre Oppenheim sous le nom de la « névrose traumatique », en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer, ou il décrit une entité clinique autonome comprenant les symptômes suivants : « cauchemars ou troubles du sommeil répétitifs, crises d’anxiété en réponse à tout ce qui rappelle l’accident, irritabilité et hypersensibilité aux stimulations externes » (Haddadi, 2010, p. 19).

Plusieurs définitions ont étaient données au trouble du stress post-traumatique, le psychiatre Élise St-André, dans sa revue «revivre, anxiété, dépression et bipolarité» la définit comme étant une confrontation, d’une personne, à un événement grave, perturbant, intense, hors de l’ordinaire, qui a porté ou aurait pu porter atteinte à son intégrité physique ou causer de graves blessures pouvant entraîner sa mort (accident, feu, guerre, agression physique ou sexuelle, témoin d’un meurtre, mort subite d’un proche, etc.), elle peut manifester des réactions physiques et/ou psychologiques aiguës pendant quelques jours en réponse au stress énorme subi. Ces réactions sont considérées comme normales pendant un certain temps. Toutefois, lorsqu’elles perdurent au-delà de quatre semaines, on parle alors d’un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Élise St-André, 2021).

Ce trouble se caractérise par une peur intense associée à un sentiment de désespoir ou d'horreur (désorganisation ou agitation chez les enfants). La personne affectée revit constamment l'événement traumatique et évite les situations susceptibles de lui rappeler celui-ci. Le TSPT se manifeste également par une diminution des réactions émotionnelles ainsi que par de multiples manifestations anxieuses.

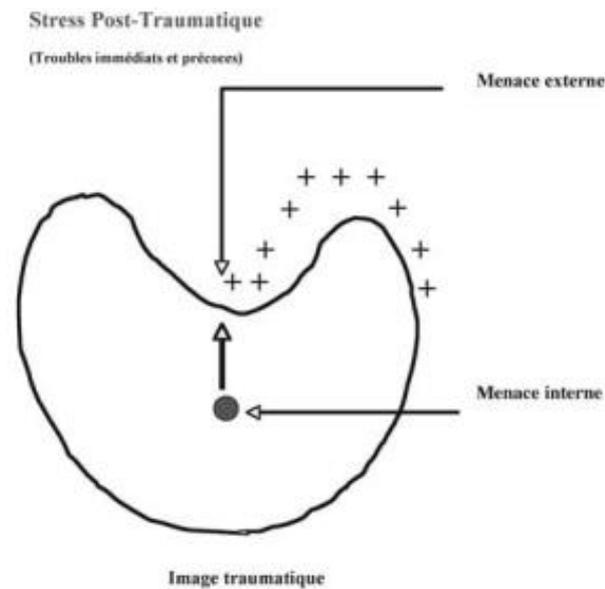


Figure 04 : Le stress post traumatique (Lebigot, 2009).

La menace externe pénètre et pousse l'appareil psychique vers les limites de la ligne de refoulement d'origine, générant ainsi une menace interne à l'intérieur de la vessicule. Cela entraîne une perturbation et une désorganisation de la vessicule, provoquant une terreur qui se traduit par une absence totale de pensée ou d'émotion, où le sujet perd l'usage de son langage.

3 Les symptômes non spécifiques de l'état du stress post traumatique

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Mais le DSM américain les considère comme « symptômes associé », extérieurs au diagnostic propre du PTSD. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels.

-Tous les traumatisés sont devenus asthéniques, fatigués, épuisés. Il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les patients se plaignent de fatigue physique anormal (« fatigué dès le matin, épuisé au moindre effort », etc.). Ils se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité de maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis à mesure (« je viens dans une pièce avec un crayon à la main, et je ne me rappelle plus ce que je suis venu y faire... »), De ralentissement idéique et de difficulté de concentration. Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido, des jeunes filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, ou ayant perdu le désir et le plaisir sexuels.

-Les traumatisés sont devenus anxieux, avec des crises d'angoisse et un état de tension

anxieuse inter critique. Ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte, et ils appréhendent toujours le pire («si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils ont été accidentés ou kidnappés » ; «si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle »). De temps à autre, sans raison ni motif déclenchant. (En cela ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatique (sensation de striction laryngée et thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, spasmes viscéraux, etc.)

Beaucoup des traumatisés enrichissent leur tableau clinique de manifestations psychonévrotiques empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies, rituels, obsessionnels. Il y aurait beaucoup à dire sur ces « complications » (Fenichel, 1945) ou plutôt « superstructures » (Crocq, 1974) psychonévrotiques sont : sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? Ou sont-elles suggérées par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène (un sujet contusionné au bras lors de l'événement fera plus facilement une conversion motrice sur ce bras «en souvenir » de l'événement), phobogène (telle victime d'un attentat terroriste dans le métro aura ensuite la phobies de ce mode de transport), ou enfin génératrice de rituel vérificateurs de protection, obsessionnel (telle victime d'agression à son domicile se relèvera de son lit plusieurs fois de suite chaque soir pour vérifier la fermeture de sa porte).

-Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des plaintes somatique (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.) et une proportion non négligeable d'entre eux présentent dans les jours où les semaines qui suivent leur Trauma des troubles psychosomatiques caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopecie, et même goitre et diabète. La plainte somatique serait un langage chez des sujets dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique, ou chez des personnalités « Alex-thymiques », sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la présentation mentale.

- La quasi-totalité des traumatisés présentent après le trauma des troubles des conduites et des troubles caractériels. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois. Il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéro-

agressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression délictueuse ou criminelle (Crocq, 2007, p-p. 42-43).

4 Causes du traumatisme

Les causes des traumatismes peuvent être distinguées en deux catégories principales.

4.1 Les événements traumatisants

- La guerre ;
- Abus émotif, physique ou sexuelle dans l'enfance ;
- Avoir subi ou assisté à des actes de violence ;
- Viol ou tentative de viol ;
- Lésion ou maladie dévastent ;
- La mort d'une personne proche ;
- Accidents de voiture de légère importance ;
- Intervention médical ou dentaire invasive ;
- Chutes et lésions de moyenne importance ;
- Catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade...) ;
- Maladie, surtout avec la fièvre haute ;
- Intoxication ;
- Abandon ;
- Accouchement.

Selon le DSM-5 (2015), le trouble de stress post-traumatique est défini comme un trouble mental découlant de l'exposition directe ou indirecte à la mort imminente, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, selon les modalités suivantes :

1. Exposition directe à un ou plusieurs événements traumatiques ;
2. Témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes ;

3. Apprendre qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont survenus à un membre de la famille proche ou à un ami proche, avec des conditions spécifiques concernant la mort ou la menace de mort ;

4. Exposition répétée ou extrême aux aspects aversifs du ou des événements traumatiques (par exemple, professionnels de première ligne traitant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des cas d'abus sexuels sur enfants) (DSM-5, 2015).

5 L'étiopathogénie du trouble du stress post traumatique

Ce n'est que depuis sa reconnaissance dans le DSM-III sous le terme de « Post Traumatic Stress Disorder ». Qu'il est observé un intérêt grandissant et une multiplication des études épidémiologiques concernant ce trouble. Parallèlement, les chercheurs ont essayé d'élaborer des théories permettant de comprendre les différents processus à son origine. Plusieurs modèles théoriques comportementaux se sont développés, centrés sur l'impact des réactions émotionnelles, anxieuses, et dissociatives. Ils sont inspirés des théories de l'apprentissage, et du conditionnement. Leur concept principal est que le comportement, normal ou pathologique, est essentiellement appris. Concernant les théories cognitives, elles font appel à la théorie des schémas de Beck (1967- 1976). Ce terme de schémas cognitifs désigne à la fois la structure cognitive et les croyances qui composent la structure cognitive. Ces croyances, offrent au sujet un cadre de compréhension de ce qui lui arrive, et lui permettent de rester stable devant un événement. Les événements traumatiques pourraient être responsables d'une modification des schémas de croyances que le sujet a sur lui-même, sur le monde, et sur les autres. Ceci rejoint d'ailleurs la description donnée par Crocq (2007) cette épreuve constitue pour le sujet un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même. Nous allons expliciter dans les paragraphes suivants ces différents modèles, en nous référant principalement à une revue réalisée par Seguin-Sabouraud (2007), les études sur le TSPT ne sont pas apparues uniquement après sa reconnaissance dans le DSM-III, mais ont plutôt été menées sur une période prolongée.

5.1 Modèle de Mowrer (1960)

Le modèle de Mowrer (1960) s'inspire des travaux de Pavlov et Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Selon ce modèle, l'ESPT trouve son origine dans l'apprentissage des réponses de peur (conditionnement classique) et des comportements d'évitement (conditionnement opérant). L'exposition à un événement traumatique (stimulus inconditionnel) déclenche des réactions intenses sur les plans moteurs, physiologique,

émotionnel et cognitif. Les stimuli neutres présents simultanément acquièrent alors les propriétés du stimulus inconditionnel, activant ultérieurement l'émotion de peur lorsqu'ils sont rencontrés à nouveau. Cette activation, similaire à celle provoquée par le stimulus inconditionnel, transforme les stimuli neutres en stimuli conditionnels. En parallèle, la personne apprend des comportements d'évitement pour éviter ces stimuli conditionnels et réduire ainsi l'anxiété. Ce modèle explique les fortes réactions anxieuses observées chez les personnes atteintes d'ESPT lorsqu'elles sont confrontées à des stimuli neutres associés au traumatisme.

Cependant, ce modèle ne rend pas compte de certains symptômes tels que l'hyperactivité neurovégétative ou les symptômes dissociatifs qui peuvent être présents au moment du traumatisme. Selon Foa (1993,1998), ce modèle ne parvient pas à distinguer les processus sous-jacents à l'ESPT de ceux impliqués dans les phobies.

5.2 Modèle d'Horowitz (1976, 1996)

Dans ce modèle, une approche intégrative combinant des perspectives psychanalytiques, comportementales (gestion du stress) et cognitives (traitement de l'information selon Piaget) est adoptée. Horowitz met en avant l'importance des réactions émotionnelles et dissociatives durant et après le traumatisme dans le développement du TSPT. Selon ce modèle, le TSPT découle d'un surplus d'informations reçues pendant l'événement traumatique. Le maintien du trouble résulterait de l'incapacité à intégrer ces nouvelles informations dans les schémas cognitifs existants. Les symptômes d'intrusion et d'évitement seraient des tentatives répétées d'intégrer ces informations, tandis que des symptômes tels que l'émoussement de la réactivité et le sentiment de détachement seraient des mécanismes de défense contre cette charge affective importante. Le processus d'intégration, dans ce modèle, est comparé au processus de deuil et se déroulerait en plusieurs étapes qui peuvent se répéter. Selon Horowitz, la guérison nécessiterait un travail actif sur ces nouveaux schémas pour permettre leur intégration (Horowitz, 1979).

5.3 Modèle de Jannof-Bullman (1985, 1992)

Ce modèle insiste sur l'ébranlement des conceptions fondamentales du sujet à la suite d'un événement traumatique. Le sujet n'ayant pas connu d'événement traumatique aurait une conception bienveillante du monde, de sa relation à celui-ci, et de sa perception de lui-même. L'événement traumatique confronterait et invaliderait ces trois conceptions. Le sentiment d'invulnérabilité serait ainsi remplacé par des sentiments de détresse et de vulnérabilité.

L'expérience de victimisation générerait un déséquilibre cognitif et émotionnel à l'origine des symptômes de l'ESPT. Dans ce modèle, l'intensité des symptômes post-traumatique dépendrait de la valeur des croyances pré traumatiques du sujet. Ce modèle permet d'expliquer certains symptômes que présentent les personnes à la suite d'un événement traumatique : vulnérabilité, détresse, culpabilité (Seguin-Sabouraud, 2007).

6 Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5

La théorie cognitive et comportementale accorde une très grande importance au manuel psychiatrique et statistique des troubles mentaux, où les spécialistes du domaine font souvent référence. Nous avons choisi de présenter la clinique du traumatisme psychique selon l'approche purement symptomatique qui est le DSM-5, car c'est une approche descriptive et athéorique qui convient parfaitement aux TCC et elle décrit les critères d'une manière exhaustive et systématique. Dans une approche intégrant les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la psychanalyse, les critères de diagnostic du stress post-traumatique (TSPT) peuvent être abordés de manière holistique, en tenant compte à la fois des aspects cognitifs, comportementaux et psychodynamiques.

En intégrant les concepts des TCC, qui mettent l'accent sur les schémas cognitifs et les comportements adaptatifs, avec les principes de la psychanalyse, qui se concentrent sur les mécanismes inconscients et les processus de défense, cette approche permet une compréhension plus approfondie et une prise en charge holistique du stress post-traumatique.

A. Exposition à la mort effective où à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques ;
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes ;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de famille proche où un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille où d'un ami. La ou les événements doivent avoir été violentes ou accidentels ;
- 4- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou les événements traumatiques.

B- Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissantes suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1-Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse ;

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et /ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ou les événements traumatiques ;

3-Réactions dissociatives (par. Ex. Flashbacks, scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire ;

4- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ;

5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques (DSM5, 2015).

C- Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiment concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ;

2- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altération négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques ;

2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même d'autres personnes ou le monde (ex « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne ») ;

3- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ;

4- Etat émotionnel négatif persistant (par ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte) ;

5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapports aux autres ;

7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux) (DSM 5, 2015).

E. Altération marquée de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques comme en témoignent deux ou plus des éléments suivants :

1- Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;

2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;

3- Hyper vigilance ;

4- Réaction de sursaut exagérée ;

5- Problèmes de concentration ;

6- Perturbation de sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants- La

perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou d'autres affections médicales (DSM-5, 2015).

7 Évènement et évènement traumatique

Nous allons consacrer ce troisième point pour définir les concepts de base qui sont nécessaires pour la compréhension du traumatisme psychique, et qui sont les suivants : l'évènement et l'évènement traumatique.

7.1 Un évènement

La compréhension de l'évènement, désignant "tout ce qui arrive", s'est affinée au fil du siècle dernier. Initialement, elle était associée au résultat d'une situation, soit l'issue ou le dénouement, qu'il soit conforme ou non aux attentes. Par la suite, elle a évolué pour englober tout évènement revêtant une importance pour l'homme, qu'il s'agisse de bonheur, de catastrophe, de coïncidence ou de destin. La nature étendue de cette définition nécessite une exploration des nuances qu'elle comporte. Nous proposons ainsi une définition plus spécifique, empruntée au domaine de la psychopathologie.

Un évènement peut être considéré comme base concrète de temps défini comme « l'ensemble des relations de successions et de simultanéité entre les évènements » c'est un des sens retenus par la tradition phénoménologique, le temps est conçu à partir de la succession des évènements présents observés ou vécus. Selon Jaspers, le psychisme se présente chez chacun comme un courant unique original, indivisible d'évènements qui ne se répètent jamais » (Chignole, 1999, p. 577).

7.2 Evènement traumatique

Les sauveteurs interviennent dans des évènements qui ont valeur de « crise », c'est-à-dire des situations aiguës qui débordent les capacités de régulation habituelle des individus comme des institutions concernées, d'où l'appel des secours. Deux types de crises sont à distinguer :

- Celles qui résultent d'un évènement traumatique (mort violente, accident funeste, incendie, inondation, explosion, prise d'otage, suicide, homicide, catastrophe naturelle, accident de transport avec décès) ;
- Celle liées à des évènements critiques dans des contextes non traumatiques (grève, conflit syndical, manifestation sportive ou culturelle, etc.).

La distinction entre ces deux types d'événements est essentielle car ils n'entraînent pas les mêmes effets et impliquent des prises en charge spécifiques : les crises non traumatiques entraînent des inquiétudes au niveau individuel, des perturbations au niveau administratif et peuvent occasionner des tensions entre les personnes. Les événements traumatiques sont, quant à eux, déstructurant physiquement et peuvent conduire à des blessures psychiques des personnes impliquées (Hélène et Elodie, 2011).

L'événement traumatique est un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres, il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliqués d'y résister (Romano, 2011). Il peut provoquer une réaction de stress face à l'évènement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changement majeur nécessitant un ajustement un travail minutieux d'identification des principaux événements (Varescon, 2012).

De cette donnée, nous comprenons que l'événement traumatique est tout événement violent et soudain, impliquant la confrontation d'un individu avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui génère un fort sentiment de détresse.

8 Évolution du trouble de stress post traumatique

L'évolution se fait soit vers la guérison sans séquelles, soit vers la chronicisation et l'invalidité. C'est pourquoi la prévention des états de stress post traumatiques chez les personnes ayant vécu un événement traumatisant, constitue pour les équipes de secours un objectif majeur.

8.1 Evolution de la symptomatologie post traumatique à long terme : l'importance des trois premiers mois

Les données montrent que l'état de la symptomatologie post traumatique a trois mois est un excellent indicateur de l'état de la symptomatologie post traumatique a très long terme si a personne n'est pas traitée, en effet pendant les trois premiers mois suivant un événement traumatique, les symptômes ont tendance à diminuer graduellement de façon naturelle : les ressources adaptatives de la victime s'activent, tente de faire face à l'événement traumatique, tente de s'y adapter. L'entourage est mobilisé et peut offrir un soutien aidant. Pour plusieurs victimes, ces facteurs contribuent à atténuer da façon importante les symptômes et à favoriser un retour à la normale. Ces victimes ne développeront pas de trouble de stress post

traumatique à long terme (Brillon, 2017).

8.2 Le devenir des symptômes non traités du trouble de stress post traumatique : impact à long terme et mécanisme de maintien

Les données indiquent que près de 60% des victimes continuent à souffrir de symptômes significatifs plus d'un an après l'événement traumatique (Breslau et Davis, 1992). De plus, nous savons que les victimes souffrant de trouble de stress post traumatique qui ne sont pas suivies thérapeutiquement peuvent rester symptomatique pendant des années à la suite du trauma (Brillon, 2017).

Pour certain malheureusement le contexte traumatique, les facteurs aggravants déclencheurs, prés traumatiques et de maintien sont trop importants et les symptômes perdurent après trois mois à partir de ce moment les symptômes ont tendance à rester stables et s'ils ne sont pas traités peuvent rester chroniques de nombreuses années (Shalev et al., 1996).

Des mécanismes de maintien se mettent en place et chronicisent les symptômes (processus de renforcement de l'évitement distorsions cognitives auto-confirmatoires, épuisement des ressources adaptatives, apparition d'un soutien social négatif ...). L'état de la victime ne s'améliore plus de lui-même et ses symptômes et sa détresse se maintiennent à long terme, cet état de fait explique pourquoi le DSM considère que les symptômes qui durent plus de trois mois comme trouble de stress post traumatique « chronique » (Brillon, 2017, p-p. 24-25).

9 Théorie freudienne du traumatisme

Dans la théorie psychanalytique freudienne, le traumatisme joue un rôle central, particulièrement dans l'explication de l'étiologie des névroses. Dans sa première théorie sur les névroses, Freud considérait le traumatisme comme le résultat d'une expérience si intense qu'elle submerge les mécanismes psychiques habituels, engendrant ainsi des troubles psychiques. Les traumatismes infantiles occupaient une place prépondérante dans cette première approche, Freud cherchant à expliquer l'apparition des névroses par les effets perturbateurs supposés des traumatismes infantiles "réels" et "externes", généralement causés par des "réactions sexuelles de la part d'adultes" durant l'enfance des patients névrotiques.

Cependant, dans ses développements théoriques ultérieurs, Freud a abandonné l'idée de la prédominance des traumatismes infantiles d'origine sexuelle externe, car tous les patients névrotiques n'avaient pas nécessairement été victimes d'abus ou de séductions sexuelles. Il a

alors avancé sa théorie selon laquelle les traumatismes pouvaient résider dans des situations internes, psychologiquement impactantes. Ces aspects traumatiques pouvaient être alimentés par des fantasmes à connotation sexuelle, en particulier liés au complexe œdipien et à l'angoisse de castration.

La théorie de Freud évolue ainsi vers l'idée que les excitations pulsionnelles internes, tout autant que les situations externes, peuvent être à l'origine d'un traumatisme psychique. Dans cette perspective, le trauma, qu'il soit interne ou externe, va déclencher l'angoisse. Celle-ci se manifeste alors non seulement comme une réaction face au danger, agissant comme un signal d'alarme du Moi (un affect-signal du danger), mais également comme une réponse à une perte ou à une séparation réelle ou fantasmatique (sur le modèle de l'angoisse de castration). L'angoisse indique que le Moi se trouve submergé dans ses capacités de défense, ce qui correspond à l'expérience traumatique. « Lors des expériences conduisant à la névrose traumatique, le pare- excitation externe est rompu et des quantités d'excitation trop grande accèdent à l'appareil psychique » (Augustinova, 2005, p-p. 77-78).

10 Les comportementalistes, cognitivistes, et modèles de réaction au traumatisme

10.1 Le modèle Pavlovien

En 1924, lors d'une crue de la Neva qui avait envahi son laboratoire et effrayé les chiens en cours de conditionnement, Pavlov a observé de manière fortuite un bouleversement post-émotionnel des conditionnements acquis ou en cours. Les animaux, pris au piège dans leurs cages alors que l'eau montait jusqu'au plafond, présentaient des comportements remarquables : une réponse stéréotypée à tout stimulus, une réaction plus forte aux stimuli faibles qu'aux stimuli forts, des changements dans les réponses aux stimuli précédemment conditionnés, et une excitation paroxystique comparable à une crise d'hystérie chez l'homme. En explorant ce phénomène, Pavlov a également observé différentes nuances de tempérament chez les chiens, notamment les tempéraments "inhibés forts" et "vifs", qu'il a comparés à ceux de l'homme.

10.2 Les modèles cognitivistes

Les modèles cognitivistes reposent sur la compréhension que le sujet a du danger, comme le décrit la structure cognitive propositionnelle de Foa et Kozak (1986), qui le prépare à se défendre ou à fuir. Lorsque le sujet ne peut pas attribuer de signification de danger à une situation, sa structure cognitive est perturbée, ce qui peut entraîner des symptômes neurovégétatifs, des réactions d'évitement injustifiées et des symptômes de reviviscence dus à

une hyperactivation du réseau d'interprétation des signaux de danger. Selon Chemtob (1988), le traumatisme réactive certains nœuds de traitement de l'information et lève le blocage d'autres nœuds inhibiteurs, ce qui provoque des réactions d'alerte et l'émergence d'images et de pensées intrusives. Ensuite, la prise de conscience des propres réponses par le sujet peut renforcer sa vigilance et déclencher de nouvelles réactions d'alerte, entretenant ainsi le cercle vicieux de la réaction de danger auto-entretenu, comme le suggère le modèle de Jones et Barlow (1991). Ce modèle décrit le passage de l'alarme apprise et des comportements d'alerte et d'évitement à une attitude d'appréhension anxieuse systématique (Crocq, 2002).

11 Facteurs de risque et de protection de l'ESPT

Il existe certains facteurs de risque ou de vulnérabilité, qui interviennent dans la probabilité que le sujet exposé à un événement traumatique développe l'ESPT. Comme, il existe aussi des facteurs de protection ou de résilience qui favoriseraient le maintien de l'équilibre du sujet dans les suites d'un événement traumatique.

11.1 Facteurs de risque pré-traumatiques

- Les antécédents familiaux de troubles thymiques, anxieux ou de l'abus de substances sont reconnus comme facteurs de risque d'ESPT. Néanmoins, les études réalisées montrent qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité dans l'expression de la détresse traumatique. Les auteurs montrent qu'il y a une corrélation entre l'intensité de la détresse péri-traumatique et la présence d'antécédents familiaux (Brillon, et al., 1996).

- La proportion de femmes atteintes d'ESPT est reconnue comme étant deux fois plus importante que celle des hommes, tout événement confondu (Brillon, et al., 1996).

- Les antécédents psychiatriques et la comorbidité pris au sens large et incluant les troubles des conduites, sont des facteurs de risque classiques, sachant que la comorbidité est également un facteur de chronicité du L'ESPT particulièrement les troubles dépressifs (Brillon, et al., 1996).

-Un niveau socio-économique bas est plus à risque de développer un ESPT, « Mais, il s'agit d'un facteur confondant. Ces patients manifestent généralement un niveau élevé de symptômes dissociatifs et d'évitement, tendent à utiliser des stratégies de gestion du stress peu efficaces (utilisation de pensée magique) et reçoivent un faible soutien social » (Brillon et al., 1996, p. 113).

11.1.1 Facteurs de risque péri-traumatiques

« Les facteurs de risque péri-traumatiques correspondent à des facteurs présents au moment du déroulement de l'événement traumatique, ou immédiatement après. Ces facteurs de risque péri-traumatiques regroupent les caractéristiques liées à l'événement traumatique (type, durée d'exposition), des facteurs de risque psychologiques (détresse et dissociation) et des facteurs physiologiques » (Constant, 2003, p. 398)

11.1.2 Détresse péri-traumatique

Elle correspond aux réactions émotionnelles négatives qui surviennent pendant et à la suite d'un événement traumatique. La détresse péri-traumatique correspond au critère A2 du DSMIV- TR et elle équivaut aux sentiments de peur, d'horreur, et d'impuissance.

11.1.3 Autres facteurs

Dans l'étude de Coronas et al. (2010) qui a porté sur 119 victimes d'AVP un seuil significatif de développement de l'ESPT en rapport avec la fréquence cardiaque a été déterminé (84 bc/min). Toutefois, seule la fréquence cardiaque mesurée au plus près du traumatisme (lors du transport en ambulance) était significative. Ainsi, des facteurs psychologiques tels que la dissociation et la détresse péri-traumatique, et des facteurs physiologiques tels que la fréquence cardiaque péri-traumatique, seraient prédictifs de la survenue d'un ESPT.

11.1.4 Facteurs de risque post-traumatiques

À une semaine après le traumatisme, l'utilisation de stratégies d'évitement et de pensée magique est clairement liée à un risque accru de développer un ESPT. La perception subjective de la gravité du traumatisme est également un facteur de risque important pour le développement de l'ESPT à six semaines et trois mois après le traumatisme. Même après avoir pris en compte d'autres variables, cette relation reste stable à trois mois post-traumatisme. À six semaines, une forte dissociation pendant le traumatisme est nécessaire pour que la gravité subjective des blessures reste associée à un risque plus élevé d'ESPT. Tsay et al. (2001) soulignent que l'intensité de la douleur a un impact significatif sur l'adaptation, l'état émotionnel et les symptômes post-traumatiques au cours de la première semaine suivant l'accident. Ryb et al. (2009) ainsi que Zatzick et al. (2010) ont examiné les liens entre la santé physique et mentale après un traumatisme et l'ESPT. Sur le plan physique, les patients présentent une mobilité réduite, une diminution de la vitalité et des douleurs persistantes significatives à 6 et 12 mois après le traumatisme. Au niveau de la santé mentale, les résultats émotionnels, comportementaux et cognitifs sont mauvais chez la majorité des patients (96% à

6 mois et 99% à 12 mois).

11.2 Les Facteurs de protection contre ESPT

11.2.1 Soutien social

D'une façon générale, le soutien social pourrait être défini comme « l'ensemble des comportements des proches en lien avec les besoins d'un individu qui traverse une situation difficile. D'Altintas et al. (2011) a confirmé les liens entre soutien social et troubles psychiques, notamment dépression et estime de soi. L'absence de soutien social perçu dans les suites d'un événement traumatique favoriserait l'installation du trouble » (Crocq, 2005, p. 66).

11.2.2 La Résilience

Malgré l'exposition à un événement traumatique, une personne peut surmonter son traumatisme grâce à la résilience, terme qui était à l'origine utilisé pour décrire la résistance de certains matériaux aux chocs. C'est Bowlby (1969) qui a introduit ce concept dans la théorie de l'attachement. Hoge et al. (2009) ont exploré le rôle de la résilience dans la survenue d'un ESPT. Ce facteur, qui englobe des caractéristiques psychologiques et biologiques, permet à l'individu de faire face et de résister aux conséquences psychologiques potentielles d'un événement traumatique. Le résilient continue à penser, à vivre et à tisser des liens, il peut se reconstruire (Delage, 2008).

Synthèse

En conclusion, le stress post-traumatique représente un défi majeur en matière de santé publique, étant l'un des sujets les plus complexes à aborder. Il surgit suite à des événements violents et imprévus, qui affectent profondément l'état psychique et bousculent brutalement l'intégrité physique des victimes.

Le traumatisme psychique résulte d'un choc émotionnel intense survenant lors de la confrontation soudaine avec la mort, que ce soit sa propre mort ou celle d'autrui, au cours d'un événement qualifié de traumatique. Cette expérience vient briser l'illusion d'immortalité et entraîne une rupture dans l'équilibre psychique.

L'analyse du traumatisme bénéficie d'une diversité théorique qui contribue à une meilleure compréhension clinique. Actuellement, l'approche privilégiée combine les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) avec les perspectives offertes par les modèles psychanalytiques et la notion de névrose traumatique.

Ces différentes approches sont intégrées dans des outils d'investigation tels que le TRAUMAQ, conçu à partir des diverses approches théoriques évoquées dans ce chapitre. Dans le chapitre suivant, nous allons voir que cet outil permet d'appréhender de manière globale le syndrome post-traumatique en mesurant la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique.

**Chapitre III : La
mastectomie et cancer du
sein**

Préambule

Une mastectomie implique l'ablation totale ou partielle d'un sein, généralement pratiquée pour traiter le cancer ou prévenir son développement chez les personnes à risque élevé. Elle est également réalisée dans le cadre de la transition de genre chez les personnes transgenres masculines. Les différentes formes de mastectomie incluent la mastectomie totale, la mastectomie partielle et la mastectomie prophylactique. Après cette intervention, la reconstruction mammaire est souvent envisagée pour rétablir l'apparence du sein.

Le cancer du sein demeure l'une des maladies les plus redoutées par les femmes, non seulement en raison de sa fréquence, mais surtout de sa gravité extrême. Un diagnostic tardif peut conduire inexorablement à des conséquences fatales. Le cancer du sein est devenu un fléau majeur affectant la santé des femmes. Le cancer du sein est beaucoup plus courant chez les femmes, il peut également toucher les hommes, bien que cela soit extrêmement rare (1%).

Afin d'approfondir notre compréhension de cette maladie, cette étude se propose de définir le cancer du sein, d'explorer ses différents types et les procédures de mastectomie associées, d'examiner ses symptômes, de discuter des risques et des effets secondaires, ainsi que d'étudier les traitements disponibles.

1 Anatomie du sein

Chez la femme, le sein repose entre la deuxième et la sixième côte, situé entre le bord externe du sternum et la ligne axillaire. Il est recouvert en grande partie par le muscle grand pectoral (pectoralis major) pour les deux tiers de sa surface, tandis que le tiers restant est recouvert par le muscle grand dentelé (serratus anterior). Le mamelon central est entouré par l'aréole, à la surface de laquelle se forment de petites élévations arrondies constituées par les glandes sébacées. Le sein est également appelé glande mammaire, car sa principale fonction biologique est de produire du lait pour l'allaitement du nouveau-né. Sous l'influence des hormones sexuelles, telles que les œstrogènes et la progestérone, produites par les ovaires à la puberté, les seins subissent des changements de forme et de volume au cours de l'adolescence. « Les hormones sexuelles vont avoir une influence sur cette glande tout au long de la vie. Les seins peuvent être partagés en quatre quadrants par une ligne horizontale et une ligne verticale se croisant sur le mamelon. De plus le sein présente souvent un prolongement axillaire. On peut aussi considérer le sein comme le cadran d'une montre, une lésion pouvant être localisée par exemple à 4 heures et à 10 centimètres du mamelon » (Batres, 1982, p-p. 186-198). « Donc le sein comprend trois parties Le corps du sein proprement dit ; le mamelon qui est

situé un peu au-dessus du centre du sein, qui présente 12 à 20 pores au niveau des quels s'abouchent les canaux galactophores et l'aréole qui est à région circulaire qui entoure le mamelon, elle présente une pigmentation plus intense que la peau, et à sa surface on retrouve les tubercules de Montgomery qui contiennent des glandes sébacées et apocrines » (Gentilini et al., 1990, p-p. 43-48).

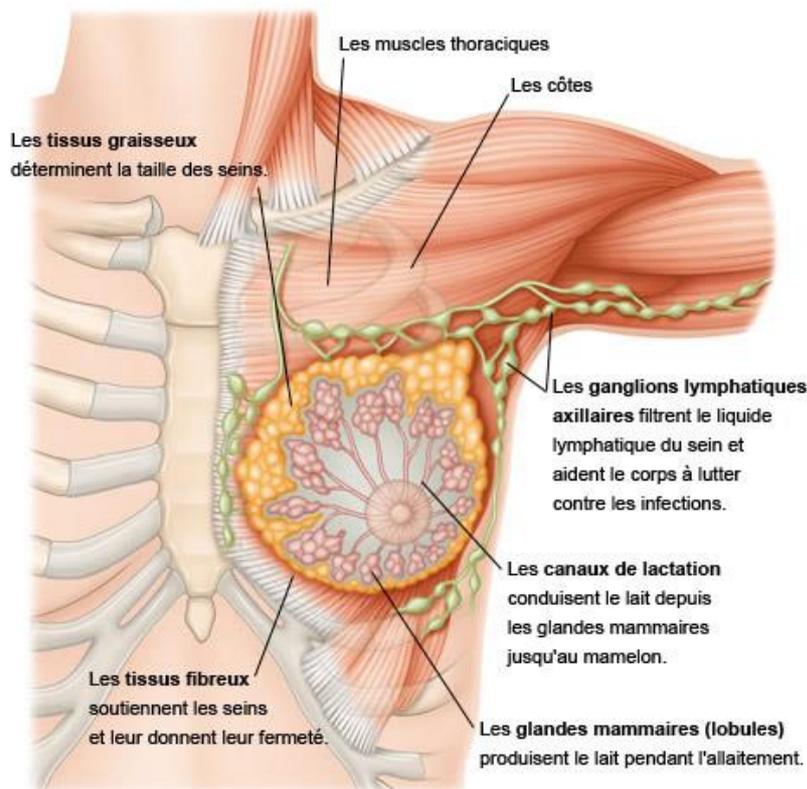


Figure 05 : L'anatomie du sein (Vidal, 2023).

2 Le cancer du sein

2.1 Définition du cancer

« Le cancer est l'ensemble de cellules anormales qui se multiplie de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Le cancer est une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe, et de former d'autres

tumeurs à distance, appelées les métastases » (Rolling, 2013, p. 4).

« Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlable et incessante » (Morin, 2001, p. 144).

2.2 Définition du sein

« Le sein est avant tout une forme, un signal érotique pour les uns mais aussi, pour les autres, le symbole du passage de l'état de petite fille à l'état de femme. Les seins jouent un rôle très 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. 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 de la vie génitale de la femme, car ils ont un rôle physiologique de la plus haute importance en association avec la fonction de reproduction » (Delahaye, 1992, p. 45).

La structure du sein

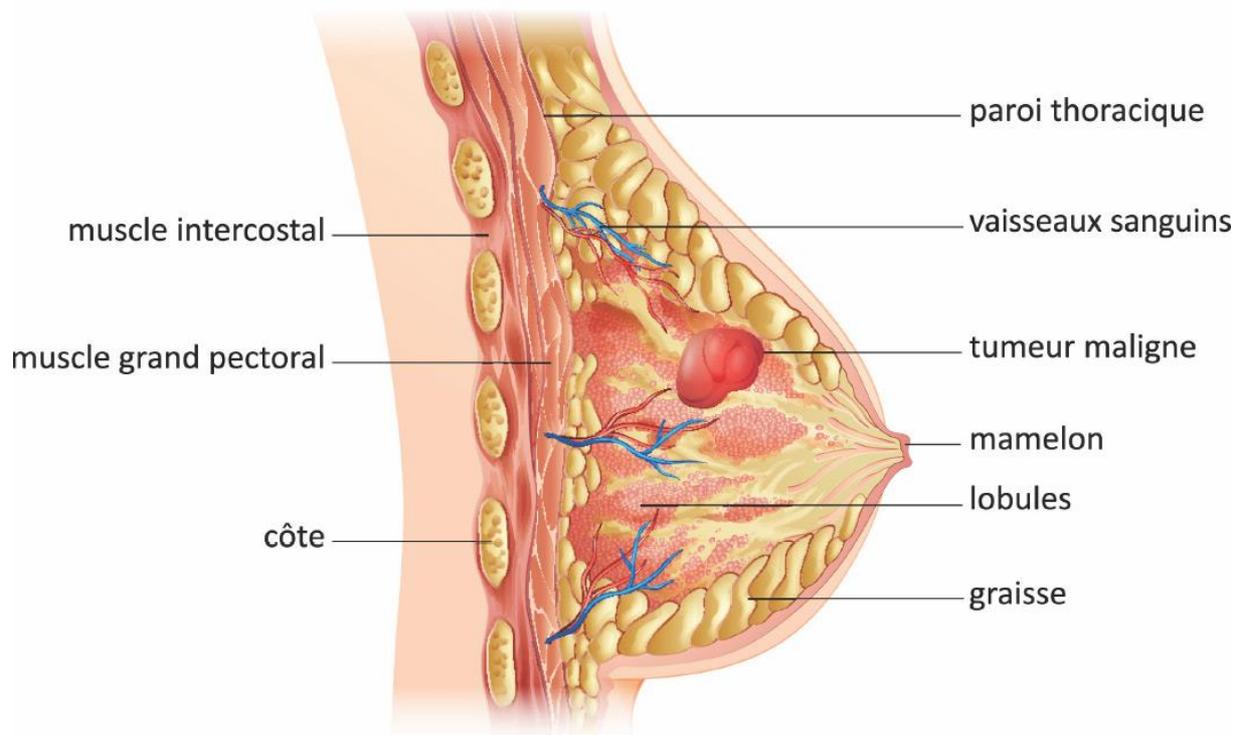


Figure 06 : La structure du sein (Molinié, et al., 2008).

2.3 Définition du cancer du sein

« Le cancer du sein est une prolifération anormale de cellule de l'organisme au niveau

Chapitre III : La mastectomie et cancer du sein

de la glande mammaire. Les cellules peuvent rester au niveau du sein ou migrer dans l'organisme via les vaisseaux sanguins et lymphatique. La majorité des cancers prennent naissance dans les canaux par lesquels coule le lait. Si la prolifération des cellules cancéreuses reste dans les canaux on parle de « cancer in situ ». En revanche si les cellules sorte de la proie des canaux, on parle de « cancer infiltrant ». Comme pour l'ensemble des cancers, en l'absence de traitement, les cellules cancéreuses prolifèrent et peuvent se disséminer tout d'abord dans les vaisseaux lymphatiques de la région (sous le bras et au-dessus de la clavicule), puis dans d'autres organes les répercussions sont alors de plus en plus dramatiques » (Hamburger,1982, p. 136).

2.4 Définition de la mastectomie

Le sein est considéré comme une glande mammaire dans le corps humain, composée de graisse en quantité variable et attachée à la paroi thoracique. Il se situe en avant du muscle grand pectoral et s'étend du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'au sixième cartilage costal, avec une aréole et un mamelon au sommet. Sa forme et son volume varient d'un individu à l'autre (Fitoussin, et al., 2011). La mastectomie est principalement pratiquée dans le cadre du traitement du cancer du sein, c'est l'ablation de la glande mammaire, c'est-à-dire le sein. Cette chirurgie locorégionale de la tumeur primitive et des envahissements ganglionnaires reste la méthode la plus simple et la voie de guérison la plus sûre d'une tumeur solide, son évolution chirurgicale s'est basée essentiellement sur la tentative de réduction des quantités du tissu mammaire, qui reste variable selon la morphologie de la patiente et de la taille de la tumeur. Cette opération chirurgicale effectuée sous anesthésie générale, se trouve intégrée dans un programme élaboré par des médecins oncologues qui participent à la prise en charge des malades en l'absence d'autres alternatives de soins. Elle nécessite donc une hospitalisation programmée la veille de l'opération où une prémédication à base de tranquillisants sera administrée ; quant au jour de la chirurgie, une douche à base d'un produit antiseptique est programmée ainsi qu'une préparation du sein et de l'aisselle à opérer sera réalisé par l'équipe soignante (Mallecourt, 2008).

3 Les symptômes du cancer

Il est important de noter que plusieurs symptômes peuvent se manifester chez une femme sans qu'il s'agisse nécessairement d'un cancer. Cependant, si l'un ou plusieurs de ces signes surviennent, il est fortement recommandé de consulter un professionnel de santé afin de confirmer la nature bénigne ou maligne du symptôme :

- Présence d'une masse, identifiable sous la forme d'une boule immobile, solidement ancrée dans le sein et non douloureuse ;
- Modification de la taille ou de la forme du sein ou du mamelon ;
- Gonflement des ganglions au niveau de l'aisselle ;
- Écoulement de liquide par un seul mamelon (Horde, 2014).

3.1 Les signes tardifs

- Douleur osseuse ;
- Nausées ;
- Perte d'appétit ;
- Perte de poids ;
- Essoufflement ;
- Toux ;
- Maux de tête ;
- Vision double ;
- Faiblesse musculaire ;
- Accumulation de liquide au tour des poumons (épanchement pleural).

4 Les types de cancer du sein

Il existe plusieurs types et formes de cancer du sein, et chacune d'entre a sa propre évolution. On peut les classer en deux grandes catégories : le cancer non invasif ou in situ, qui touche uniquement les canaux galactophores, et le cancer invasif ou infiltrant, qui se propage dans le tissu gras du sein.

4.1 Cancer non invasif

4.1.1 Carcinome canalaire in situ

Le carcinome canalaire in situ est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. Il s'agit d'une forme de cancer très précoce, se développant à l'intérieur des canaux de lactation du sein. Contrairement à son nom, il ne se disperse pas. Ce type de cancer est diagnostiqué plus fréquemment grâce à l'utilisation généralisée de la mammographie. Le

traitement de ce cancer conduit à la guérison dans presque tous les cas. En l'absence de traitement, il peut progresser et devenir "infiltrant", se propageant alors à l'extérieur des canaux galactophores.

4.2 Cancer invasif

4.2.1 Carcinome canalaire : Il se forme dans les canaux galactophores. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux.

4.2.2 Carcinome lobulaire : Les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules, puis traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissus (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré.

4.2.3 Carcinome inflammatoire : Le carcinome inflammatoire est un type de cancer rare caractérisé principalement par un sein pouvant devenir rouge, enflé et chaud. La peau du sein peut également présenter l'aspect d'une peau d'orange. Ce type de cancer progresse rapidement et est plus difficile à traiter. Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux, mais il constitue un facteur de risque important de cancer du sein qui nécessite une surveillance étroite.

4.2.4 Autres carcinomes : (médullaires, colloïdes ou muscineux, tubulaires, papillaires). Ces types de cancer du sein sont plus rares. Les principales différences entre ces types de cancer reposent sur le type de cellules touchées.

4.2.5 Maladie de Paget : « un cancer rare qui se manifeste par une petite plaie au mamelon qui ne guérit pas. Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré » (Lacan, et al., 2002, p-p. 248-251).

5 Les types de Mastectomie

Ce traitement chirurgical, dit locorégional du cancer du sein, a connu des évaluations pratiques qui rendent compte de l'historique de ce dernier.

5.1 Mastectomie radicale ou opération de Halsted

C'est une amputation du sein, mastectomie ou mammectomie radicale avec ablation du grand et du petit pectoral, accompagnée d'un curage axillaire habituellement en monobloc. Elle représentait autrefois le traitement de base du cancer du sein mais n'a plus que quelques rares indications actuellement car critiquée pour être mutilante.²

²Dictionnaire médical de l'académie de Médecine –version 2024.

5.2 Mastectomie radicale modifiée

La mastectomie radicale modifiée implique l'ablation en un seul bloc du sein, y compris la peau. Elle est réputée pour préserver le muscle pectoral et est souvent associée au curage des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Cette procédure est recommandée pour le traitement des tumeurs situées dans les quadrants internes ou centraux de moins d'un centimètre. De plus, une radiothérapie complémentaire systématique est souvent préconisée afin de réduire les risques de récurrence locale.

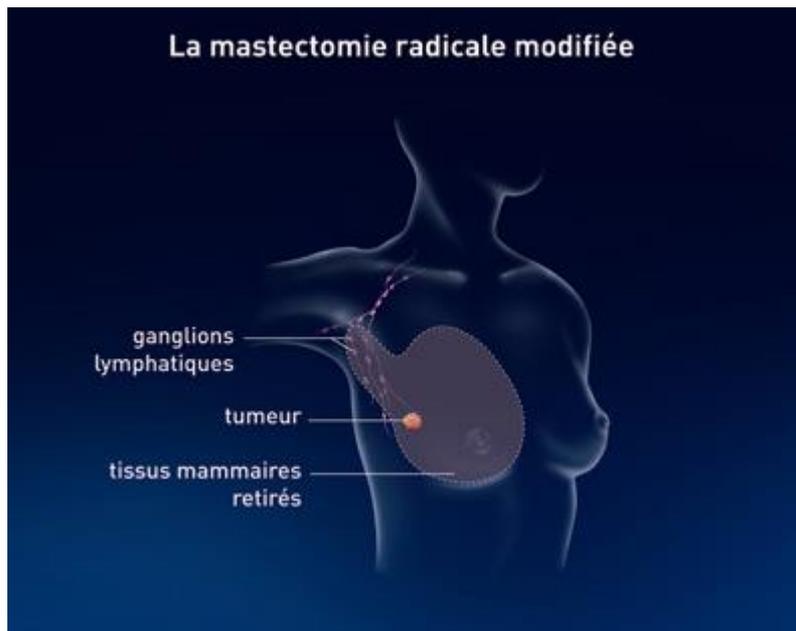


Figure 07 : Mastectomie radicale modifiée (Institut national du cancer de France).

5.3 Mastectomie simple ou mastectomie totale

Ce type de mastectomie consiste en l'ablation du sein avec sa peau ainsi qu'une amputation du fascia (enveloppe membranaire) du grand pectoral, mais sans curage auxiliaire.

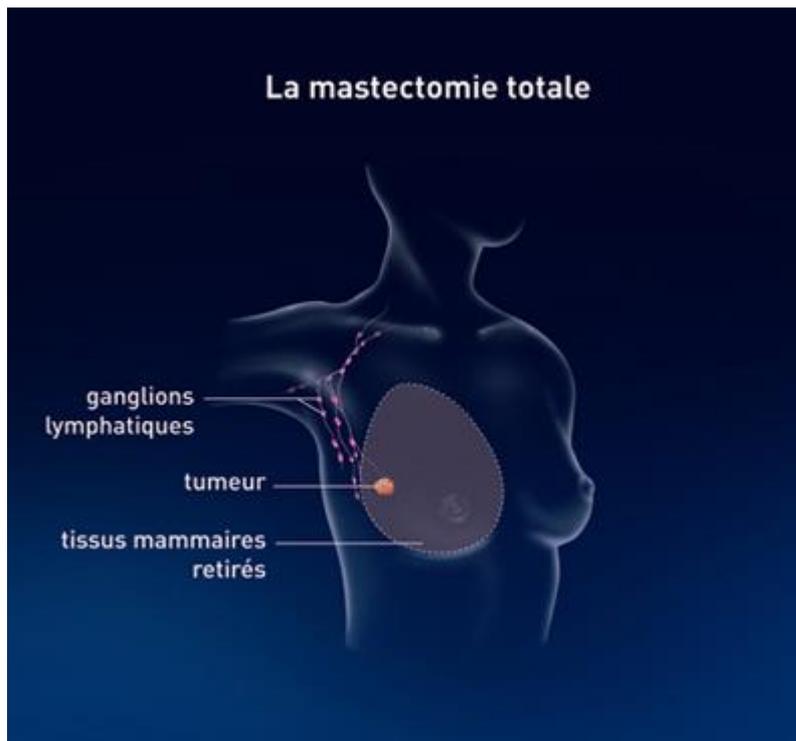


Figure 08 : Mastectomie totale (Institut national du cancer de France).

5.4 Mastectomie Partielle

Ce type de mastectomie est considéré comme une chirurgie conservatrice, elle est utilisée de façon standard dans le traitement des petites tumeurs, qui consiste en l'amputation d'une portion du sein avec un passage au large de la tumeur sans pour autant détruire le mamelon et l'aréole. Elle est donc idéale pour la conservation d'une quantité plus importante du sein que dans l'opération de Patey. Ce traitement conservateur est obligatoirement complémenté par une radiothérapie (Ferrandez et Serin, 2006).

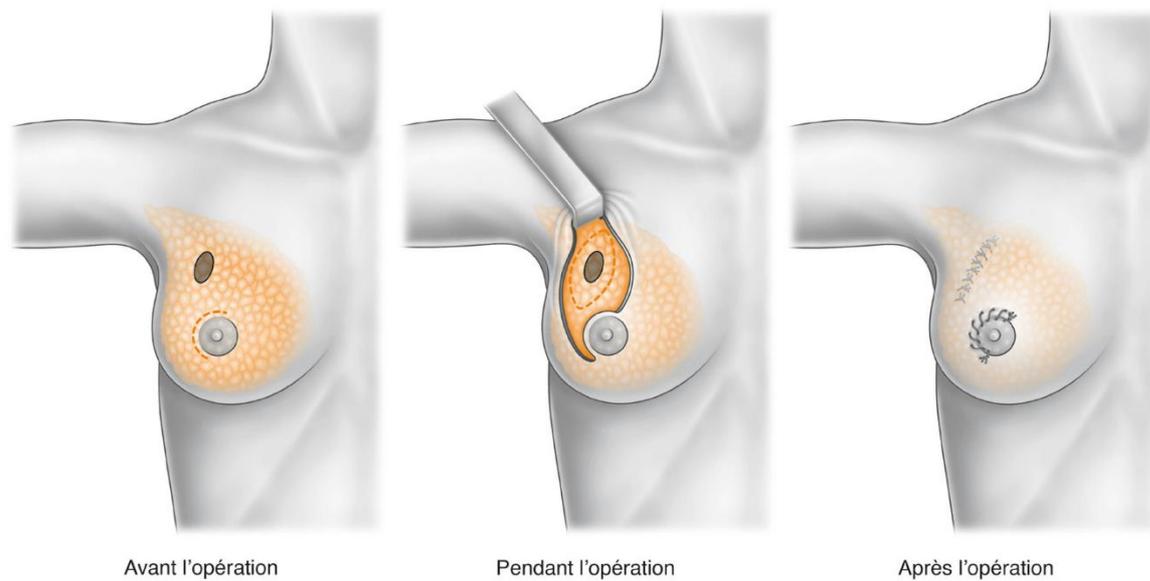


Figure 09 : Mastectomie partielle (Institut Curie).

5.5 Mastectomie prophylactique

Ce type de mastectomie consiste en une pratique chirurgicale de la cancérologie qui intègre les personnes confrontées aux risques de prédisposition génétique au cancer du sein, cette prédiction est possible et autorisée par les développements des connaissances précisément, celle du déterminisme génétique. Ce type de mastectomie s'adresse ainsi aux personnes non malades (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

6 Risques éventuels de la mastectomie

6.1 Les risques standards d'une intervention chirurgicale

Au déroulement simple dans la majorité du temps, la mastectomie pourrait tout de même provoquer :

- Une douleur variable souvent modérée, qui est traitée de manière préventive adaptée aux différents cas et qui devient minime après quelques jours ;
- Probable formation de lymphocèle (poche de liquide lymphatique dans la région opérée) ;
- Survenue probable d'hématomes et d'infection de la plaie ;
- Quelques problèmes complexes de cicatrisation surtout après radiothérapie ;
- Survenue de certaines complications dues aux antécédents médicamenteux pris

avant l'intervention ; comme l'aspirine.

Toutes ces complications peuvent être prises en charge par l'équipe soignante de l'établissement hospitalier.

6.2 Complications graves et /ou exceptionnelles

Il est vrai que tout acte chirurgical médical d'investigation ou d'exploration accomplie, comporte un risque de complication malgré les compétences et conditions de sécurité réglementaire. Dans le cas de la mastectomie exceptionnellement des hémorragies, peuvent menacer la vie de la patiente (Institut Curie, 2013).

7 Effets secondaires de la chirurgie mammaire

Des risques de complications à effets secondaires sont retrouvés dans toute intervention chirurgicale, les plus courantes après une mastectomie sont :

7.1 Formation d'un cordon axillaire

Cause majeure de morbidité après une telle chirurgie selon les explications de certains chercheurs, cette formation serait causée par une atteinte du système lymphatique et de la circulation veineuse, il est intéressant de savoir que l'un des facteurs de cette apparition, est une hypercoagulabilité suite au traumatisme de la chirurgie, apparaissant entre 4 et 8 semaines après la chirurgie variant selon le type de chirurgie et la corpulence du sujet.

7.2 Adhérence cicatricielle et des tissus environnants

Une fréquente complication reconnue comme étant un problème post chirurgical, est rencontrée avec les cicatrices localisées au niveau mammaire et la région axillaire (l'aisselle). Pouvant durer à long terme, elle limite la mobilité de l'épaule qui détériore les activités de la vie quotidienne ; comme le travail, les loisirs.

7.3 Les points gâchette

Ce type de chirurgie destiné à combattre le cancer du sein induit un stress sur la musculature. Un point gâchette est une masse palpable accompagnée de douleur qui atteint le niveau des muscles de l'épaule, du dos par des facteurs tel que ; la position de l'épaule durant la chirurgie.

7.4 Atteinte des nerfs périphériques

Il arrive parfois durant la chirurgie que certains nerfs soient atteints ; comme c'est le cas du nerf inter-costobrachial qui est responsable de la majorité des douleurs post mastectomie. D'autres blessures sont possibles comme celle du nerf pectoral, thoracique et thoracodorsal.

7.5 Syndrome de douleur post-mastectomie

Ce syndrome est fréquent et se développe suite à l'atteinte du nerf intercostobrachial lors de la chirurgie mammaire qu'elle soit reconstructrice ou radicale. Décrite comme étant typiquement neuropathique, quelques facteurs de risques lui sont associés, ils sont d'ordre sociologiques comme le faible niveau socioéducatif, de l'ordre du psychologique au moment où cette souffrance de douleur chronique a des prévalences de troubles anxieux et dépressifs. Ensuite un risque d'ordre physique qui est l'augmentation de l'indice de masse corporelle, selon la grosseur de la tumeur, sans oublier la chimiothérapie, la radiothérapie adjuvante et le développement de lymphatiques qui favorisent la formation du syndrome de douleur post-mastectomie (Berlangieri, 2012).

7.6 Changement de composition corporelle

En plus de la modification chirurgicale, les traitements adjuvants et néoadjuvants provoquent des effets assez importants comme la perte osseuse, la diminution de masse. Dans le cas de ménopause, ces symptômes dus à l'effet la chimiothérapie peuvent provoquer une ménopause précoce.

7.7 Fatigue reliée au cancer

Cet effet secondaire est souvent rencontré chez les femmes atteintes du cancer du sein qui ont subi un traitement systématique (radiothérapie ou chimiothérapie) après une chirurgie mammaire. Il est un sentiment de fatigue constante qui les empêchent de fonctionner normalement (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

8 Le dépistage

« Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne se traduise par un signe anormal. Détecter tôt le cancer permet de mieux le traiter en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter donc parmi des personnes a priori non malades celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer afin de les traiter rapidement. L'examen utilisé

Chapitre III : La mastectomie et cancer du sein

pour dépister un cancer du sein est une mammographie, cette dernière détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être un cancer. Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est normal. Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic du cancer (EX : la biopsie). Près de 75% des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50ans et 69ans » (Pujol, 2012, p-p. 17-19).

9 Les moyens de diagnostic

Le diagnostic de cancer du sein est apporté par l'anatomopathologiste et associe le travail d'un gynécologue d'un radiologue et d'un chirurgien le rôle de radiologue est plus important, parce qu'il met en évidence un ou plusieurs signaux, ceux-ci seront à l'origine d'une démarche de diagnostic qui aura pour but la découverte précoce d'un cancer du sein.

« Le bilan de diagnostic commence par une consultation médicale suivie de la réalisation d'un examen complémentaire. Les examens plus courants sont les examens de radiologie come la mammographie bilatérale, l'échographie mammaire, examen microscopique et les examens sanguins » (Goumot, 1993, p. 2).

9.1 L'interrogatoire

Permet de préciser les signes d'appel qui sont variables :

- Grosse tumeur, ulcère ;
- Déformation du sein ;
- Ecoulement mamelonnaire sanglant ;
- Rétraction du mamelon ;

- Grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. L'interrogatoire précisera les facteurs de risque et appréciera son évolutivité.

9.2 L'examen clinique

Se fait sur patiente torse nu, en bonne lumière en position assise bras pendants de face puis bras levés.

9.2.1 L'inspection

On cherchera :

- Une asymétrie, une voussure mammaire, une fossette (méplat) d'attraction cutanée ;
- Une ulcération dans les cas avancés ;
- Des signes inflammatoires ;
- Rétraction du mamelon ;
- « Un aspect eczématiforme du mamelon évoquant une maladie de Paget » (Benzidane, 2004, p-p. 9-10).

9.2.2 La palpation

« A pour but de définir l'existence de formation tumoral dissociable du reste de la glande. Sa consistance et ses limites, sa forme et sa taille. L'existence d'adhérence à la peau, au mamelon ou au plan profond et sa localisation. On examinera le creux axillaire homolatéral et le creux sus-claviculaire à la recherche d'adénopathies. Au terme de cet examen clinique nous dégagerons des éléments présomption en faveur de la bénignité ou bien de malignité que nous renforçons par les examens complémentaires » (Benzidane, 2004, p-p. 9-10).

10 Les facteurs de risques

10.1 Un facteur de risque : est un élément qui augmente un peu le risque de développer un cancer. Cela ne veut absolument pas dire, si l'on présente un ou plusieurs acteurs de risque l'on aura un cancer. Aucune étude n'a en effet démontré qu'ils favorisaient la maladie. Cela doit seulement inciter à une meilleure surveillance.

10.2 Quelques facteurs de risque

- **L'âge :** est un facteur très important car la fréquence du cancer augmente surtout après 40ans.
- **La prédisposition héréditaire :** n'est pas donc à négliger. En effet, dans certaines familles, il y a plusieurs cas de cancer du sein et aucun dans d'autres familles.
- **Le mode de vie :** influencerait sur la formation d'un cancer :
 - L'alimentation est un facteur de risque non négligeable, si elle comprend trop de

matières grasses animales contenues dans la viande et les produits laitiers, notamment le fromage ;

- L'alcool absorbé régulièrement est tout aussi favorable ;
- Le tabac fumé en excès n'est pas anodin, lui non plus.

• **Non fécondité ou fécondité tardive** : les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou qui ont eu leur première grossesse tardivement (après 30ans) ont un risque sensiblement augmenté de développer un cancer du sein, par rapport à celle ayant eu au moins un enfant avant 30 ans.

• **Polluants et autres perturbateurs endocriniens** : « manque de vitamine D, car la vitamine D et ses analogues pharmaceutiques ont des effets antiprolifération et pro-différentiation. Elle a donc une importance pour la prévention et le traitement des cancers en général. Elle peut notamment limiter une production excessive d'œstrogène, en agissant sur l'aromatase » (Delahaye,1992, p-p. 288-289).

11 Les traitements

11.1 La radiothérapie

La mastectomie partielle doit généralement être suivie de radiothérapie afin de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient être demeurées dans le sein. Elle réduit le risque qu'une tumeur réapparaisse. En cas de mastectomie totale, la radiothérapie n'est pas toujours nécessaire.

11.2 La chimiothérapie

Elle utilise une classe de médicaments appelés antinéoplasiques, pour traiter les cancers. Pour le cancer de sein elle est habituellement administrée après la chirurgie. Elle permet de déduire les cellules cancéreuses qui se seraient échappées de la tumeur principale. Le choix d'entreprendre ou non une chimiothérapie dépend du stade d'évolution de la maladie.

11.3 La thérapie hormonale

Elle est la plus rare du temps combiné à la chirurgie, à la radiothérapie ou à la chimiothérapie. Si l'examen de la tumeur montre que le cancer a des récepteurs hormonaux, son développement est donc stimulé par les hormones sexuelles (les œstrogènes et la progestérone). Certains médicaments peuvent ralentir la progression d'un tel cancer en

bloquant l'action des hormones.

11.4 La thérapie ciblée

« C'est une nouvelle classe thérapeutique (année 2000) qui cible certains récepteurs se trouvant dans la cellule tumorale. Le plus fréquemment utilisé est le Trastuzumab (Herceptin), qui bloque spécifiquement l'action du gène HER² par injection. Les recherches montrent que ce traitement provoque généralement moins d'effets indésirables que la chimiothérapie et la thérapie hormonale, car elle est plus ciblée que ces dernières » (Mekrachi, et al., 2011, p-p.51-71).

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons exploré le domaine médical de la mastectomie, discutant de ses recommandations et de ses divers types. Cette discussion naturellement nous a conduit à examiner son indication principale : le cancer du sein. Ainsi, nous avons examiné en détail le cancer du sein, incluant ses origines, ses variantes et les multiples thérapies disponibles.

Le cancer du sein, comme toute maladie organique, englobe des dimensions physiques et psychologiques. En raison de sa gravité et de sa persistance, il affecte profondément la vie de ceux qui en sont touchés, impactant divers aspects tels que la sphère familiale, conjugale, professionnelle et sociale. Il est devenu l'une des plus grandes appréhensions de notre société contemporaine.

Étant l'un des défis majeurs de la santé publique, et sa prévalence augmentant avec l'âge, tout progrès dans la prévention ou l'amélioration du pronostic revêt une importance cruciale pour le bien-être futur des femmes. Ainsi, le dicton "mieux vaut prévenir que guérir" trouve ici tout son sens. Par conséquent, la prise en charge du cancer du sein doit englober à la fois des aspects médicaux et psychologiques, visant à améliorer globalement la qualité de vie des patientes.

Partie II :
Partie pratique

Chapitre IV : La méthodologie

Préambule

Après avoir exposé la partie théorique de notre recherche, il est essentiel de compléter notre étude par une approche pratique, qui débutera par la présentation du chapitre méthodologique. Ce dernier revêt une importance primordiale dans tout projet de recherche, quelle que soit la discipline. En psychologie clinique, comme dans toute démarche scientifique, la méthodologie joue un rôle crucial en définissant les outils et les étapes nécessaires à la réalisation de l'étude. Ainsi, dans ce chapitre, nous détaillerons les différentes étapes suivies pour mener à bien notre recherche, intitulée "Le Stress Post-Traumatique Chez Les Femmes Ayant Subi Une Mastectomie Totale". Nous aborderons la méthodologie de recherche ainsi que les outils utilisés et leur analyse.

1 Dimension temporelle de l'étude

Nous avons effectué notre pré-enquête le 28 novembre 2023 ; Notre enquête s'est déroulée au service d'oncologie d'Amizour de la wilaya de Bejaia, sur une période de durée d'un mois et demi, du 28 novembre 2023 au 11 janvier 2024 deux fois par semaine.

1.1 La pré-enquête

Avant d'entrer dans le détail de notre méthodologie de recherche, il est crucial de s'assurer de sa faisabilité. Pour ce faire, nous avons entamé une phase préliminaire de pré-enquête, une étape essentielle dans tout processus de recherche. Cette étape consiste à rencontrer des sujets présentant des caractéristiques similaires à ceux retenus pour l'étude, dans des conditions similaires à celles prévues pour l'enquête principale.

L'objectif principal de cette pré-enquête est de vérifier la faisabilité de la recherche et de l'enquête, ainsi que l'adéquation des instruments de collecte de données et de la méthodologie choisie. Son importance réside dans l'identification précoce des éventuels problèmes qui pourraient survenir lors de l'enquête principale, permettant ainsi d'apporter les ajustements nécessaires avant qu'ils ne deviennent difficiles à corriger.

Dans notre cas, la pré-enquête revêt une importance particulière en raison de la nature délicate de notre population d'étude, composée de femmes ayant subi une mastectomie suite à un cancer du sein. Avant de démarrer notre recherche, nous avons donc rencontré le chef du service et la psychologue en charge, afin de présenter notre projet de recherche et de nous présenter en tant qu'étudiantes travaillant sur ce sujet.

Cette phase préliminaire nous a permis de recueillir des informations cruciales pour notre recherche, et a également contribué à affiner notre problématique, nos hypothèses et la construction de notre guide d'entretien. Nous avons réalisé des entretiens exploratoires avec cinq sujets, en utilisant des questions ouvertes pour recueillir leurs perspectives sur le thème de notre recherche.

Suite à l'analyse qualitative des données obtenues lors de cette pré-enquête, nous avons pu affiner nos questions de recherche, identifier les indicateurs pertinents, et élaborer un guide d'entretien structuré. Cette phase a été cruciale pour la préparation de notre recherche principale et nous a permis de mieux cerner les enjeux et les attentes de notre population d'étude.

2 L'enquête

L'enquête, c'est la phase de « vérification systématique des hypothèses. Elle comporte la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats » (Blanchet, et Gotman, 2007, p-p. 24-25). Elle consiste « à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews » (Chahraoui, et Bénony, 2003, p-p. 131-132).

Concernant notre enquête, nous avons travaillé avec des sujets différents afin d'éviter de leur poser les mêmes questions et de réaliser les mêmes tests que lors de la pré-enquête. Chaque sujet a fait l'objet d'un ou plusieurs entretiens, en fonction de sa disponibilité et de sa capacité à s'exprimer sur son état.

2.1 Dimension spatiale de l'étude

Le choix du terrain d'étude a été porté sur l'hôpital BENMERAD EL MEKKI D'AMIZOUR, en raison de la disponibilité d'un service d'oncologie, où sont accueillis des malades atteints de tous types de tumeurs cancéreuses (ambulatoire, prise en charge de jour), il permet la rencontre de femmes atteintes d'un cancer du sein et la sélection de la population de recherche.

En effet, le service propose des soins de chimiothérapie et d'hormonothérapie donnés aux différents cas de cancer admis (cancer du sein, poumon, rectum, prostate...). Toutes les trois semaines, un traitement et un protocole pharmacologique sont programmés par les oncologues pour chaque patient en fonction de leurs caractéristiques personnelles.

Notre stage pratique s'est déroulé dans la ville d'Amizour au sein de l'établissement public hospitalier d'Amizour, la création du secteur de ce dernier remonte à l'année 1985, mais a été construit fin 1991.

Implanté à 24 km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 224 lits techniques, la population couverte s'élève à environ 160.000 habitants.

L'EPH d'Amizour a pour mission : la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisé les besoins sanitaires de la population, assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs de diagnostic, la prise en charge totale des malades durant leurs hospitalisations, et enfin servir de terrain de formation médicale et paramédicale.

L'EPH d'Amizour comprend quatre sous directeurs chargés respectivement de :

- La sous-direction des finances et des moyens ;
- La sous-direction des ressources humaines ;
- La sous-direction des services de santé ;
- La sous-direction de la maintenance des équipement médicaux et connexes.

L'EPH d'Amizour est composé de 11 services :

- Chirurgie générale ;
- Epidémiologie ;
- Gynécologie obstétrique ;
- Radiologie centrale ;
- Laboratoire centrale ;
- Médecine de travail ;
- Médecine interne ;
- Oncologie médicale ;
- Pédiatrie ;
- Pharmacie ;
- Urgences médico chirurgicales.

Présentation du service d'oncologie

Crée conformément à l'arrêté ministériel n° 522/MSPRH du 08-11-2006, le service est inauguré le 27-01-2007.

Ce service est composé de deux unités

- Hospitalisations
- Consultation

Nombre de lits techniques 12

Nombres de lits organisés 36

Effectif

- Oncologues 06 ;
- Médecins généralistes 03 ;
- Paramédicaux 12 ;
- -Psychologues 02 ;
- Biologistes 02 ;
- Assistants 04.

2.2 Population d'étude

Notre population d'étude principale est composée de 10 cas. Certains cas que nous avons rencontrés au cours de cette étape nous ont été orientés par le médecin oncologue.

Notre étude se concentre sur les femmes atteintes du cancer du sein ayant subi une mastectomie totale. La sélection des participantes s'est déroulée de manière aléatoire, en fonction des jours où elles se présentaient à leurs rendez-vous.

2.2.1 Critères du choix de la population d'étude

2.2.1.1 Les critères d'homogénéité retenue

Notre sélection d'étude a été faite en fonction des critères d'homogénéité qui sont les suivants :

- Que la femme soit diagnostiquée comme ayant le cancer du sein ;
- Que la femme ait subi une mastectomie totale ;
- Que la femme soit à l'âge adulte.

2.2.1.2 Les critères non pertinents de sélection

- Le niveau socioculturel ; le cancer peut toucher toutes les personnes quel que soit son rang social, ou sa culture sans aucune distinction ;
- Nous n'avons pas pris en considération l'âge de l'apparition de la maladie, dans la sélection des patients car ceci allait être exploité dans l'analyse des cas ;
- Nous n'avons pas pris en compte la situation matrimoniale, qu'elle soit mariée ou célibataire, car le vécu de la femme dans les deux cas pouvait nous fournir des informations précieuses sur ses réactions.

2.2.1.3 Caractéristique de la population d'étude

Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale	Année de l'apparition de la maladie
Sabrina	41 ans	Mère au foyer	Mariée	2023
Baya	47 ans	Mère au foyer	Mariée	2020
Siham	40 ans	Agent de service	Mariée	2022
Alia	44 ans	Mère au foyer	Mariée	2023
Leticia	46 ans	Assistante médicale	Mariée	2020
Anissa	54 ans	Mère au foyer	Mariée	2021
Ania	56 ans	Mère au foyer	Mariée	2023
Camélia	40 ans	Mère au foyer	Mariée	2022
Adria	66 ans	Mère au foyer	Mariée	2022
Lilia	57 ans	Femme au foyer	Célibataire	2021

Tableau 01 : Récapitulatif de la population d'étude.

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, la profession, la situation matrimoniale et l'année de l'apparition de la maladie³.

3 La méthode de recherche

Le choix de la méthode de recherche dépend de la nature de la recherche. L'utilisation de méthode et la technique adéquate au thème et au terrain sont indispensables, afin de répondre à la problématique posée, vérifier les hypothèses. Pour effectuer notre recherche, nous avons retenu la méthode clinique qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et qui doit se centrer sur l'étude de cas. Une méthode qui va nous permettre de décrire, de comprendre, et d'observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. De ce fait, elle nous permettra de décrire et d'évaluer le stress post-traumatique chez les femmes mastectomisées et d'identifier le degré de ce stress post traumatique.

La méthode clinique est la méthode qui vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes, celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant

³Pour préserver la confidentialité conformément aux principes éthiques de la recherche en psychologie clinique, nous avons décidé de substituer les prénoms des participantes par d'autres prénoms.

d'effectuer une bonne analyse diversifiée des contenus (Huber, 1993).

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y'a de typique et ce qu'il y'a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée » (Sillamy, 2003, p. 58)

Le psychologue réalise une étude approfondie et exhaustive du cas, collectant un large éventail d'informations sur le sujet en souffrance. Cela implique l'utilisation de tests, d'échelles cliniques, d'entretiens et de grilles d'observation pour évaluer, diagnostiquer et formuler des hypothèses étiologiques. L'objectif est de comprendre le sujet dans sa propre perspective, tenant compte de ses références linguistiques, historiques, familiales, etc. Cette approche favorise un lien affectif qui encourage le sujet à s'exprimer. Connue sous le nom de méthode complémentariste, elle met l'accent sur la subjectivité et constitue le cœur de la méthodologie clinique, souvent invoquée par les cliniciens. Cette méthode a été utilisée non seulement par les premiers psychopathologues comme S. Freud et P. Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques, mais aussi par les médecins pour décrire les maladies et leur évolution (Chahraoui, et Bénony, 2003).

4 Les outils de recherche

Chaque chercheur utilise des outils qui lui conviennent et qui sont adéquats à son sujet de recherche. Dans cette étape, nous aborderons des outils que nous avons utilisés comme technique pour effectuer notre projet de recherche. Nous avons commencé par l'entretien clinique de recherche parce qu'il nous permet d'avoir un premier contact avec les cas de notre groupe de recherche et d'établir une relation de confiance avec chaque cas. Puis nous avons appliqué le test TRAUMAQ.

4.1 L'entretien clinique

Parmi les techniques de recherche utilisées, l'entretien clinique de recherche est privilégié pour accéder aux informations subjectives telles que l'histoire de vie, les sentiments et les représentations. Cette méthode est largement utilisée dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, en particulier en psychologie clinique, en raison de sa spécificité. Son objectif est de générer de nouvelles connaissances et de permettre leur généralisation.

L'entretien clinique « peut être utilisé seul ou en combinaison avec des tests psychologiques, des échelles cliniques ou des observations directes, en tant qu'outil clinique

pour recueillir des données au cours des procédures de recherche » (Chahraoui, et Bénony, 1999, p. 25).

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman, l'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsqu'on souhaite analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements dont ils ont été témoins actifs, ainsi que lorsqu'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent (Sauvayre, 2013).

Il existe trois types d'entretien. Tout d'abord, **l'entretien non-directif** est centré sur la personne. Conformément à son appellation, c'est le patient qui dirige la discussion, s'exprimant librement à propos de lui-même, en contrôlant et en menant son discours selon ses propres préférences. Ensuite, **l'entretien directif** se différencie de **l'entretien semi-directif**, (comme troisième type d'entretiens), par le fait que les questions sont ordonnées et hiérarchisées, similaire à un questionnaire. Cela limite l'implication personnelle du sujet, puisqu'il répond uniquement aux questions posées, ce qui en fait un outil moins centré sur la verbalisation spontanée du sujet. L'entretien clinique peut varier selon le contexte médical, la spécialité du professionnel de la santé et les besoins spécifiques du patient (Bénony, et Chahraoui, 1999).

L'entretien semi-directif dans notre recherche, semble être le plus approprié à nos objectifs. Il nous permet d'élaborer des questions qui contribueront à la vérification de nos hypothèses. Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien et a en tête quelques questions correspondant à des thèmes qu'il souhaite explorer (Bénony, et Chahraoui, 1999).

Cet entretien est fréquemment utilisé comme méthode de récolte de données, dans la recherche en psychologie clinique il est indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations individuelles concernant le cas.

4.1.1 L'entretien semi directif

L'entretien clinique semi directif peut être défini en psychologie, comme « l'entretien par lequel le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objective ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifique pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet » (Bouvet, 2015, p. 13).

Ce type d'entretien (semi directif) est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter le sujet à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. La part de directivité de l'enquêteur est moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre. Ce type d'entretien a duré en moyenne entre 30 minutes et deux heures » (Sauvayme, 2013, p. 09).

Nous avons opté pour ce dernier type d'entretien, car il nous a donné la possibilité de poser des questions semi-directives précises sur chaque axe de notre guide d'entretien. Notre objectif était d'obtenir des réponses approfondies et riches, ce qui nous a permis de recueillir des informations détaillées sur le sujet lui-même et sur sa prise en charge.

4.1.2 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche se trouve associé à un guide d'entretien, structuré et préparé par le clinicien chercheur où la consigne sera identique pour tous les sujets, ce guide dont dispose le chercheur est constitué d'axes thématiques dans lesquels sont soigneusement préparés les questions à travers lesquelles le chercheur accédera au discours analysable des sujets. « Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive » (Chahraoui, et Bénony, 2003, p. 144).

Le guide d'entretien « comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien » (Bénony, et Chahraoui, 1999, p. 69).

Dans notre étude de recherche, l'emploi du TRAUMAQ nous a offert une opportunité précieuse d'explorer des manifestations symptomatiques spécifiques du syndrome de stress post-traumatique, telles que les manifestations dissociatives, l'hyperactivation neurovégétative, les reviviscences et les comportements d'évitement. Les différentes questions incluses dans le TRAUMAQ nous ont permis de recueillir des informations essentielles concernant nos sujets de recherche.

Notre guide d'entretien est structuré autour de huit axes, qui sont les suivants :

Remarque :

Avant de débiter notre entretien semi directif avec chaque cas, nous avons tenu à expliquer au cas le contexte dans lequel nous allons travailler en disant à chaque cas ce qui suit : « je tiens à vous solliciter pour participer à notre recherche. Je suis actuellement en stage de Master de psychologie clinique et je mène une recherche sur les expériences des femmes ayant subi une mastectomie totale, dans le cadre de mon mémoire de fin de cycle. Acceptez-vous de participer à cette recherche ? ». « Avant de répondre par oui ou par non, je tiens à vous expliquer le déroulement de la recherche. Vous serez invitée à répondre à des questions dans l'entretien pour éclairer certains aspects de votre expérience, et vous pourriez également être sollicitée pour remplir un questionnaire sur vos expériences de vie. Il est important que vous vous sentiez à l'aise dans vos réponses, car il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; ce qui m'intéresse est votre expérience telle que vous l'avez vécue. Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle, et votre participation est volontaire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans justification. Votre décision de participer ou de ne pas participer n'aura aucune incidence sur notre relation ou sur votre traitement au sein de notre institution. Alors, acceptez-vous de participer à cette recherche ? » Si la femme répond par oui, nous la remercions comme suit : « Je vous remercie pour votre engagement à partager votre expérience, dans le but de faire avancer la recherche » Ainsi, nous entamons le travail en commençant par le recueil des données générales sur elle, puis l'entretien, etc.

Données générales sur le cas

Nom :

- Age
- Niveau d'instruction
- Profession
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfants (uniquement pour celle qui est mariée)

Axe 1 : Représentation de la femme pour sa vie et son histoire : Examiner l'histoire de la femme permet d'évaluer ses ressources personnelles et sa capacité à faire face

au stress post-traumatique. Cela peut inclure des ressources internes et externes qui peuvent influencer sa capacité à surmonter les effets du traumatisme. Donc, l'exploration de l'histoire de la femme et de sa maturité offre un cadre complet pour comprendre les antécédents, les vulnérabilités, les ressources et les schémas comportementaux qui peuvent influencer la réaction d'une personne au stress post-traumatique après une mastectomie totale.

- Parlez-moi de vous, c'est-à-dire de votre vie et votre histoire, dans le passé. C'est-à-dire les événements marquants de votre passé ?

- Pouvez-vous décrire votre enfance et les expériences qui ont été significatives pour vous pendant cette période ?

- Comment étiez-vous à l'école ? Étiez-vous plutôt une bonne élève ou avez-vous rencontré des difficultés ?

- Pouvez-vous me parler de votre expérience à l'école et de la manière dont vous vous débrouilliez ?

- Avez-vous vécu des traumatismes dans votre passé ? Si oui, Pourriez-vous m'en parler ?

- Y a-t-il eu des événements traumatisants dans votre passé qui ont eu un impact sur vous ? Si oui, quelles sont ces expériences et quand ont-elles eu lieu ?

- Pouvez-vous me parler de votre naissance et de votre petite enfance ?

- Pourriez-vous me partager ce que vous savez de votre naissance et de vos premières années de vie, notamment en ce qui concerne la présence et l'implication de votre mère ?

- Et actuellement, comment vous décririez-vous ? Quels sont les aspects de votre vie qui vous semblent importants à partager ?

Axe 02 : L'histoire de la maturité de la femme : Les événements de la vie, tels que l'apparition des règles pour la première fois, peuvent constituer des moments de transition et de vulnérabilité dans la vie d'une femme. Les expériences associées à ces événements, comme la réaction de la famille, des amis ou des autorités, peuvent avoir un impact significatif sur le développement émotionnel et psychologique de la femme et influencer sa réaction aux événements traumatisants ultérieurs. Ainsi, la manière avec laquelle la femme a réagi à sa puberté, nous donne une idée sur son niveau de maturité.

- Pouvez-vous me parler de votre puberté, c'est-à-dire quand avez-vous eu vos premières règles ? Avez-vous eu une idée sur les règles avant de les avoir ?
- Comment avez-vous réagi ?
- Avez-vous parlé à quelqu'un ? (Si oui à qui ? Et qu'elle était sa réaction ?)
- C'est quoi être femme pour vous ?

Remarque : Pour la femme mariée on ajoute les questions a ; b ; c :

- a. Avez-vous des enfants ? (Si oui, pouvez-vous me dire comment étaient vos grossesses ? Et les (ou l') accouchements ? Comment était l'accueil de chacun de vos enfants, c'est-à-dire est ce que c'était facile pour vous ou difficiles ?
- b. Vos enfants sont-ils en bonne santé ? Si non, qu'est ce qu'ils ont, pouvez-vous m'en parler ?
- c. Et votre mari comment réagit-il ? C'est-à-dire vous aide-t-il ? Si oui, comment ? Si non, est ce que vous pouvez m'expliquer plus ?

Axe 03 : le vécu d'avant et après l'ablation du sein : L'axe du vécu d'avant et après l'ablation du sein offre un aperçu crucial de l'expérience des femmes après la mastectomie totale, ce qui permet de mieux comprendre et d'évaluer les réactions au traumatisme et les symptômes de stress post-traumatique qui en résultent. Comprendre le vécu des femmes avant et après l'ablation du sein permet de contextualiser l'expérience traumatique. Cela inclut l'exploration de leur qualité de vie, de leurs relations interpersonnelles, de leurs activités quotidiennes et de leur bien-être émotionnel avant et après la chirurgie.

- Avant de découvrir votre maladie, comment était votre quotidien ? Pouvez-vous me décrire votre vie avant l'ablation de votre sein ?
- Comment était votre vie avant l'intervention chirurgicale ? Pouvez-vous me parler de ce à quoi ressemblait votre quotidien avant cette période difficile ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction face à l'annonce de l'ablation de votre sein ? Comment avez-vous vécu ce moment ?
- Avez-vous pensé à ce qu'allait être votre vie après votre maladie qui a obligé l'ablation de votre sein ?

- Avez-vous des projets par rapport à l'avenir ?
- Avez-vous remarqué des changements significatifs dans votre vie depuis l'ablation ? Si oui, pourriez-vous décrire ces changements et comment les vivez-vous au quotidien ?

Axe 04 : L'état de santé antérieure : Comprendre l'état de santé antérieur des individus permet de mettre en contexte leurs réactions et leurs symptômes post-traumatiques. Cela inclut l'exploration des antécédents médicaux, des maladies préexistantes et des conditions de santé mentale. Certains antécédents médicaux ou de santé mentale peuvent constituer des facteurs de risque pour le développement du stress post-traumatique. L'axe de l'état de santé antérieure permet d'identifier ces facteurs potentiels, ce qui est crucial pour comprendre la prévalence et la sévérité du stress post-traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie totale. Par ailleurs, c'est en examinant comment la femme a fait face à des maladies ou des événements stressants antérieurs, qu'on peut mieux comprendre sa capacité à surmonter les symptômes de stress post-traumatique après une mastectomie totale.

- Parlez-moi de votre santé dans votre passé : Avez-vous souffert de maladies ? Si oui, lesquelles ? Comment avez-vous réagi ?
- Avez-vous eu des opérations avant ? (Si oui lesquelles ?)
- Étiez-vous hospitalisée avant l'hospitalisation actuelle ? Si oui, pour quelle raison ? quelle était la durée ?
- En dehors de votre maladie actuelle, souffrez-vous d'autres affections ? Si oui, pourriez-vous me les décrire ?

Axe 05 : Le vécu psychique de l'ablation : Cet axe permet d'explorer les réactions émotionnelles immédiates et à long terme à l'ablation du sein, y compris la peur, la tristesse, l'anxiété, la colère et la confusion. Comprendre ces réactions aide à identifier les symptômes de stress post-traumatique et à évaluer leur gravité. L'exploration du vécu psychique après l'ablation permet d'évaluer l'impact de l'intervention chirurgicale sur l'estime de soi, l'image corporelle, la sexualité, et la perception de la féminité. Ces aspects sont étroitement liés au stress post-traumatique et peuvent influencer la qualité de vie des femmes après la mastectomie.

- De quel côté avez-vous effectué l'intervention ?
- Étiez-vous préparée à cette ablation ?

- Comment votre médecin vous a-t-il annoncé la nécessité de faire une ablation ?
- Comment avez-vous réagi face à cette annonce du médecin ?
- Parlez-moi de votre quotidien depuis l'ablation du sein ?
- Quels sont les changements dans votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ?
- Avez-vous ressenti un changement dans votre caractère lors de votre atteinte par la maladie qui vous a obligé à une ablation du sein ?
- Comment était votre vécu lors de votre hospitalisation ?
- Quels sont les traitements dont vous avez bénéficié avant l'ablation ?
- Comment avez-vous réagi aux traitements ?
- Quel est votre traitement actuel ? Comment le vivez-vous ?
- Avez-vous une prescription d'un régime alimentaire à suivre ?
- Suivez-vous ce régime ? (Si non : Pourquoi ? Si oui : Est-il facile à suivre ?)
- Avez-vous des douleurs ? Si oui où ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
- Quand avez-vous découvert que vous avez une tumeur du sein ?
- Parlez-moi de vous après cette chirurgie, y a-t-il, selon vous, des choses qui ont beaucoup ou définitivement changé ? (Si oui, lesquelles ?)
- Pensez-vous que les gens de votre entourage ont changé leur regard envers vous ? (Si oui : Lesquels et qu'est-ce qui vous fait dire cela ?)
- Quelle était votre réaction à la première vue de votre cicatrice ? Étiez-vous préparé pour ça ? Si oui : Comment ?
- Avez-vous imaginé la cicatrice pire que ce que vous avez découvert, en la voyant la première fois ? Pourriez-vous m'en dire plus ?
- Comment était votre vie avant l'ablation de votre sein ?
- Que saviez-vous sur cette maladie ?

- Comment s'est passé l'opération ?
- En vous réveillant de l'opération, quelle était votre première pensée ?

Axe 06 : Le vécu quotidien et relationnel de la femme : l'axe du vécu quotidien et relationnel de la femme permet d'appréhender les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels le stress post-traumatique se développe et persiste. Cette compréhension holistique est cruciale est essentielle pour comprendre le quotidien des femmes ayant subi une mastectomie totale et mettre en contexte leurs symptômes de stress post-traumatique. Les interactions sociales, les routines quotidiennes et les défis rencontrés dans la vie quotidienne peuvent influencer la manière dont le stress post-traumatique se manifeste. Aussi cet axe aiderait à identifier des facteurs de stress : En explorant les relations interpersonnelles, les responsabilités familiales, du travail et d'autres aspects du quotidien peut aider à identifier les facteurs de stress spécifiques qui contribuent au développement ou à l'aggravation du stress post-traumatique.

- Parlez-moi de votre quotidien, comment ça se passait avant ? Et maintenant ?
- Et vos relations, comment ça se passe ?
- Avez-vous l'impression d'être seule face à votre maladie ? (Si oui : Pourriez-vous m'en dire plus ?)
- Avez-vous une proche atteinte de cette maladie ? (Si oui : Qui ? Et comment vivez-vous cela ?)
- Craigniez-vous qu'une femme de votre famille subisse la même intervention que vous ? (Si oui, qui par exemple ?)
- Parlez-moi de votre relation avec votre médecin, comment c'est ?
- Que pensez-vous de la manière avec laquelle il/elle vous a annoncé votre maladie ?
- Etes-vous bien avertie sur les conséquences ? (Si oui : Pourriez-vous en dire plus ?)
- Qui vous accompagnait à l'hôpital, durant vos séances de chimiothérapie ?
- Parlez-moi de vos relations avec l'équipe soignante ?

Axe 07 : Réaction traumatique : Cet axe permet d'explorer les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales associées à l'événement traumatique de la

mastectomie totale. En identifiant les symptômes du TSPT, leur gravité et leur durée dans le temps. Cela aide à déterminer si les femmes ont développé un TSPT à la suite de la mastectomie totale, ainsi que l'ampleur de cet impact sur leur bien-être psychologique à long terme.

- Parlez-moi de votre sommeil juste après les jours qui ont suivi votre opération ;
- Votre sommeil était-il perturbé ?
- Votre sommeil était comment avant votre opération ?
- Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'opération que vous avez subie ?
- Avez-vous l'impression que votre corps a changée ? Si oui : Pourriez-vous m'en dire plus ?
- Avez-vous l'impression de ne plus vous occupez de votre beauté ? Avant votre opération comment c'était ?
- Est-ce que vous avez déjà pensé à la chirurgie esthétique ? (Si oui : Pourriez-vous m'en dire plus ?)
- Avez-vous l'impression que votre humeur a changée ? (Si oui comment ? Et comment expliquez-vous cela ?)
- Au niveau de votre intérêt pour les loisirs, avez-vous l'impression que vous avez beaucoup changé suite à l'intervention chirurgicale ?
- En général, comment réagissez-vous aux problèmes ?
- Éprouvez-vous plus de difficultés dans vos relations, suite à votre opération ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Avez-vous l'impression que vous, vous isolez ou que vous refusez les contacts ? (Si oui : Depuis quand ? Et comment expliquez-vous cela ?)
- Avez-vous l'impression d'avoir des difficultés à contrôler vos émotions ? (Si oui : Pensez-vous que ça a relation avec votre opération ?)
- Évitez-vous les choses qui sont susceptibles de vous rappeler votre opération ?

Axe 8 : Vie onirique et éventuels cauchemars : Les cauchemars et les rêves peuvent être des indicateurs de la sévérité du stress post-traumatique. Leur fréquence, leur intensité et leur contenu peuvent fournir des informations sur le niveau de détresse émotionnelle et sur la gravité des symptômes. Ils peuvent être déclenchés par des stimuli liés au trauma. En explorant le contenu des rêves, il est possible d'identifier les déclencheurs spécifiques qui peuvent aggraver les symptômes du stress post-traumatique. Bien que nous ne puissions pas effectuer une analyse détaillée du contenu en raison de notre accès limité aux participants sur une période restreinte, les cauchemars et les rêves peuvent néanmoins fournir des indices sur les expériences vécues pendant et après le traumatisme. Leur exploration peut jouer un rôle crucial dans l'identification et la compréhension des symptômes de stress post-traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie totale.

- Parlez-moi de vos rêves ?
- Avez-vous beaucoup de rêves ?
- Faites-vous des cauchemars ? (Si oui : Depuis quand ? Est-ce que c'est suite à votre opération ? (Si oui : Pourriez-vous m'en dire plus ?)
- Avant votre opération, comment ça se passait avec rêves ?
- Pouvez-vous me raconté un rêve ? Quand vous l'avez rêvé ? Avez-vous d'autres rêves à me raconter ?
- Y'a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter que nous n'avons pas abordé dans notre entretien ?

Remarque : si la patiente a anticipé spontanément des réponses à des questions prévues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

5 Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « TRAUMAQ »

Pour effectuer notre travail de recherche et faciliter la confirmation de nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique « Le TRAUMAQ » qui est constitué à partir d'une approche intégrative permettant d'envisager une analyse globale du traumatisme psychique proposant par la même occasion une aide à l'évaluation du syndrome post-traumatique en s'intéressant aux symptômes généralement observés ainsi qu'aux fréquemment associés.

Le TRAUMAQ peut être un outil de recherche en contribuant aux études

épidémiologiques, il apporte une aide aux diagnostics et à la validation de traitement thérapeutique, mais surtout il mesure la fréquence des troubles traumatiques, et les modifications de personnalité provoquée par un événement traumatique.

5.1 Définition du TRAUMAQ

Le questionnaire TRAUMAQ évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (critère A du DSM-IV). Il évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. Est également pris en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

5.2 Objectifs du TRAUMAQ

- Evaluer des troubles traumatiques aigus et chronique, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique ;
- Contribuer à la recherche épidémiologique ;
- Participer à la validation d'un traitement thérapeutique ;
- Intégrer à la pratique du clinicien, le questionnaire peut apporter une aide au diagnostic. Il peut être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique.

5.3 Population concernée par TRAUMAQ

Ce questionnaire est destiné aux adultes à partir de 18 ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort.

Exemple

- Les adultes qui ont été des victimes directes ou témoins d'une infraction pénale ;
- Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort ;
- Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

5.4 Contenu du questionnaire

Le questionnaire TRAUMAQ, est composé de deux parties :

Partie 1 : mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

Partie 2 : mesure du délai d'apparition et de la durée des troubles décrits. Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur.

Le questionnaire est réparti sur dix échelles ; qui ont fait l'objet d'une collaboration avec des spécialistes comme les professeurs François Lebigot et Louis Crocq.

Dans sa formulation définitive les deux parties composées de dix échelles « permettent la collecte globale d'information générales suffisantes pour établir un bilan complet et ce à partir de différentes rubriques qui mettent l'accent sur des informations concernant l'évènement (son origine, sa nature, le lieu et l'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique), mais aussi concernant le sujet et son vécu durant l'évènement et les réactions postérieures à celui-ci à travers ces items divisés en deux parties» (Damiani, et Pereira-Fradin, 2006, p. 10).

La première partie se compose de deux échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

Pendant l'évènement

Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'évènement.

Depuis l'évènement

Echelle B (4 items) : le symptôme pathognomonique et répétition : les réviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions.

Echelle C (5items) : les troubles du sommeil.

Echelle D (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Echelle E (6items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité.

Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.

Echelle G (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).

Echelle H (8 items) : les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).

Echelle I (7 items) : le vécu traumatique, culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiment violent et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.

Echelle J (11 items) : la qualité de vie.

La deuxième partie s'intéresse au délai d'apparition et durée de troubles des échelles, permettant ainsi la prise en considération de manifestation ayant disparu au temps d'administration du test, 13 items sont alors retrouvés, correspondant aux symptômes évalués dans la première partie ; ces derniers seront alors appréhendés à partir des critères, de délai d'apparition des troubles et un second, celui de la durée du trouble :

- L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent (Echelle B/ partie 1).
- Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ ou nuits blanches (Echelle C/partie 1).
- L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D/partie 1).
- La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux similaires (Echelle D/partie 1).
- L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E/partie 1).
- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E/partie 1).
- Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F/partie 1).
- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique etc. (Echelle F/partie 1).
- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc...) (Echelle F/partie 1).
- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G/partie 1).
- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude, et/ou les envies de suicide (Echelle H/partie 1).

- Tendances à s'isoler (Echelle J/partie 1).
- Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I/partie 1).

Chaque item est appréhendé à partir de deux critères qui sont :

- Le délai d'apparition des troubles depuis l'événement ;
- La durée des troubles.

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre.

La consigne générale « Vous devez répondre à toutes les questions, vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite » (Damiani, et Pereira-Fradin, 2006, p-p. 13-14).

5.5 L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

- L'analyse de l'entretien clinique ;
- La santé physique ;
- Santé antérieure (enfance) et santé actuelle ;
- Facteurs héréditaires et les complications de la maladie ;
- Les événements importants dans la vie de la patiente ;
- L'investissement d'objet ;
- La vie relationnelle (la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...);
- La vie sexuelle de la patiente ;
- Les projets d'avenir ;
- Le trauma.
- Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie ;

- Les réactions de la patiente aux événements.

5.6 L'analyse du questionnaire TRAUMAQ

Pour la partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de repenses correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

- Nul (échelon 0) ;
- Faible (échelon 1) ;
- Forte (échelon 2) ;
- Très forte (échelon 3).

L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non.

5.7 Calcul des notes brutes par échelle

Partie 1 du questionnaire : pour les échelles A à I la note par échelle s'obtient en additionnant les repenses du sujet à chaque item (0, 1, 2, 3 points). Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G.

Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Reponses	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
Oui											
Non											

Tableau 02 : Grille de cotation de l'échelle J.

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul d'une note totale est rendu possible par l'homogénéité élevée du questionnaire et une analyse factorielle confirmatoire met en évidence la présence d'un facteur principal qui représente à lui seul 45% de la variance expliquée.

La Partie 2 du questionnaire : les informations recueillis dans cette partie sont de nature qualitative et destinées à compter le bilan clinique. Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement.

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post- traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale, un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie1.

Echelles	Notes étalonnées				
	1	2	3	4	5
Echelle A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	10et+
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	14et+
Echelle D	0	1-4	5-9	10-13	14et+
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15et+
Echelle F	0	1-3	4-5	7-9	10et+
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18et+
Echelle I	0-1	2-5	6-9	10-16	17et+

Tableau 03 : Conversion des notes brutes étalonnées par échelle (N=141).

Classes	1	2	3	4	5
Notes Brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115et+
Evaluation Clinique	Absence de traumatism	Traumatism Léger	Traumatism Moyen	Traumatism fort	Traumatism très fort

Tableau 04 : Conversion de la note brute totale de la partie étalonnée et en niveau d'intensité.

6 Déroulement de la pratique

Après avoir obtenu leur consentement éclairé, comme cité plus haut, nous avons entamé les entretiens.

La durée des entretiens a varié d'une personne à une autre, avec une moyenne d'environ 45 minutes à une heure. En effet, certaines participantes ont exprimé une certaine réserve lorsqu'elles évoquaient leur expérience de la maladie, tandis que d'autres se sont montrés plus loquaces et ont semblé trouver un soulagement dans l'expression verbale.

Les entretiens ont été menés dans la langue maternelle des participantes, le kabyle, lorsque c'était possible. Pour celles qui maîtrisaient le français, nous avons utilisé cette langue, mais nous avons également offert la possibilité aux participantes de s'exprimer dans la langue de leur choix.

Après les entretiens, nous avons utilisé le questionnaire TRAUMAQ afin de mieux comprendre l'impact traumatique de la mastectomie et d'évaluer les différentes réactions des

participantes face à leur maladie. Il convient de souligner que nous avons utilisé à la fois la version française et son adaptation du questionnaire, en laissant aux participants le libre choix de la langue dans laquelle ils souhaitaient répondre.

La passation du questionnaire s'est déroulée conformément aux instructions du manuel, en utilisant une méthode de passation hétéro-administrée. Nous avons pris soin de lire les consignes aux participantes et sommes restés à proximité pour nous assurer qu'ils comprenaient bien tous les éléments du questionnaire et qu'ils ne rencontraient aucune difficulté à y répondre.

Les infirmiers sont responsables de l'administration des traitements prescrits suite aux consultations des oncologues. À noter que les psychologues participent également à ces visites, travaillant dans le service de prise en charge psychologique situé à proximité du service d'oncologie. Ce service offre non seulement des interventions dans les différents départements de l'hôpital en fonction des besoins, avec des visites quotidiennes, mais aussi des consultations ouvertes aux personnes non hospitalisées.

Durant notre stage pratique d'une durée d'un mois et deux semaines, nous avons pu accéder aux informations nécessaires grâce à la collaboration du chef de service et de l'assistant médical. Cette collaboration nous a été précieuse pour cibler les patientes atteintes d'un cancer du sein, ce qui a facilité notre accès aux cas de mastectomie. De plus, la présence de psychologues sur place nous a permis d'observer leurs activités en tant que cliniciens en milieu hospitalier, tout en bénéficiant de leurs conseils et directives.

6.1 L'attitude du clinicien

Dans le contexte de l'entretien clinique, le clinicien assume le rôle d'un interlocuteur empathique et attentif, tout en se tenant en retrait autant que possible de ses propres préoccupations personnelles. L'objectif primordial est de permettre au patient de s'exprimer librement, de l'aider à trouver les mots s'il rencontre des difficultés, afin qu'il puisse exprimer ce qu'il ressent, ce qu'il souhaite communiquer et ce qu'il est capable de partager. Il est évident que malgré cette liberté de parole encouragée, le client peut se trouver limité par des réticences conscientes ou des résistances inconscientes ; il peut ne pas vouloir ou ne pas pouvoir tout divulguer immédiatement. Ainsi, le clinicien doit intervenir le moins possible dans le cours naturel du discours du client, évitant de le perturber mais plutôt le facilitant. Cela nécessite de ne pas céder à une curiosité intrusive ni à un désir inquisiteur de forcer la

vérité. Ce qui compte, ce n'est pas seulement ce qui est exprimé, mais aussi le timing et la manière dont cela est exprimé. De même, le clinicien ne doit pas se précipiter pour communiquer sa compréhension ; l'essentiel est de la partager au moment opportun pour le bien-être du client (Chiland, et al., 2005).

6.2 Limites de recherche

-**Limite spatiale** : Femmes mastectomisées au niveau de l'hôpital d'Amizour de la wilaya de Bejaia.

-**Limite de temps** : Du 28 novembre 2023 au 11 janvier 2024.

- **Limite de groupe** : L'enquête s'est portée sur dix femmes mastectomisées.

- **Outils** : Entretien de recherche semi-directif et le test TRAUMAQ.

-**Approche** : Intégrative

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons examiné en détail la méthodologie de recherche ainsi que les techniques employées, en décrivant minutieusement le processus de recherche dans ses dimensions temporelles et spatiales.

La méthodologie que nous avons adoptée assure une utilisation appropriée des techniques d'investigation choisies, permettant ainsi pour nous de répondre aux questions posées avec précision. De plus, elle garantit une rigueur dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur Le Stress Post-Traumatique Chez Les Femmes Ayant Subi Une Mastectomie Totale et de vérifier les hypothèses formulées initialement.

Il est impératif pour le clinicien-chercheur d'être méthodique, de prendre en compte tous les détails pertinents susceptibles de contribuer à la recherche, et de restituer fidèlement les réponses et le discours des cas (participants dans la recherche) afin de réaliser une analyse et une discussion aussi précises que possible, en gardant à l'esprit que les données doivent s'inscrire dans le temps et le contexte de la recherche appliquée.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

Préambule

Nous abordons maintenant l'avant dernier volet de notre étude, consacré à l'aspect pratique, où nous examinons spécifiquement le Stress Post-Traumatique chez Les Femmes ayant subi une mastectomie totale. Cette analyse repose sur une approche clinique rigoureuse, étayée par l'utilisation de divers instruments, tels que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle TRAUMAQ. Ces outils nous permettront d'explorer en profondeur les différentes dimensions impliquées et de comprendre la vulnérabilité psychique dans ses aspects singuliers et subjectifs.

Nous présenterons les cas étudiés et analyserons les données recueillies lors des entretiens semi-directifs, puis nous interpréterons les résultats obtenus à partir de l'échelle TRAUMAQ.

1 Présentation et analyse des cas

1.1 Présentation et analyse du cas Lilia

1.1.1 Présentation du cas

Madame Lilia, âgée de 57 ans, est une femme au foyer non mariée. Son niveau d'instruction est de 6^{ème} année primaire, elle n'a donc pas de diplôme ni de qualification. Suite à l'annonce de son cancer en 2021, elle a subi une mastectomie de son sein gauche avec curage ganglionnaire au service de sénologie de Khelil Amrane. Actuellement, elle poursuit son traitement chimiothérapique adjuvant destiné à augmenter les chances de sa guérison, éloignant ainsi le risque de rechute.

Alors qu'elle était à l'hôpital pour sa séance de chimiothérapie, nous avons saisi l'occasion de l'inviter à participer à notre recherche. Elle a gentiment accepté de nous consacrer du temps pour participer.

1.1.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous voyons madame Lilia pour un entretien dans lequel elle répond avec spontanéité à nos questionnements.

Rappelons que l'événement traumatique auquel elle a été confrontée est l'annonce de la mastectomie de son sein gauche. En effet, Elle nous raconte l'horreur à laquelle elle n'a pas été préparée, à savoir l'annonce de sa mastectomie qui engendre en elle un sentiment d'impuissance, vécu dans l'effroi, et l'angoisse « *khel3ar, imi iydenan* » (j'étais choquée quand ils m'ont annoncée). Elle réagit en pleurant « *trough imi iydenan g moment ni* » (j'ai

Chapitre V : Présentation et analyse des données

pleuré quand ils m'ont annoncé la nouvelle) ne croyant pas ce qu'il lui venait d'arriver et se sentant seule depuis le décès de sa mère.

N'ayant aucune information sur la mastectomie « ousiner walou » (je ne connais rien), elle nous raconte le jour de son opération, où elle se dirige au bloc opératoire avec peur. Une fois sur la table d'opération, elle se confie à dieu et se livre à l'opération qui durera une heure environ « uqvel ayseggen steghfragh et chahdagh » (avant qu'on me fasse anesthésier je me suis confessé et implorer pardon à Dieu). Une fois réveillée, elle dit « hamdoullah, aqlin g hayith » (Dieu merci, je suis parmi les vivants). Après la mastectomie, sa vie quotidienne a dû changer. En effet, depuis sa chirurgie, elle ne peut plus réaliser ses tâches quotidiennes, comme faire le ménage, cuisiner. Elle rajoute à cela que la chose la plus importante qui a changé en elle, c'est la dégradation de sa santé, de sa vigueur « neqsegh, tenqes tezmerthiw » (j'ai maigri et ma santé a diminué). En ce qui concerne son retour à l'hôpital, elle nous informe que celui-ci est primordial pour le suivi de son traitement, même si elle avoue que c'est un environnement stressant surtout quand elle voit les personnes plus malades qu'elle.

Avec un discours simple, elle nous précise qu'à la vue de sa cicatrice cela ne lui a rien fait, elle dit qu'elle s'est habituée à son nouveau corps avec un seul sein « tura wulfagh » (je me suis habituée). Cependant, la chirurgie reconstructive ne l'intéresse pas. Elle trouve le regard des gens dérangent et frustrant, car ces derniers ne la regardent pas elle, mais visent du regard le sein manquant. Soutenue par ses proches, elle nous certifie que ces derniers n'ont pas changé de comportements envers elle et la regarde toujours de la même façon qu'avant. Elle a informé tous ses proches de sa mastectomie et partage leurs réactions, choquées par ce qui lui est arrivé « chokin, khel3en mera mi 3almen » (ils étaient tous choqués en apprenant la nouvelle). Reconnaisante du soutien qu'ils lui ont apporté dans ces moments difficiles, elle les remercie d'être à ses côtés. Étant la première de sa famille à être atteinte du cancer et à subir une mastectomie, elle prie pour que cela n'arrive jamais à ses proches.

1.1.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du questionnaire, madame Lilia souriante et communicative, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement. Son discours était logique et cohérent.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

•Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	9	9	5	4	4	6	3	9	5	7	61
Notes étalonnées	2	4	3	2	2	3	3	3	2	4	3

Tableau 05 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Lilia.

Elle obtient un score d'une note étalonnée de 2 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant par là sa rencontre avec la mort vécue avec frayeur où elle avoue s'être sentie impuissante, dépourvu de langage, ayant l'ultime conviction d'assister à un spectacle insupportable. Depuis l'événement, madame Lilia laisse figurer dans ses réponses à l'échelle B, étalonnée de 4 des symptômes pathognomoniques procréent par une forte angoisse au moment des flashbacks. On note à l'échelle C, une note étalonnée de 3 avec pour D et E on constate la même note étalonnée de 2. En effet, madame Lilia présente non seulement des réveils nocturnes, mais aussi des réactions psychosomatiques remarquant ainsi la dégradation de son corps suite à la mastectomie et ses effets à longue durée. Toutefois, aucun trouble addictif, ni cognitif ne s'est manifesté en surplus (G=3). On note à l'échelle E, une note étalonnée de 2. En effet, depuis cet événement, madame Lilia est souvent d'humeur triste, l'intérêt aux choses qui lui étaient importantes a diminué. Elle pense alors que cet événement a ruiné sa vie (échelle H= 3). Arrivé à l'échelle I où on enregistre une note étalonnée de 2. Correspondant à la qualité de vie, l'échelle J enregistre une note étalonnée de 4. Ceci-dit, depuis l'événement, madame Lilia, en raison de son opération, ne poursuit plus ses activités comme avant, et ne prend aucun plaisir qu'auparavant à pratiquer certains loisirs. Ayant toujours le souci des événements qui pourraient toucher son entourage, elle est toujours en contact avec ces derniers.

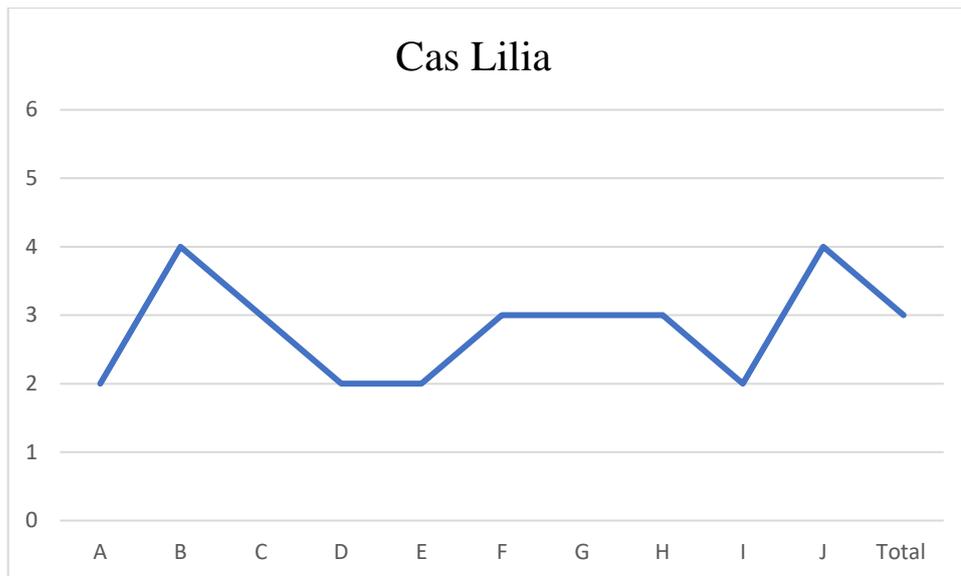


Figure 10 : Représentation graphique du profil du cas Lilia : Syndrome psycho traumatique moyen.

•**Deuxième partie** : délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame Lilia des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de celle-ci. Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'intervention, sans remarquer de troubles cognitifs.

1.1.4 Synthèse du cas

L'évaluation clinique de Lilia révèle un score brut de 61, équivalent à un niveau de souffrance moyen lié à un syndrome psycho-traumatique. Une analyse plus approfondie du guide d'entretien révèle que depuis sa mastectomie, Lilia se sent frustrée par le regard des autres et cherche à les éviter. Malgré cette épreuve, de par sa foi en dieu, elle trouve du réconfort dans le soutien de son entourage et parvient à voir le côté positif de sa situation en prenant congé des tâches quotidiennes, ce qui lui permet de mieux gérer les changements dans sa vie.

1.2 Présentation et analyse du cas Adria

1.2.1 Présentation du cas

Femme au foyer âgée de 66 ans et n'ayant jamais été à l'école, Madame Adria est mère de 7 enfants, dont 5 filles et 2 garçons. Ses accouchements se sont déroulés facilement à domicile, alors que son mari vivait à l'étranger.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

Atteinte de diabète depuis plus de 12 ans, elle est sous traitement à l'insuline. En 2022, elle a découvert qu'elle était également atteinte d'un cancer du sein gauche et a subi une mastectomie à l'hôpital Mustapha Bacha. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapeutique pour augmenter ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche, et elle a gentiment accepté de participer.

1.2.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de la passation madame Adria, attendait la visite des médecins et exprime sa volonté de passer l'entretien. Assise au bout de son lit, elle répond à nos questions dans un meilleur état que le jour de la passation du test. Le jour de l'annonce de son diagnostic elle était accompagnée par son mari, elle réagit avec calme « ayen ikethven adi3din » (tout est écrit). Elle n'avait aucune idée de ce qu'est cette maladie « slaghasken et zrihbli tu3ar » (j'entends parler et je sais que c'est une maladie difficile). Et cela jusqu'au jour de son intervention, au moment de la visite du psychologue. Une fois son intervention effectuée, et à son réveil, elle dit qu'elle était contente d'être réveillée « farhagh imi idkragh » (j'étais contente quand je me suis réveillée). Elle, décrit sa vie d'avant avec des mots du genre « 3yigh g chghel » (je suis fatiguée du ménage), elle ne dénonce que le manque ainsi que l'absence de son mari pendant les années où il était en France, en effet ce dernier venait que rarement. Pour elle sa vie a changé « tvedel » depuis l'annonce de son cancer et de sa mastectomie. Des changements qui font installer un sentiment d'ennui dans sa vie « uzmiragh ara akk ad khdmagh am zik » (je ne peux plus travailler comme avant), sentiment qui s'amplifie lors de chaque retour à l'hôpital pour son traitement « t9eli9agh » (je suis anxieuse). Madame Adria trouve difficile de ne pas remarquer les changements survenus dans son corps à chaque fois qu'elle voit sa cicatrice. Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque, son mari la voit. Elle pense qu'il n'exprime pas assez ses émotions, bien qu'il se soit montré préoccupé lorsqu'elle a reçu le diagnostic. Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, car cela ne résoudrait pas son problème : son sein droit, devenu trop volumineux, lui cause des douleurs insupportables, créant un déséquilibre depuis la mastectomie du sein gauche. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent incapable de leur dire quoi que ce soit. C'est pourquoi elle a décidé de garder le silence « uvghigh ara adi3limen » (je ne voulais pas qu'ils sachent). Cependant, son mari alerte toute la famille, puisqu'elle est la première à être touchée par cette maladie. La famille d'Adria est

Chapitre V : Présentation et analyse des données

très préoccupée par elle et prend en charge son bien-être, elle voit, par contre que sa belle-famille ne la soutienne pas « udveden ara yidhi ». Elle dit qu'actuellement, elle se soucie de la santé de ses proches après que le médecin l'ait informée de l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille « ugadagh arrawiw » (j'ai peur pour mes enfants).

1.2.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du test, madame Adria était très à l'aise, ses réponses aux questions du test étaient brèves tout en exprimant son désir de participer et de nous parler d'elle.

•Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	8	4	7	2	10	10	4	13	9	5	72
Notes étalonnées	2	2	3	2	4	5	3	4	3	3	3

Tableau 06 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Adria.

Elle obtient un score d'une note étalonnée de 2 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant par là sa conviction qu'elle va mourir avec un sentiment d'être dans un état second. Depuis l'événement, Adria laisse figurer dans ses réponses à l'échelle B, étalonnée de 2 où les flashbacks reviennent assez régulièrement. On note à l'échelle C, une note étalonnée de 3 pour D la note étalonnée est de 2 en ce qui concerne le E la note étalonnée est de 4 se sentant vigilante, pour le F la note étalonnée est de 5 dont on observe une variation du poids et des augmentations de certaines substances. En effet, madame Adria présente non seulement des trous de mémoire, mais aussi des difficultés à se concentrer suite à la mastectomie (G=4). En effet, depuis cet événement, Adria est souvent d'humeur triste et fatiguée. Elle éprouve des difficultés dans ses relations (échelle H= 4). Arrivé à l'échelle I où on enregistre une note étalonnée de 2. Correspondant à la qualité de vie, l'échelle J enregistre une note étalonnée de 3 ou elle ressent de la haine et de n'être plus comme avant. Ceci-dit, depuis l'événement, madame Adria, en raison de son opération ne poursuit plus ses activités comme avant, et ne prend aucun plaisir qu'auparavant à pratiquer certains loisirs et se sent moins concerné par les événements qui touchent son entourage.

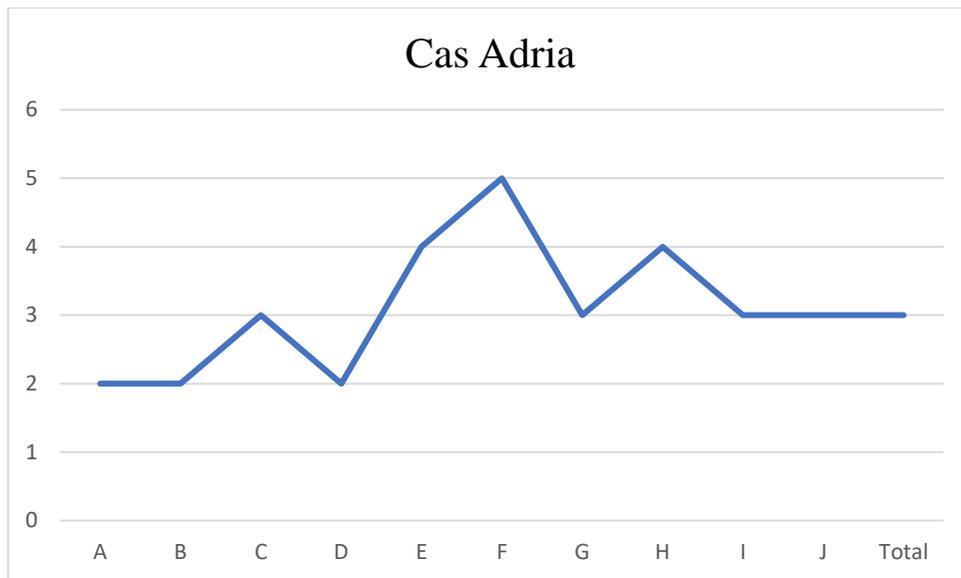


Figure 11 : Représentation graphique du profil cas Adria : Syndrome psycho traumatique moyen.

•**Deuxième partie** : Délai d'appariation et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame Adria des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de celle-ci. Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'intervention, sans remarquer de troubles cognitifs et addictifs.

1.2.4 Synthèse du cas

Madame Adria a obtenu un score brut de 72 au questionnaire TRAUMAQ, qui est évalué sur une échelle de 3, indiquant un niveau moyen de traumatisme, caractérisé par un faible étalonnage aux échelles A, B et D. Son discours à l'entretien suggère qu'elle est affectée par l'absence fréquente de son conjoint. Au moment du diagnostic, elle ne connaissait rien au cancer ou à la mastectomie, et ce n'est qu'après l'opération qu'elle a pris conscience de la gravité de sa maladie.

1.3 Présentation et analyse du cas Camélia

1.3.1 Présentation du cas

Camélia, âgée de 40 ans, est mariée depuis près de 14 ans et est mère de quatre enfants deux garçons et deux filles. Tous ses accouchements se sont déroulés normalement. En 2010, elle a malheureusement perdu son premier enfant. Son mari l'a beaucoup aidé avec les enfants. Camélia a un niveau d'instruction correspondant à la septième année, mais elle a une

Chapitre V : Présentation et analyse des données

formation de pâtissière

En 2022, Camélia découvre sa maladie et subit une mastectomie du sein droit à l'hôpital de Mustapha Bacha (en raison d'un cancer). Actuellement, elle suit un traitement de chimiothérapie destiné à augmenter ses chances de guérison et à réduire le risque de rechute.

Profitant de sa présence à l'hôpital pour une cure de chimiothérapie, nous avons saisi l'occasion pour lui poser quelques questions, ce qu'elle a accepté avec le sourire.

1.3.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous voyons madame Camélia pour un entretien dans lequel elle répond avec spontanéité à nos questions. Rappelons que l'événement traumatique auquel elle a été confrontée est l'annonce de la mastectomie de son sein droit. Elle nous raconte le jour où on lui a annoncé sa maladie « le médecin lui a annoncé indirectement et c'était le jour de son anniversaire », l'annonce engendre en elle un sentiment de frayeur et d'être dans un second état, « khal3agh mlih » (j'étais vraiment choquée) et elle réagit en pleurant « trugh ighadiyi lhal » (j'ai beaucoup pleuré).

N'ayant aucune information sur la mastectomie « zrih ken bli ismis iskhla3 » (je sais juste que son nom fait peur), elle nous raconte le jour de son opération, où elle se dirige au bloc opératoire sereine, elle nous dit que tout s'est bien passé « hamdoullah ». Après la mastectomie, sa vie quotidienne a dû changer. En effet, depuis sa chirurgie, elle ne peut plus réaliser ses tâches quotidiennes. Elle rajoute cela comme la chose la plus importante qui a changé en elle et aussi elle n'arrive plus à dormir comme avant, elle est devenue insomniaque, et elle a perdu tout intérêt pour les choses qui étaient autres fois importantes. En ce qui concerne son retour à l'hôpital, elle nous informe que celui-ci est important pour le suivi de son traitement, même si elle avoue que c'est un environnement stressant et qui lui fait repenser à tout ce qu'elle a pu vivre. Avec un air triste, elle nous précise qu'à la vue sa cicatrice elle était choquée, et ne s'est pas du tout préparée. Cependant, elle dit qu'elle s'est habituée à son nouveau corps avec un seul sein « tura wulfagh » (je me suis habituée) et qu'à aucun moment elle n'a pensé à la chirurgie esthétique. Elle trouve le regard des gens dérangeant, car ces derniers ne la regardent pas elle, mais visent du regard le sein manquant. Soutenue par ses proches, mais elle nous dit que ces derniers ont changés de comportements envers elle et ne la regarde pas du même œil. Mettant au courant tout son entourage de sa mastectomie, elle nous livre les réactions de ces derniers qui étaient choqués par ce qui lui venait d'arriver « khel3en mera mi 3almen » (tout le monde était choqué en sachant ma

Chapitre V : Présentation et analyse des données

maladie) contente du soutien apporté par ces derniers, elle les remercie d'être présents dans ses moments difficiles « argaziw et arrawiw » (mon mari et mes enfants). Ayant été la première de la famille à être atteinte du cancer et à subir la mastectomie, celle-ci prie-Dieu pour que cela n'arrive guère à ses filles. En terminant son entretien elle nous dit : « inshallah ad hlugh et ad 3ichagh d warawiw » (que dieu me guérisse et de vivre près de mes enfants), et nous a remercié car le fait de nous parler l'a beaucoup soulagée.

1.3.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du questionnaire, madame Camélia communicative, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement. Son discours était logique et cohérent.

•**Première partie** : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	15	10	12	8	12	9	7	19	11	6	109
Notes étalonnées	3	5	4	3	4	4	4	5	4	4	4

Tableau 07 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Camélia.

Elle obtient un score d'une note étalonnée de 3 à la première échelle A « pendant l'événement », ou elle a ressenti de la frayeur et le sentiment d'être dans un état second, et la conviction de mourir ou d'assister à un spectacle insoutenable. Depuis l'événement, madame Camélia laisse figurer dans ses réponses à l'échelle B, étalonnée de 5 des symptômes pathognomoniques procréent par une forte angoisse au moment des flashbacks, des difficultés de parler de l'évènement. On note à l'échelle C, une note étalonnée de 4 ou elle a du mal à dormir comme avant, et avec des réveils nocturnes, et l'impression de ne plus dormir, à l'échelle D on note une note étalonnée de 3 d'où la crainte de se rendre sur les lieux et de les éviter. A l'échelle E la note étalonnée est de 4 tout comme à l'échelle F et G elle est devenue très vigilante aux bruits, elle a des difficultés à se concentrer et des trous de mémoire. En ce qui concerne l'échelle H la note étalonnée est 5 elle a perdu tout intérêt pour les choses qui étaient importantes pour elle, et manque d'énergie, elle est d'humeur triste et fatiguée et s'isole souvent. I et J la note étalonnée est de 4, elle se sent plus la même personne qu'auparavant, en raison de son opération elle ne poursuit plus ses activités comme avant, et se sent abandonnée et moins concernée par les événements qui touchent son entourage.

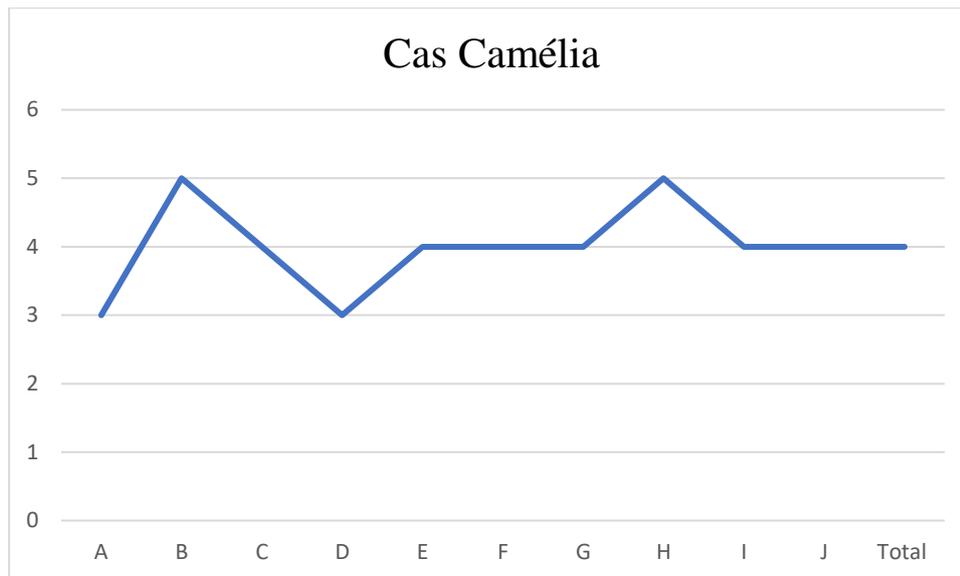


Figure 12 : Représentation graphique du profil du cas Camélia : Syndrome psycho traumatique fort.

•**Deuxième partie** : délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame Camélia des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de celle-ci.

Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'intervention, et sont présents à ce moment.

1.3.4 Synthèse du cas

Avec un total brut de 109 étalonné en 04, l'évaluation sur le plan clinique de Camélia est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique fort.

Nous constatons lors de l'analyse du guide d'entretien que madame Camélia, depuis sa mastectomie, frustrée par le regard des gens, cherche à les fuir.

Ayant la conviction que sa vie a changé complètement suite à la mastectomie, elle est soutenue par son entourage.

1.4 Présentation et analyse du cas Sabrina

1.4.1 Présentation du cas

Sabrina est une femme au foyer de 41 ans, mariée et mère de cinq enfants deux filles et trois garçons, tous nés par accouchement naturel. Son mari ne l'aide pas du tout dans ses

Chapitre V : Présentation et analyse des données

tâches avec les enfants. Elle a un niveau d'instruction équivalent au BEM.

En 2023, Sabrina découvre qu'elle est atteinte d'un cancer et subit une mastectomie du sein gauche à l'hôpital Khelil Amrane. Actuellement, elle poursuit un traitement chimiothérapique destiné à augmenter ses chances de guérison et à éloigner le risque de rechute.

Profitant de sa présence à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons sollicité Sabrina pour répondre à quelques-unes de nos questions. Elle a accepté avec le sourire, démontrant une grande ouverture et une volonté de partager son expérience.

1.4.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous voyons madame Sabrina pour un entretien dans lequel elle répond à nos questionnements.

Rappelons que l'événement traumatique auquel Sabrina a été confrontée est l'annonce de la mastectomie de son sein gauche. Elle nous raconte ce jour : "Le médecin me l'a annoncé directement. « Cette nouvelle a engendré en moi un sentiment de frayeur, me plongeant dans un état second » (« khal3agh mlih, khemamgh direct er warawiw »). J'étais tellement choquée que j'ai pensé immédiatement à mes enfants." Elle a réagi en pleurant, en se demandant : "Pourquoi cela m'arrive-t-il toujours à moi ?" (« trugh ighadiyi lhal, nighas i wachou i nekki iyderunet toujours »).

N'ayant aucune information sur la mastectomie, elle nous raconte ensuite la situation financière difficile de son mari et leurs problèmes de couple. Elle avait peur de ne pas s'en sortir vu le peu de moyens dont ils disposaient, mais grâce à Dieu, tout s'est bien passé. Puis, elle nous parle du jour de son opération, où elle se dirigeait vers le bloc opératoire avec angoisse : « J'ai prié et demandé à Dieu de revenir auprès de mes enfants ». Heureusement, tout s'est bien passé. La première chose à laquelle elle a pensé en ouvrant les yeux, ce sont ses enfants : « À la seconde où j'ai ouvert les yeux, j'ai directement pensé à mes enfants ».

Après la mastectomie, sa vie quotidienne a été profondément affectée. Depuis sa chirurgie, elle ne peut plus réaliser ses tâches quotidiennes, mais malgré cela, elle continue de faire le ménage et la cuisine, même si c'est difficile. Elle ajoute que ce qui a changé en elle, c'est qu'elle pleure tout le temps et qu'elle a perdu tout intérêt pour les choses qui étaient autrefois importantes.

Concernant son retour à l'hôpital, elle nous informe que celui-ci est crucial pour le suivi

Chapitre V : Présentation et analyse des données

de son traitement, même si elle avoue que c'est un environnement stressant qui lui rappelle tout ce qu'elle a vécu. Avec un air de dégoût, elle précise qu'à la vue de sa cicatrice, elle était choquée et ne s'était pas du tout préparée. Elle avoue qu'elle s'est habituée à son nouveau corps avec un seul sein : « Maintenant, je me suis habituée », dit-elle, et à aucun moment elle n'a pensé à la chirurgie esthétique.

N'ayant pas reçu de soutien de la part de ses proches, elle certifie que ces derniers ont changé de comportement envers elle. Elle a informé tout son entourage de sa mastectomie, et leurs réactions étaient « Tout le monde est choqué », dit-elle. Elle remercie ses enfants d'être présents dans ces moments difficiles malgré leur jeune âge. Étant la deuxième de la famille à être atteinte du cancer et à subir une mastectomie, elle prie Dieu pour que cela n'arrive jamais à ses enfants. En terminant son entretien, elle dit : « Que Dieu me guérisse ».

1.4.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du questionnaire, madame Sabrina communicative, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement. Son discours était logique et cohérent.

•**Première partie** : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	19	6	13	7	12	10	6	19	15	11	118
Notes étalonnées	4	3	4	3	4	5	4	5	4	5	5

Tableau 08 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Sabrina.

Elle obtient un score d'une note étalonnée de 4 à la première échelle A « pendant l'événement », ou elle a ressenti de la frayeur, l'angoisse et le sentiment d'être dans un état second, des manifestations physiques (tremblements, accélération des battements du cœur) et se sent impuissante. Depuis l'événement, madame Sabrina laisse figurer dans ses réponses à l'échelle B, étalonnée de 3 des symptômes pathognomoniques procréent par une forte angoisse au moment des flashes back. On note à l'échelle C, une note étalonnée de 4 ou elle a des réveils nocturnes et très fatiguée, à l'échelle D on note une note étalonnée de 3, elle se sent en état d'insécurité. À l'échelle E, G, I, où la note étalonnée est de 4, elle est devenue très méfiante et vigilante. Elle a des difficultés de concentration et éprouve des sentiments de haine. Elle n'est plus comme avant.

À l'échelle F, H, où la note étalonnée est de 5, elle connaît des variations de poids et une détérioration de son état physique, notamment de la fatigue. Elle a perdu tout intérêt, est

toujours d'humeur triste, pleure tout le temps et refuse tout contact.

À l'échelle J, où la note étalonnée est de 5, elle se sent incomprise et abandonnée. Elle se sent également moins concernée par ce qui se passe dans son entourage.

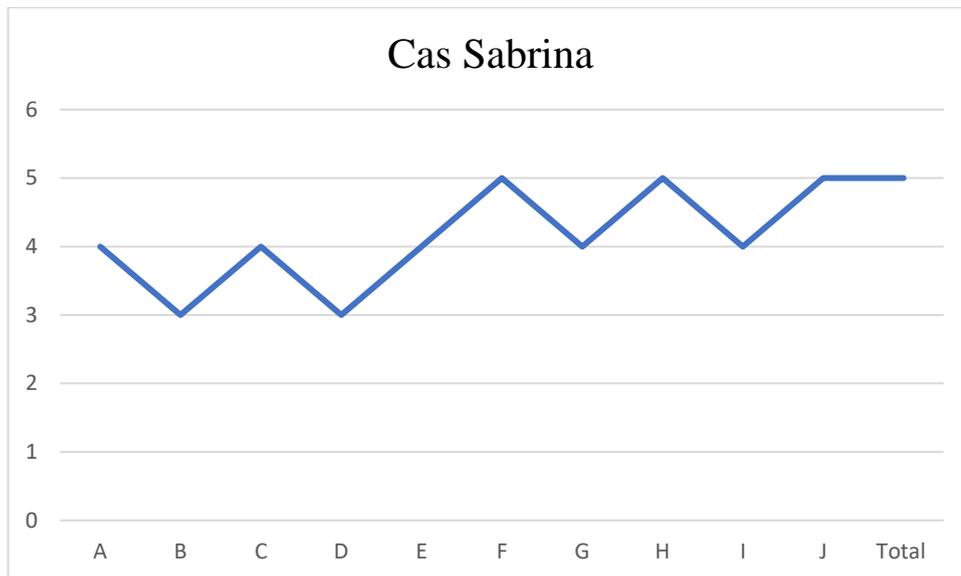


Figure 13 : Représentation graphique du profil du cas Sabrina : Syndrome psycho traumatique très fort.

• Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame Sabrina des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de celle-ci.

Quant à leur apparition, c'était à l'annonce et après l'intervention, et sont toujours présents actuellement.

1.4.4 Synthèse du cas

Avec un total brut de 118 étalonné en 05, l'évaluation clinique de Sabrina indique qu'elle souffre d'un syndrome psycho-traumatique très fort.

Lors de l'analyse du guide d'entretien, nous constatons que depuis sa mastectomie, Madame Sabrina est frustrée par le regard des gens et cherche à les fuir. Sa situation financière et familiale joue également un rôle dans son état.

Convaincue que sa vie a complètement changé suite à la mastectomie, elle se sent seule face à cette épreuve.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

1.5 Présentation et analyse du cas Baya

1.5.1 Présentation du cas

Baya est une femme au foyer âgée de 47 ans, mariée et mère de quatre enfants une fille et trois garçons. Ses premiers accouchements étaient normaux, mais le dernier a été réalisé par césarienne. Son mari ne pouvait pas l'aider en raison de ses propres problèmes de santé. Baya a un niveau d'instruction de 9^{ème} année.

En 2020, elle découvre qu'elle est atteinte d'un cancer et qu'elle est enceinte pour la cinquième fois. Malheureusement, à cause des risques liés à sa santé, elle a dû interrompre sa grossesse. En même temps, elle a subi une mastectomie du sein gauche à l'hôpital de Khelil Amrane.

Actuellement, elle poursuit un traitement chimiothérapique destiné à augmenter ses chances de guérison et à réduire le risque de rechute. Profitant de sa présence à l'hôpital pour une cure de chimiothérapie, nous avons saisi l'occasion pour lui poser quelques questions. Elle a accepté avec un sourire.

1.5.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous voyons madame Baya pour un entretien dans lequel elle répond à nos questionnements.

Rappelons que l'événement traumatique auquel elle a été confrontée est l'annonce de la mastectomie de son sein gauche. Elle nous raconte le jour où on lui a annoncé sa maladie « le médecin lui a annoncé directement l'opération, l'annonce engendre en elle un sentiment de frayeur et d'être dans un état second « khal3agh mlih » et elle réagit en pleurant « trugh ighadiyi lhal » (j'ai pleuré et cela m'a fait de la peine).

Ayant conscience de la gravité de sa maladie et celui qui ne se soigne pas, va vers le pire « zrigh yu3ar mlih, et dacu id les conséquences » (je sais que c'est difficile et je sais les conséquences). Elle nous raconte par la suite qu'elle avait peur de ne pas pouvoir s'en sortir car toutes ses cousines sont mortes à cause du cancer : « mes cousines akk muthent a cause n cancer ». Elle nous raconte le jour de son opération où avant de se diriger au bloc opératoire, elle a d'abord prié Dieu « d3igh rebbi at3edi » et elle nous dit que tout s'est bien passé, la première chose à laquelle à la pensé en ouvrant ses yeux c'était sa mère « hacha ideldigh alniw khemamgh er yemma, xater usenigh ara f lahlakiw ugadagh fellas » (juste j'ai ouvert les yeux, j'ai pensé à ma mère car elle n'était pas au courant). Après la mastectomie, sa

Chapitre V : Présentation et analyse des données

vie quotidienne a changé. En effet, depuis sa chirurgie, elle ne peut plus réaliser ses tâches quotidiennes, comme la cuisine, elle qui est passionnée de gâteaux. Elle rajoute à cela que la chose qui a changée en elle, est qu'elle pleure tout le temps et devenue hypersensible, elle a perdu tout intérêt pour les choses qui étaient autrefois importantes. En ce qui concerne son retour à l'hôpital, elle nous informe que celui-ci est important pour le suivi de son traitement, même si elle avoue que c'est un environnement stressant et qui lui fait repenser à tout ce qu'elle a pu vivre. Avec un air triste, elle nous précise qu'à la vue sa cicatrice elle était choquée, et que ce n'était pas facile et qu'elle s'est préparée un peu. Elle nous avoue qu'elle s'est habituée à son nouveau corps avec un seul sein « tura wulfagh » (maintenant je me suis habituée) et qu'à aucun moment elle n'a pensé à la chirurgie esthétique. Elle trouve le regard des gens dérangent, car ces derniers la regardent bizarrement. Soutenue par ses proches. Mettant au courant tout son entourage de sa mastectomie, elle nous livre les réactions de ces derniers qui étaient choqués par ce qui lui venait d'arriver « khel3en mera mi 3almen » (tout le monde était choqué), elle remercie ses enfants et son mari d'être présents dans ses moments difficiles. Ayant été la prochaine de sa famille à être atteinte du cancer (comme préciser en haut) et à subir la mastectomie, elle dit ne plus avoir peur. Elle nous souhaite à la fin de son discours, de la réussite.

1.5.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du questionnaire, madame Baya très souriante, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement. Son discours était logique et cohérent.

• Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	19	7	15	10	14	13	6	22	15	7	128
Notes étalonnées	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5

Tableau 09 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Baya.

Elle obtient un score de 4 à la première échelle A « pendant l'événement », où elle a ressenti de l'angoisse, une sensation de dépersonnalisation, des manifestations physiques (tremblements, accélération du rythme cardiaque), ainsi qu'un sentiment de paralysie et d'abandon. Depuis l'événement, madame Baya rapporte, dans ses réponses à l'échelle B, avec un score de 3, des symptômes pathognomoniques provoqués par une forte angoisse lors des flashbacks. À l'échelle C, avec un score de 5, elle rencontre des difficultés à dormir, se sentant comme si elle ne dormait pas, avec des réveils nocturnes fréquents et une grande

fatigue. À l'échelle D, elle obtient un score de 4, indiquant qu'elle est devenue très anxieuse, angoissée et se sent en insécurité.

Aux échelles E, G, et I, avec un score de 4, elle a du mal à maîtriser ses nerfs, se sent agressive, a des difficultés de concentration, des trous de mémoire, et se sent coupable de ce qui lui arrive, n'étant plus comme avant. Aux échelles F et H, où elle obtient un score de 5, elle présente des variations de poids et une détérioration de son état physique, notamment une fatigue importante. Elle a perdu tout intérêt, est toujours d'humeur triste et pleure fréquemment, considérant que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et refusant tout contact. À l'échelle J, avec un score de 4, elle a cessé ses activités, rompu toutes ses relations, se sent incomprise et ne trouve plus aucun plaisir.

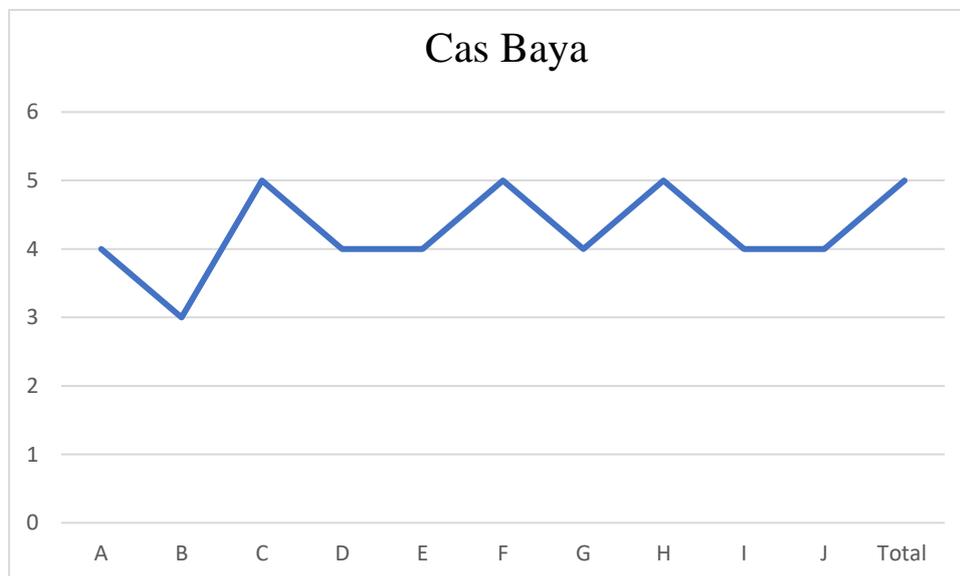


Figure 14 : Représentation graphique du profil du cas Baya : Syndrome psycho traumatique très fort.

•Deuxième partie : délai d'appariation et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'annonce de la mastectomie a provoqué chez madame Baya des réactions immédiates qui s'intensifient à des moments variés, en fonction de son état psychique et physique. Ces réactions apparaissent dès l'annonce et persistent après l'intervention.

1.5.4 Synthèse du cas

Avec un score brut de 128, étalonné à 5, l'évaluation clinique de Baya révèle qu'elle souffre d'un syndrome psycho-traumatique très sévère. L'analyse du guide d'entretien montre que, depuis sa mastectomie, madame Baya se sent frustrée par le regard des autres, cherche à les éviter et se désintéresse de son environnement. Elle est convaincue que sa vie a

Chapitre V : Présentation et analyse des données

complètement changé à cause de la mastectomie.

1.6 Présentation et analyse du cas Siham

1.6.1 Présentation du cas

Siham est une femme âgée de 40 ans et avec un niveau d'instruction de 6^{ème} primaire, elle travaille comme agent de service. Madame Siham est mère de 3 enfants, dont 2 filles et 1 garçon. Ses deux premiers accouchements se sont déroulés facilement contrairement au 3eme, avec la péridurale. Elle dit que son mari l'aide beaucoup dans ses tâches quotidiennes, notamment avec les enfants.

En 2022, elle a découvert qu'elle était atteinte d'un cancer du sein gauche et a subi une mastectomie à l'hôpital Khelil Amrane. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapique pour augmenter ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche pour lesquelles elle a gentiment accepté de répondre.

1.6.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de l'entretien, madame Siham a exprimé sa volonté de passer l'entretien allongée au bout de son lit. Lors de l'annonce de son diagnostic, accompagnée par son mari et sa sœur, elle a réagi avec calme, n'ayant qu'une vague idée de la gravité de la maladie : « J'entends parler et je sais que c'est une sale maladie et elle tue ».

Jusqu'au jour de son intervention et la visite du psychologue, elle a maintenu cette compréhension de sa maladie limitée. Après son opération, à son réveil, sa première pensée a été pour ses enfants. Elle décrit sa vie d'avant comme étant « comme toutes les femmes » : se lever, faire à manger, le ménage. Pour elle, sa vie a radicalement changé depuis l'annonce de son cancer et de sa mastectomie : « Je ne suis plus comme avant ».

Ces changements ont installé un sentiment constant de stress dans sa vie : « Je suis tout le temps stressée », sentiment qui s'amplifie à chaque retour à l'hôpital pour son traitement : « Je suis anxieuse ». Madame Siham trouve difficile d'ignorer les changements survenus dans son corps, surtout à chaque fois qu'elle voit sa cicatrice (elle faisait des mimiques, montrant son malaise). Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque d'autres personnes, même son mari, la voient. Elle pense que son mari n'exprime pas assez ses émotions, bien qu'il se soit montré préoccupé lorsqu'elle a reçu le diagnostic.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, estimant que cela ne résoudrait pas son problème. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent incapable de leur dire quoi que ce soit. C'est pourquoi elle a décidé de garder le silence : « Je ne voulais pas qu'ils sachent ». Sa famille, très préoccupée pour elle, prend en charge son bien-être depuis qu'ils ont su qu'elle était malade. À son tour, elle se soucie de leur santé, surtout après que le médecin lui a souligné l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille.

1.6.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du test, madame Siham était très à l'aise, ses réponses aux questions du test étaient brèves tout en exprimant son désir de participer et de nous parler d'elle.

•**Première partie** : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	15	6	14	10	11	12	9	23	15	4	119
Notes étalonnées	3	3	5	4	4	5	5	5	4	3	5

Tableau 10 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Siham.

Elle obtient une note étalonnée de 3 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant ainsi son sentiment de solitude et de peur. Depuis l'événement, Siham rapporte dans ses réponses à l'échelle B, également étalonnée à 3, des flashbacks qui reviennent régulièrement. À l'échelle C, avec une note de 5, elle fait davantage de cauchemars. Pour l'échelle D, la note est de 4, tandis qu'à l'échelle E, elle obtient une note de 4. À l'échelle F, avec une note de 5, on observe une variation de poids et une détérioration physique.

En effet, madame Siham présente des trous de mémoire et des difficultés de concentration depuis la mastectomie (G=5). Depuis cet événement, elle est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les choses qui lui étaient importantes a diminué. Elle pense que cette nouvelle vie ne vaut plus la peine d'être vécue (H=5). À l'échelle I, on enregistre une note de 4. Concernant la qualité de vie, l'échelle J affiche une note de 3, où elle ressent de la haine et ne se sent plus comme avant.

Depuis l'événement, madame Siham, en raison de son opération, ne poursuit plus ses activités comme avant et ne prend plus aucun plaisir à pratiquer ses anciens loisirs.

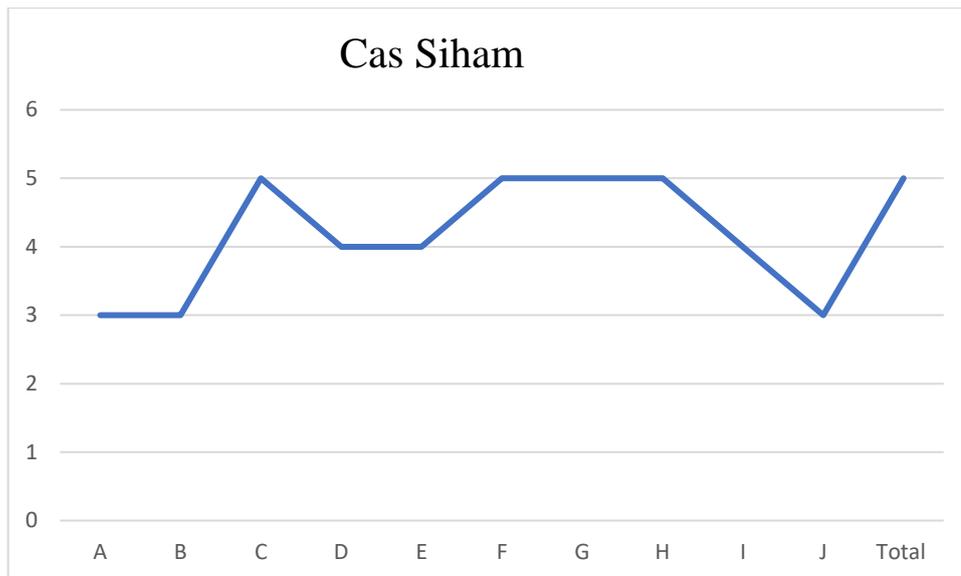


Figure 15 : Représentation graphique du profil cas Siham : Syndrome psycho traumatique très fort.

•**Deuxième partie :** Délai d'appariation et durée des troubles

Nous constatons, d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, que l'annonce de la mastectomie a provoqué chez madame Siham des réactions immédiates qui s'intensifient à des moments variés, en fonction de son état psychique et physique. Ces réactions apparaissent dès l'annonce et persistent après l'intervention, sans qu'elle ne présente de troubles cognitifs.

1.6.4 Synthèse du cas

Madame Siham a obtenu un score brut de 119 au questionnaire TRAUMAQ, évalué sur une échelle de 5, ce qui indique un niveau très fort de traumatisme. Cela se manifeste par un faible étalonnage à échelles B. Son discours suggère qu'elle est affectée par plusieurs incidents survenus durant son enfance. Au moment du diagnostic, elle ne connaissait presque rien au cancer ou à la mastectomie, à part que c'est une maladie difficile et potentiellement mortelle. Ce n'est qu'après l'opération qu'elle a pris conscience de la gravité de sa maladie.

1.7 Présentation et analyse du cas Alia

1.7.1 Présentation du cas

Alia, une femme au foyer âgée de 44 ans, a un niveau d'instruction correspondant à la 9ème année, sans diplôme ni qualification formelle. Elle est mère de quatre enfants, comprenant une fille et trois garçons. Les accouchements des trois derniers enfants se sont déroulés sans difficulté, tandis que le premier a nécessité une péridurale à l'hôpital. Son mari

Chapitre V : Présentation et analyse des données

l'aide de manière occasionnelle avec ces derniers.

Elle souffre de problèmes de santé depuis l'âge de 16 ans, diagnostiquée avec des troubles de la thyroïde. En février 2023, elle a appris qu'elle était atteinte d'un cancer du sein gauche et a subi une mastectomie à l'hôpital de Sétif. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapique pour améliorer ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche, et elle a gentiment accepté de participer.

1.7.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de la passation madame Alia, exprime sa volonté de passer l'entretien et de répondre à nos questions. Le jour de l'annonce de son diagnostic elle était accompagnée par son mari, elle réagit avec calme. Elle n'avait aucune idée de ce qu'est cette maladie « je sais qu'elle existe... ». Et cela jusqu'au jour de son intervention, au moment de la visite du psychologue. Une fois son intervention effectuée, et à son réveil, elle dit : « la première chose à laquelle j'ai pensé c'était mes enfants ». Elle, décrit sa vie d'avant avec des mots du genre « j'étais en parfaite santé » je me lève je fais à manger, le ménage, je sortais et marchais beaucoup... Pour elle sa vie « a changé » depuis l'annonce de son cancer et de sa mastectomie. Des changements qui font installer un sentiment de stress dans sa vie, sentiment qui s'amplifie lors de chaque retour à l'hôpital pour son traitement pour lequel elle dit : « je m'inquiète ». Madame Alia trouve difficile de ne pas remarquer les changements survenus dans son corps à chaque fois qu'elle voit sa cicatrice « j'ai cru qu'ils allaient m'enlever un peu ». Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque d'autres personnes la voient. Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, car cela ne résoudrait pas son problème. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent capable de leur dire sur sa maladie ; c'est pourquoi elle a décidé de la dévoiler. La famille d'Alia est très préoccupée pour elle et prend en charge son bien-être, dès qu'ils ont su. À son tour, elle se soucie de leur santé après que le médecin l'ait informée de l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille.

1.7.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du test, madame Alia était très à l'aise, ses réponses aux questions du test étaient brèves tout en exprimant son désir de participer et de nous parler d'elle.

●**Première partie** : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Chapitre V : Présentation et analyse des données

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	12	2	7	3	12	10	5	17	10	8	86
Notes étalonnées	2	2	3	2	4	5	3	4	4	5	3

Tableau 11 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Alia.

Elle obtient un score de 2 sur l'échelle A « pendant l'événement », indiquant sa conviction de mourir. Depuis cet événement, Alia affiche une note de 2 à l'échelle B. À l'échelle C, elle obtient une note de 3, et pour les échelles D et E, la note est de 2. À l'échelle F, sa note est de 5, ce qui révèle une variation de poids et des réactions physiques.

Madame Alia présente également des difficultés à se rappeler de certains éléments suite à la mastectomie, avec une note de 3 à l'échelle G. Depuis cet événement, elle est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les choses qui lui étaient importantes a diminué. Elle pense que sa nouvelle vie ne vaut plus la peine d'être vécue, comme l'indique sa note de 4 à l'échelle H. À l'échelle I, elle enregistre une note de 4.

Concernant la qualité de vie, l'échelle J enregistre une note de 5, où elle ressent de la haine et un sentiment de ne plus être comme avant. En raison de son opération, madame Alia ne poursuit plus ses activités comme avant et ne prend plus aucun plaisir à pratiquer certains loisirs.

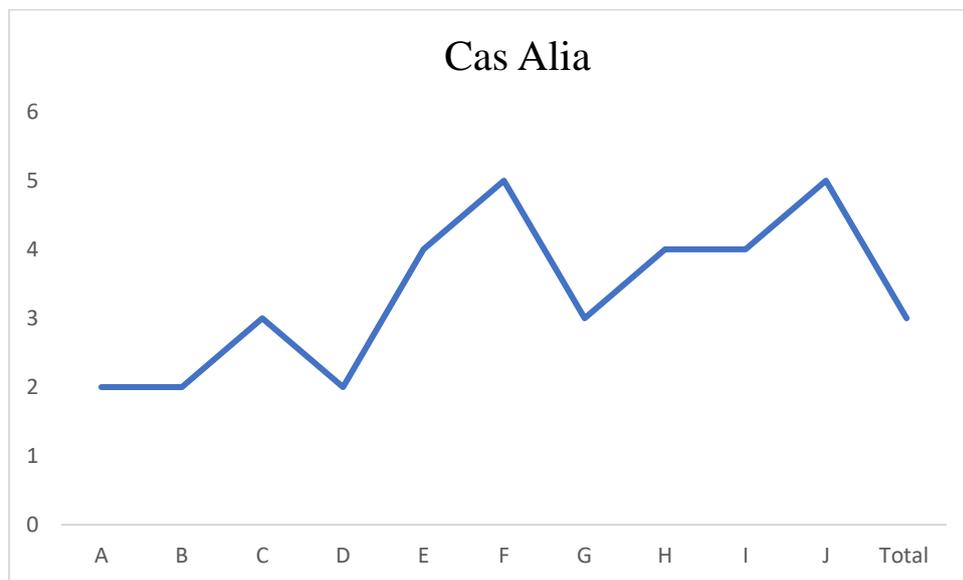


Figure 16 : Représentation graphique du profil cas Alia : Syndrome psycho traumatique moyen.

•Deuxième partie : Délai d'appariation et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame Alia des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de

Chapitre V : Présentation et analyse des données

celle-ci. Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'intervention, sans remarquer de troubles cognitifs.

1.7.4 Synthèse du cas

Madame Alia a obtenu un score brut de 86 au questionnaire TRAUMAQ, évalué sur une échelle de 3, ce qui indique un niveau moyen de traumatisme. Ce niveau est caractérisé par des scores faibles aux échelles B, C et D.

Son discours révèle qu'elle est profondément affectée par sa maladie. Lors du diagnostic, elle ne connaissait presque rien au sujet du cancer ou de la mastectomie, si ce n'est que c'est une maladie qui existe. Ce n'est qu'après l'opération qu'elle a pleinement pris conscience de la gravité de sa situation.

1.8 Présentation et analyse du cas Leticia

1.8.1 Présentation du cas

Leticia est une femme de 45 ans, diplômée du secondaire et travaillant comme assistante médicale. Elle est mère de trois enfants, une fille et deux garçons. Si ses deux derniers accouchements se sont déroulés facilement, le premier a nécessité une péridurale à l'hôpital. Son mari l'a beaucoup aidée avec leurs plus jeunes enfants.

En 2020, elle a découvert qu'elle était atteinte d'un cancer du sein gauche et a subi une mastectomie à l'hôpital de Khelil Amrane. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapique pour augmenter ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche, et elle a gentiment accepté de participer.

1.8.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de notre rencontre, Madame Leticia a exprimé sa volonté de passer l'entretien assise au bout de son lit. Lors de l'annonce de son diagnostic, son mari l'accompagnait, et elle a réagi avec calme, n'ayant aucune idée de ce qu'était cette maladie jusqu'à ce que le psychologue lui rende visite le jour de son intervention. Après son opération, à son réveil, sa première pensée a été qu'elle avait faim. Leticia décrit sa vie d'avant avec des termes comme « j'étais en parfaite santé, je me levais, je faisais à manger, le ménage, je sortais et faisais du shopping ». Selon elle, sa vie n'a pas beaucoup changé depuis l'annonce de son cancer et sa mastectomie. Toutefois, Leticia trouve difficile de ne pas remarquer les changements dans son

Chapitre V : Présentation et analyse des données

corps chaque fois qu'elle voit sa cicatrice. Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque d'autres personnes la voient.

Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, estimant que cela ne résoudrait pas son problème. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent capable de parler ouvertement de sa maladie. C'est pourquoi elle a décidé de se dévoiler. Son mari lui obéit, et la famille de Leticia est très préoccupée par son bien-être depuis qu'ils ont appris la nouvelle. À son tour, elle se soucie de leur santé après que le médecin lui a expliqué l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille.

1.8.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de la passation du test, Madame Leticia était très à l'aise. Ses réponses étaient brèves mais montraient clairement son désir de participer et de nous parler d'elle.

•**Première partie** : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	16	4	15	8	16	7	9	15	8	6	104
Notes étalonnées	3	2	5	3	5	4	5	4	3	4	4

Tableau 12 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Leticia.

Lors de la passation du test, Madame Leticia a obtenu une note étalonnée de 3 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant ainsi sa conviction de mourir, d'être dans un état second et un sentiment d'impuissance et d'angoisse. À l'échelle B, Leticia a une note étalonnée de 2 trouvant des difficultés de parler et de repenser à l'événement. À l'échelle C, elle a obtenu une note de 5 trouvant des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes, tandis que pour l'échelle D, sa note est de 3 évitant ainsi les lieux lui rappelant l'événement. Concernant l'échelle E, elle a une note de 5 devenant vigilante et attentive, elle a du mal à maîtriser ses nerfs et pour l'échelle F, une note de 4, reflétant des variations de poids et des réactions physiques.

Madame Leticia présente des difficultés à se rappeler certains éléments et souffre de trous de mémoire depuis sa mastectomie (G=5). Depuis cet événement, elle est souvent d'humeur triste, manque d'enthousiasme, son intérêt pour les choses importantes a diminué, et elle se sent toujours fatiguée. Elle éprouve également des difficultés dans ses relations (échelle H=4). À l'échelle I, elle a une note étalonnée de 3, et pour la qualité de vie, l'échelle

J enregistre une note de 4, indiquant qu'elle ressent de la haine et le sentiment de ne plus être comme avant.

Depuis son opération, Madame Leticia ne poursuit plus ses activités comme avant et se sent incomprise par son entourage.

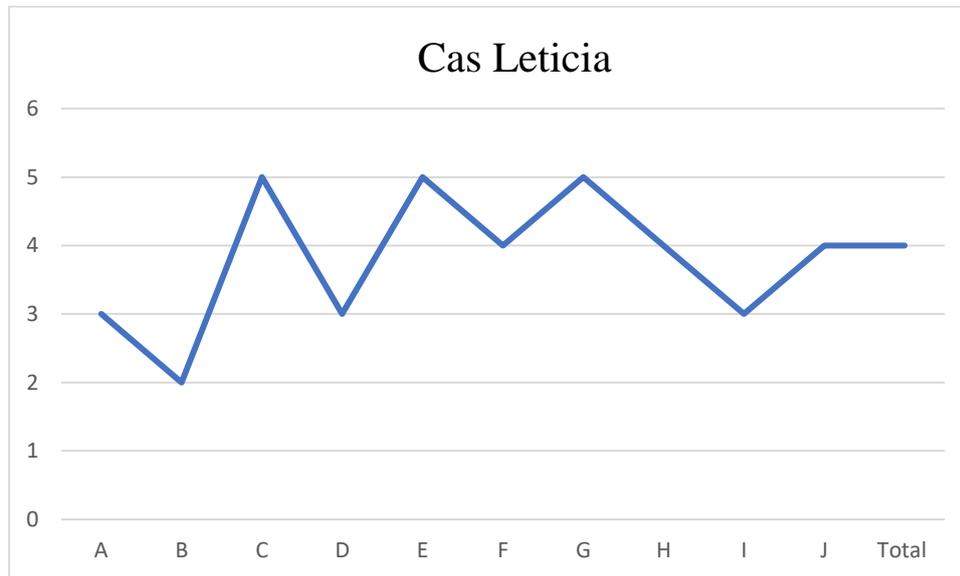


Figure 17 : Représentation graphique du profil cas Leticia : Syndrome psycho traumatique fort.

•Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

D'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ nous constatons que l'annonce de la mastectomie a provoqué chez Madame Leticia des réactions immédiates, qui s'intensifient à des périodes variables en fonction de son état psychique et physique. Ces réactions sont apparues au moment de l'annonce et après l'intervention, et sont présents jusqu'à présent.

1.8.4 Synthèse du cas

Madame Leticia a obtenu un score brut de 104 au questionnaire TRAUMAQ, évalué sur une échelle de 4, indiquant un niveau élevé de traumatisme. Ce score est caractérisé par un faible étalonnage à l'échelle B.

Son discours suggère qu'elle est profondément affectée par sa maladie. Au moment du diagnostic, elle ne connaissait rien au sujet du cancer ou de la mastectomie, hormis le fait qu'il s'agissait d'une maladie grave. Ce n'est qu'après l'opération qu'elle a réellement pris conscience de la gravité de sa condition.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

1.9 Présentation et analyse du cas Anissa

1.9.1 Présentation du cas

Anissa, femme au foyer de 54 ans sans diplôme, est mère de quatre enfants, trois filles et un garçon. Bien que difficiles, ses accouchements se sont déroulés normalement à l'hôpital. Elle mentionne qu'elle ne reçoit pas l'aide de son mari pour s'occuper des enfants.

Diabétique depuis 15 ans, Anissa a découvert en 2021 qu'elle était atteinte d'un cancer du sein droit et a subi une mastectomie à l'hôpital de Mustapha Bacha. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapique pour augmenter ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche, et elle a gentiment accepté de participer.

1.9.2 Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de notre rencontre, Madame Anissa a exprimé sa volonté de passer l'entretien allongé. Elle répondait à nos questions dans un meilleur état que le jour de son test initial. Lors de l'annonce de son diagnostic, son fils l'accompagnait, et elle a réagi avec peur, sans aucune idée de ce qu'était cette maladie « ussinagh wallou » (je ne connaissais rien), jusqu'à ce que le psychologue lui rende visite le jour de son intervention. Après son opération, à son réveil, la première chose à laquelle elle a pensé était « arrawiw » (mes enfants).

Anissa décrit sa vie d'avant avec des termes comme « j'étais forte et je faisais tout toute seule ». Selon elle, sa vie a beaucoup changé depuis l'annonce de son cancer et sa mastectomie. Toutefois, Anissa trouve difficile de ne pas remarquer les changements dans son corps chaque fois qu'elle voit sa cicatrice, d'ailleurs elle nous raconte à sa première vue elle s'est évanouie. Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque d'autres personnes la voient et quand elle se douche.

Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, estimant que cela ne résoudrait pas son problème et vu son grand âge. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent capable de parler ouvertement de sa maladie. C'est pourquoi elle a décidé de se dévoiler. La famille d'Anissa est très préoccupée par son bien-être depuis qu'ils ont appris la nouvelle. À son tour, elle se soucie de leur santé après que le médecin lui a expliqué l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille.

1.9.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de l'évaluation du test, Madame Anissa se sentait à l'aise. Ses réponses étaient concises mais reflétaient clairement son engagement à participer et à partager son expérience.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

•Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	13	5	12	5	10	10	3	10	9	5	82
Notes étalonnées	3	3	4	3	4	5	3	3	3	3	3

Tableau 13 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Anissa.

Lors de la passation du test, Madame Anissa a obtenu une note étalonnée de 3 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant ainsi un sentiment d'angoisse et d'impuissance. Depuis cet événement, elle a une note étalonnée de 3 à l'échelle B. À l'échelle C, elle a obtenu une note de 4, tandis que pour l'échelle D, sa note est de 3. Concernant l'échelle E, elle a une note de 4 et pour l'échelle F, une note de 5, reflétant des détériorations de son état physique.

Madame Anissa présente quelques difficultés à se rappeler certains éléments et souffre de trous de mémoire depuis sa mastectomie (G=3). Depuis cet événement, elle est souvent fatiguée, son intérêt pour les choses importantes a diminué. Elle éprouve également des difficultés dans ses relations (échelle H=3). À l'échelle I, elle a une note étalonnée de 3, et pour la qualité de vie, l'échelle J enregistre une note de 3, où elle se sent différente et sa perspective sur la vie a changé. Depuis son opération, Madame Anissa ne poursuit plus ses activités comme avant et ne prend plus autant de plaisir à pratiquer certains loisirs.

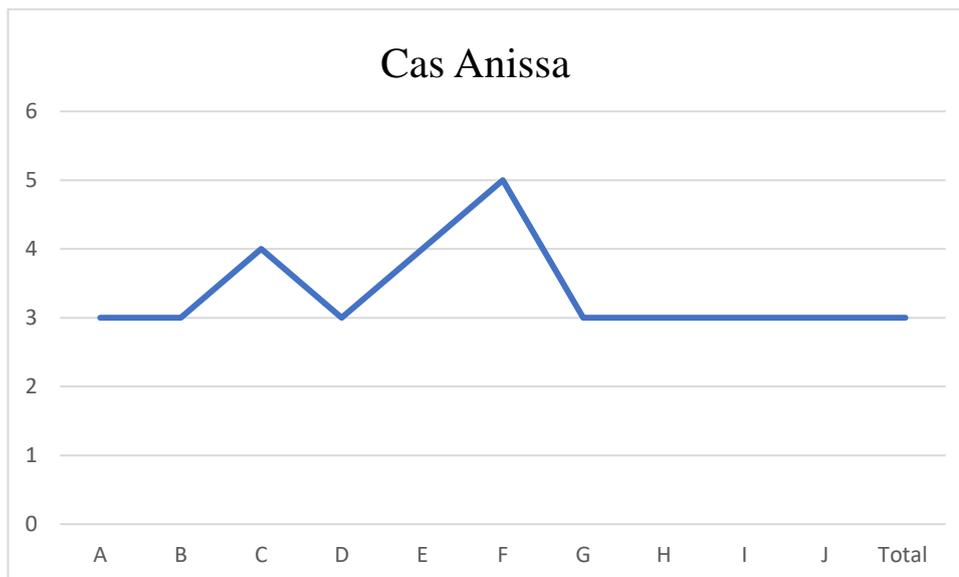


Figure 18 : Représentation graphique du profil du cas Anissa : Syndrome psycho traumatique moyen.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

•Deuxième partie : Délai d'appariation et durée des troubles

D'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, nous constatons que l'annonce de la mastectomie a provoqué chez Madame Anissa des réactions immédiates, qui s'intensifient à des périodes variables en fonction de son état psychique et physique. Ces réactions sont apparues au moment de l'annonce et après l'intervention, sans qu'on remarque de troubles cognitifs ou de comportements.

1.9.4 Synthèse du cas

Madame Anissa a obtenu un score brut de 82 au questionnaire TRAUMAQ, évalué sur une échelle de 3, indiquant un niveau moyen de traumatisme. Cependant, elle présente un faible étalonnage aux échelles A, B, D, G, H et I, ce qui suggère une certaine retenue dans son expression émotionnelle lors de l'évaluation. Son discours laisse entrevoir une profonde affectation par sa maladie. Au moment du diagnostic, elle était peu informée sur le cancer et la mastectomie. C'est après l'opération qu'elle a réellement pris conscience de la gravité de sa condition.

1.10 Présentation et analyse du cas Ania

1.10.1Présentation du cas

Ania, femme au foyer de 56 ans, mariée sans enfants. Son niveau d'instruction est de 6^{ème} année primaire, elle n'a donc pas de diplôme ni de qualification. Suite à l'annonce de son cancer en 2023, elle a subi une mastectomie de son sein gauche avec curage ganglionnaire au service de sénologie de Khelil Amrane. Actuellement, elle suit un traitement chimiothérapique pour augmenter ses chances de guérison et réduire le risque de rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital pour sa cure de chimiothérapie, nous avons profité de l'occasion pour lui poser quelques questions dans le cadre de notre recherche, et elle a gentiment accepté de participer.

1.10.2Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de notre rencontre, Madame Ania a exprimé sa volonté de passer l'entretien assise. Elle répondait à nos questions dans un meilleur état que le jour de la passation du test. Lors de l'annonce de son diagnostic, son mari l'accompagnait, et elle a réagi avec frayeur, sans aucune idée de ce qu'était cette maladie, jusqu'à ce que le psychologue lui rende visite le jour de son intervention. Après son opération, à son réveil, la première chose à laquelle elle a fait c'était de remercier Dieu.

Chapitre V : Présentation et analyse des données

Ania décrit sa vie d'avant avec des termes comme « j'étais forte et en parfaite santé ». Selon elle, sa vie a beaucoup changé depuis l'annonce de son cancer et sa mastectomie. Toutefois, Ania trouve difficile de ne pas remarquer les changements dans son corps chaque fois qu'elle voit sa cicatrice, d'ailleurs elle nous raconte à sa première vue elle avait des vertiges « ighadiyi lhal » (cela m'a fait de la peine). Bien qu'elle se soit habituée à son nouveau corps, elle se sent mal à l'aise lorsque d'autres personnes la voient et quand elle se douche.

Elle refuse catégoriquement de porter une prothèse, estimant que cela ne résoudrait pas son problème. Cette différence est évidente pour les autres, mais elle se sent capable de parler ouvertement de sa maladie. C'est pourquoi elle a décidé de se dévoiler. La famille d'Ania est très préoccupée par son bien-être depuis qu'ils ont appris la nouvelle. À son tour, elle se soucie de leur santé après que le médecin lui a expliqué l'importance du dépistage pour les femmes de sa famille.

1.10.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ

Lors de l'évaluation du test, Madame Ania souriante et se sentait très à l'aise. Ses réponses étaient précises et reflétaient clairement son engagement à participer et à partager son expérience.

•Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	5	1	4	1	6	5	0	5	5	4	36
Notes étalonnées	1	2	3	2	3	3	0	3	2	3	2

Tableau 14 : Récapitulatif des résultats du TRAUMAQ du cas Ania.

Lors de la passation du test, Madame Ania a obtenu une note étalonnée de 1 à la première échelle A « pendant l'événement », n'exprimant aucun sentiment. Depuis l'événement, Ania a une note étalonnée de 2 à l'échelle B. À l'échelle C, elle a obtenu une note de 3 prouvant des difficultés d'endormissement, tandis que pour l'échelle D, sa note est de 2. Concernant l'échelle E, elle a une note de 3 se sentant attentive et pour l'échelle F, une note de 3, ce qui reflète des augmentations de certaines substances.

Madame Ania ne présente aucune difficulté à se rappeler de certains depuis sa mastectomie (G=1). Depuis cet événement, elle est souvent d'humeur triste et pleure tout le temps (échelle H=3). À l'échelle I, elle a une note étalonnée de 2, et pour la qualité de vie,

l'échelle J enregistre une note de 3, où elle se sent responsable de ce qu'il lui arrive.

Depuis son opération, Madame Ania ne prend plus autant de plaisir à pratiquer certains loisirs qu'auparavant, et cherche davantage de la compagnie.

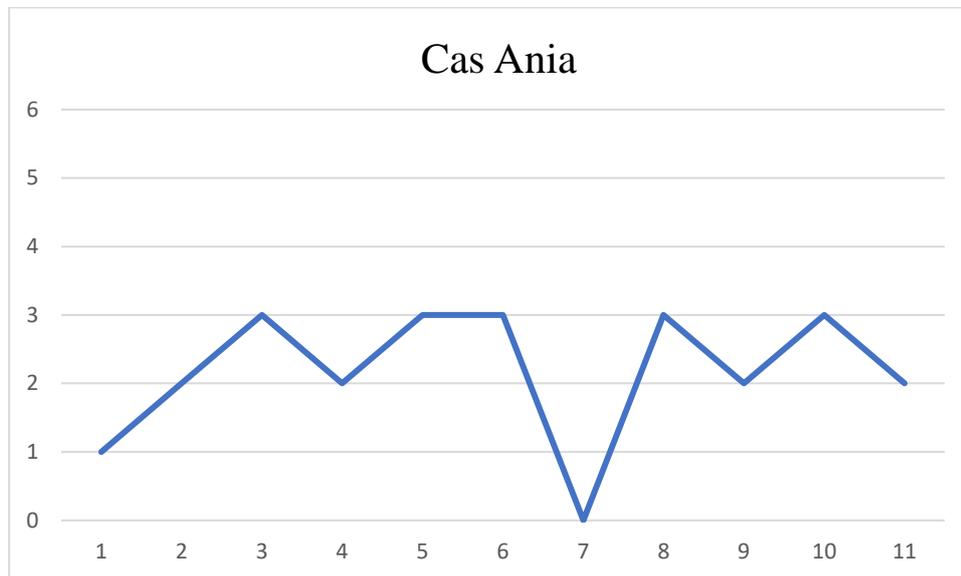


Figure 19 : Représentation graphique du profil du cas Ania : Syndrome psycho traumatique léger.

•Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

D'après les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, nous constatons que l'annonce de la mastectomie n'a rien provoqué chez Madame Ania.

1.10.4 Synthèse du cas

Madame Ania a obtenu un score brut de 36 au questionnaire TRAUMAQ, qui est évalué sur une échelle de 2, indiquant un niveau léger de traumatisme, caractérisé par un faible étalonnage à toutes les échelles A, B, D, G et I. Son discours suggère qu'elle n'est pas affectée par sa maladie. Au moment du diagnostic, elle ne connaissait rien au cancer ou à la mastectomie. Ce n'est qu'après l'opération qu'elle a réellement pris conscience de la gravité de sa condition.

Chapitre VI :
Discussion approfondie des
hypothèses

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

Préambule

Dans cette partie nous aborderons le dernier volet de notre pratique, nous discuterons des résultats obtenus par rapport à nos hypothèses initiales, en les confirmant ou en les infirmant, en nous appuyant sur l'approche intégrative.

1 Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

1.1 Discussion des hypothèses

L'objectif de cette présente recherche est de tenter d'expliquer, la manifestation du traumatisme lié à la mastectomie et de justifier ses variations et répercussion sur la vie psychique chez les cas de notre groupe de recherche.

Nous allons exposer une synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien clinique de recherche ainsi que ceux du questionnaire « TRAUMAQ », dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique.

- **Manifestations du Stress Post-Traumatique à l'entretien chez les Femmes Mastectomisées**

Notre étude sur les femmes ayant subi une mastectomie en raison du cancer du sein a révélé que toutes les femmes de notre groupe de recherche manifestent un stress post traumatique. Ainsi, chez Baya, le stress post-traumatique se manifeste par des insomnies, des cauchemars et des réveils nocturnes brutaux. Elle éprouve une impression de ne pas avoir dormi, ce qui explique sa fatigue matinale et son irritabilité. Siham, quant à elle, souffre de souvenirs répétitifs sous forme d'images durant la journée. À son réveil, elle ressent une fatigue persistante qui la conduit à des accès de colère et une irritabilité accrue. Sabrina présente des symptômes similaires, avec des images et des souvenirs intrusifs accompagnés d'angoisse durant la journée. La nuit, elle rencontre des difficultés d'endormissement et un sommeil interrompu. Sabrina se décrit elle-même comme une personne nerveuse de nature. Pour Camélia, le stress post-traumatique se traduit par des difficultés de concentration et une crainte de se rendre à l'hôpital, la rendant plus irritable qu'auparavant. Leticia éprouve des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes, avec une sensation de ne pas avoir dormi du tout, ce qui la rend plus nerveuse et irritable. Alia montre des troubles de la mémoire et une sensation de fatigue intense, la rendant plus irritable et nerveuse, avec des difficultés à se contrôler. Anissa souffre de souvenirs répétitifs durant la journée et rencontre de grandes

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

difficultés pour trouver le sommeil la nuit, ce qui lui cause une fatigue au réveil et une impression de ne pas avoir dormi, augmentant son irritabilité et sa nervosité. Adria développe des images et des souvenirs intrusifs et connaît des réveils nocturnes, se sentant constamment fatiguée, ce qui provoque une irritabilité persistante. Lilia présente des souvenirs répétitifs sous forme d'images durant la journée et des angoisses intenses. Elle est toujours fatiguée, ce qui la rend plus irritable. Enfin, Ania éprouve des difficultés d'endormissement et est constamment d'humeur triste, ce qui accroît son irritabilité.

En résumé, les entretiens montrent que les femmes ayant subi une mastectomie ont toutes développé un stress post-traumatique avec des symptômes variés et dont les plus courants incluent des troubles du sommeil, des souvenirs intrusifs, de la fatigue, et une irritabilité accrue, démontrant ainsi l'impact profond de la mastectomie sur leur santé psychique.

• Manifestations du Stress Post-Traumatique au questionnaire TRAUMAQ chez les Femmes Mastectomisées

Après avoir accompli une passation individuelle du questionnaire TRAUMAQ à chaque cas de notre population de recherche, nous avons obtenus après cotation, les résultats illustrés dans le tableau qui suit :

Population d'étude	Note brute du TRAUMAQ	Note étalonnée du TRAUMAQ	Niveau d'intensité
Baya	128	5	Très fort
Siham	119	5	Très fort
Sabrina	118	5	Très fort
Leticia	104	4	Fort
Alia	86	3	Moyen
Anissa	82	3	Moyen
Ania	36	2	Leger
Camélia	109	4	Fort
Adria	72	3	Moyen
Lilia	61	3	Moyen

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des résultats de la recherche.

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

A partir des résultats du questionnaire TRAUMAQ, nous avons vu que toutes les femmes ayant subi une mastectomie développent un stress post-traumatique, visible à travers des scores variés au test TRAUMAQ.

Les résultats de l'analyse du contenu des entretiens, ainsi que les scores obtenus au questionnaire TRAUMAQ, montrent que toutes les femmes ayant subi une mastectomie ont manifesté des perturbations significatives dans leur quotidien. Ces manifestations varient selon les données des entretiens et incluent généralement des troubles du sommeil, des souvenirs intrusifs, de la fatigue, et de l'irritabilité.

L'analyse des entretiens a révélé des tendances communes :

- Troubles du sommeil : Insomnies, cauchemars et réveils nocturnes fréquents.
- Souvenirs intrusifs : Souvenirs répétitifs et images intrusives durant la journée.
- Fatigue : Sentiment de fatigue persistant, souvent au réveil.
- Irritabilité : Augmentation de l'irritabilité et des accès de colère.

Les résultats du questionnaire TRAUMAQ corroborent ces observations, montrant que toutes les femmes ayant subi une mastectomie développent un stress post-traumatique, avec des scores variés mais toujours indicatifs de traumatisme.

Ainsi, les résultats des entretiens et des scores au questionnaire valident notre hypothèse.

Ainsi on peut conclure que notre première hypothèse, stipulant que « Les femmes ayant subi une mastectomie en raison du cancer du sein développeraient un stress post-traumatique, visible par un score élevé au test TRAUMAQ et à travers la perturbation de leur vécu selon les données de l'entretien clinique », est confirmée.

Les résultats de l'analyse du contenu des entretiens, montrent que toutes les femmes ayant subi une mastectomie ont manifesté des perturbations significatives dans leur quotidien. Ces perturbations sont d'intensité variées d'un cas à l'autre et incluent généralement des troubles du sommeil, des souvenirs intrusifs, de la fatigue et de l'irritabilité.

Cette évaluation établie à partir de la conversion des notes brutes obtenues par ces dernières, nous permet aussi de noter les remarques suivantes :

Pratiquement aucun score n'est répété quel que soit l'intensité du traumatisme.

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

Le score le plus bas de 36 est obtenu par le cas Ania, par opposition au score le plus élevé de 128 obtenu par le cas Baya.

Ceci nous permet de diviser ce groupe de recherche en 4 sous-groupes, en fonction de l'intensité du traumatisme, pour une meilleure lecture des résultats, et une meilleure explication des raisons de cette variation à partir des données que nous avons pu collecter à travers leurs réponses, et leurs réactions que nous avons pu noter aux entretiens durant les deux passations.

- 1^{er} sous-groupe : Le traumatisme très fort

Le tableau suivant illustre les réponses étalonnées de chaque femme, à chaque échelle du questionnaire qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendrés par un événement traumatique, qui est ici « l'annonce de la mastectomie ».

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cas Baya	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5
Cas Siham	3	3	5	4	4	5	5	5	4	3	5
Cas Sabrina	4	3	4	3	4	5	4	5	4	5	5

Tableau 16 : Récapitulatif des notes étalonnées du premier sous-groupe.

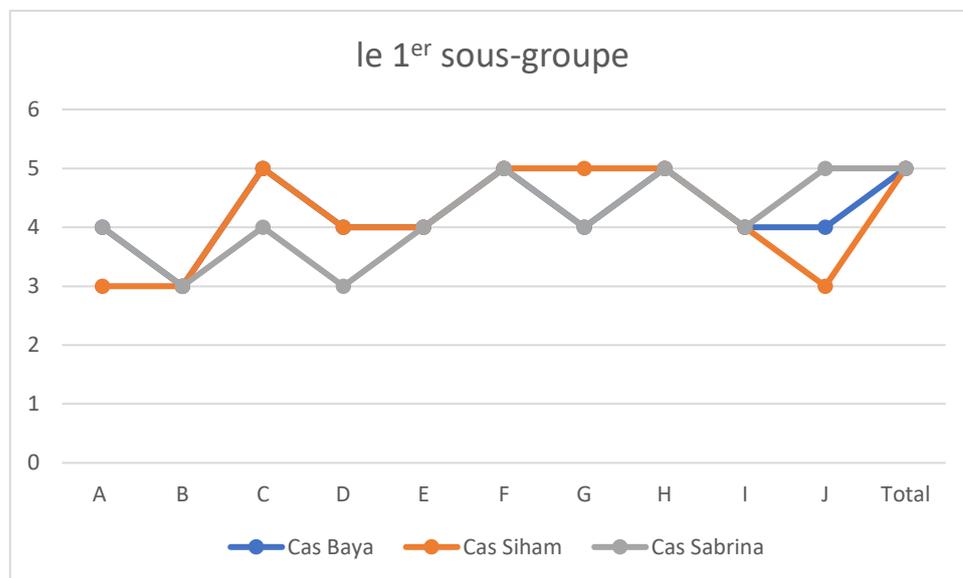


Figure20 : Représentation graphique de l'analyse du premier sous-groupe.

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

- **2^{ème} sous-groupe** : Le traumatisme fort

Le tableau suivant illustre les réponses étalonnées de chaque femme, à chaque échelle du questionnaire qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendré par un événement traumatique, qui est ici « l'annonce de la mastectomie ».

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cas Leticia	3	2	5	3	5	4	5	4	3	4	4
Cas Camélia	3	5	4	3	4	4	4	5	4	4	4

Tableau 17 : Récapitulatif des notes étalonnées du deuxième sous-groupe.

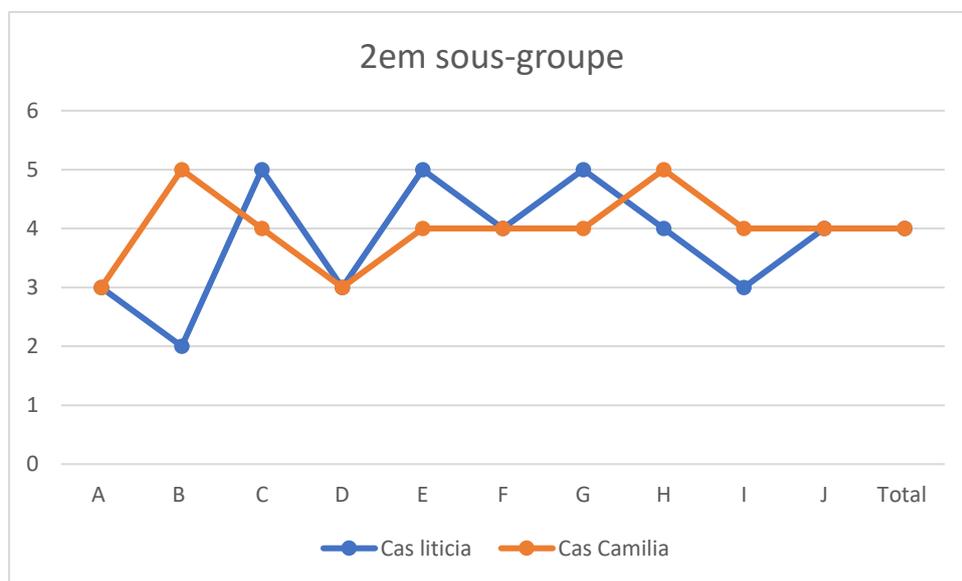


Figure 21 : Représentation graphique de l'analyse du deuxième sous-groupe.

- **3^{ème} sous-groupe** : Le traumatisme moyen

Le tableau suivant illustre les réponses étalonnées de chaque femme, à chaque échelle du questionnaire qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendré par un événement traumatique, qui est ici « l'annonce de la mastectomie ».

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cas alia	2	2	3	2	4	5	3	4	4	5	3
Cas Anissa	3	3	4	3	4	5	3	3	3	3	3
Cas Adria	2	2	3	2	4	5	3	4	3	3	3
Cas Lilia	2	4	3	2	2	3	3	3	2	4	3

Tableau 18 : Récapitulatif des notes étalonnées du troisième sous-groupe.

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

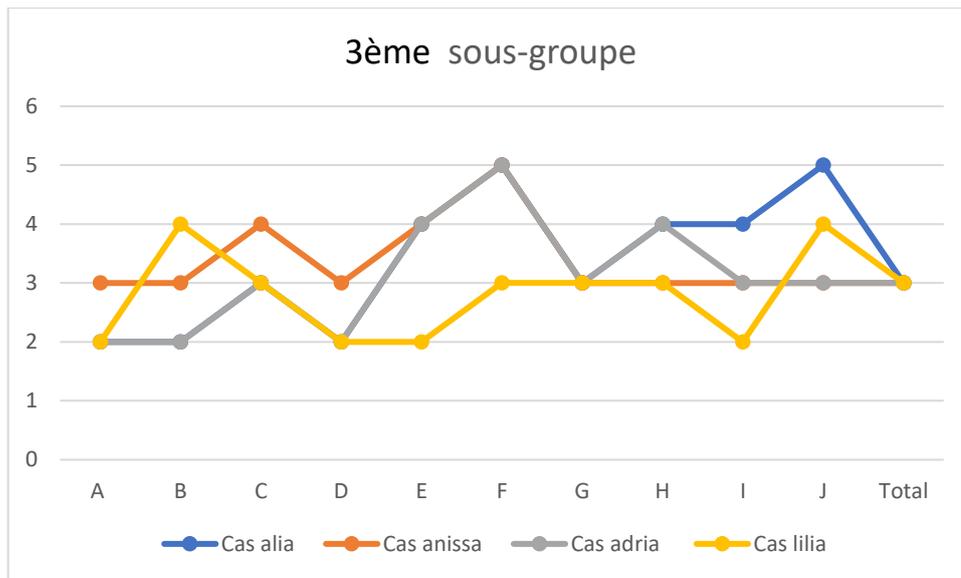


Figure 22 : Représentation graphique de l'analyse du troisième sous-groupe.

- **4^{ème} sous-groupe :** Le traumatisme léger

Le tableau suivant illustre les réponses étalonnées de chaque femme, à chaque échelle du questionnaire qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendré par un événement traumatique, qui est ici « l'annonce de la mastectomie ».

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cas Ania	1	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2

Tableau 19 : Récapitulatif des notes étalonnées du quatrième sous-groupe.

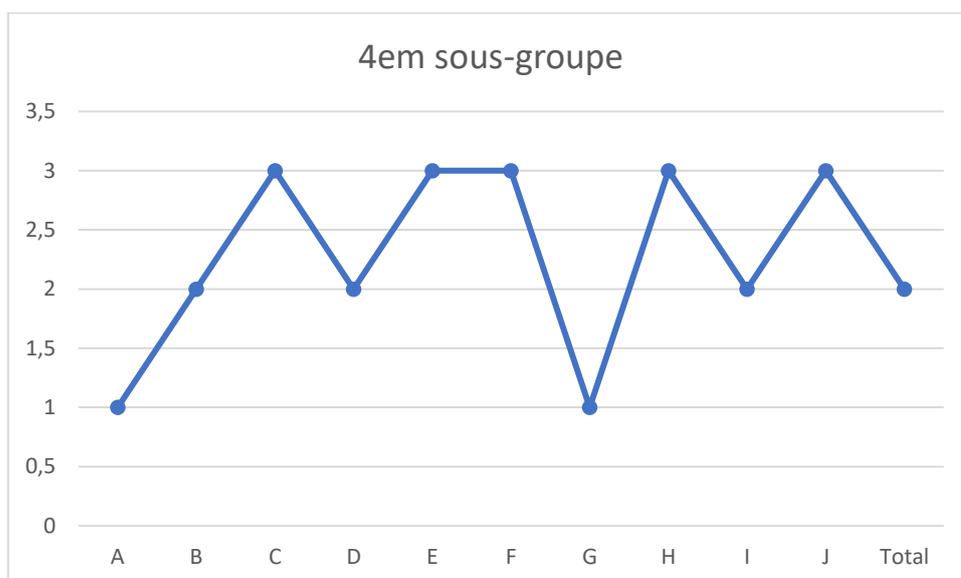


Figure 23 : Représentation graphique de l'analyse du quatrième sous-groupe.

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

L'évaluation des dix cas étudiés montre que les femmes ayant subi une mastectomie développent un stress post-traumatique. Le questionnaire TRAUMAQ révèle des niveaux variés d'intensité de ce stress au sein de notre population restreinte (10 cas seulement), ne représentant pas l'ensemble de la population, mais offrant un aperçu pertinent :

- Cas de Baya : Score brut de 128, étalonné en 5, indiquant un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Cas de Siham : Score brut de 119, étalonné en 5, indiquant un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Cas de Sabrina : Score brut de 118, étalonné en 5, indiquant un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Cas de Camélia : Score brut de 109, étalonné en 4, indiquant un syndrome psycho-traumatique fort.

- Cas de Leticia : Score brut de 104, étalonné en 4, indiquant un syndrome psycho-traumatique fort.

- Cas d'Alia : Score brut de 86, étalonné en 3, indiquant un syndrome psycho-traumatique moyen.

- Cas d'Anissa : Score brut de 82, étalonné en 3, indiquant un syndrome psycho-traumatique moyen.

- Cas d'Adria : Score brut de 72, étalonné en 3, indiquant un syndrome psycho-traumatique moyen.

- Cas de Lilia : Score brut de 61, étalonné en 3, indiquant un syndrome psycho-traumatique moyen.

- Cas d'Ania : Score brut de 36, étalonné en 2, indiquant un syndrome psycho-traumatique léger.

Ces résultats concernant l'analyse du contenu des entretiens et le questionnaire TRAUMAQ montrent une intensité variable du stress post-traumatique parmi les sujets. Ainsi, notre deuxième hypothèse est confirmée.

Les résultats du questionnaire TRAUMAQ, nous donne à distinguer la répartition de ces dix cas de recherche sur quatre différents niveaux d'intensité du traumatisme illustré dans le

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

tableau suivant :

Niveau d'intensité du traumatisme	Nombre de cas	Cas concernés
Traumatisme très fort	03	Baya, Sabrina et Siham
Traumatisme fort	02	Leticia et Camélia
Traumatisme moyen	04	Alia Anissa, Adria et Lilia
Traumatisme léger	01	Ania

Tableau 20 : Tableau explicatif des résultats de la recherche.

Concernant la Relation entre le Stade du Cancer et l'Intensité du Stress Post-Traumatique, nos observations indiquent également que le stress post-traumatique est plus intense chez les femmes ayant subi une mastectomie à un stade avancé du cancer du sein, ceci est plus visible au questionnaire :

Nous avons observé que les réactions des femmes lors de l'entretien clinique variaient. Celles qui étaient conscientes de l'avancement de leur tumeur montraient plus de stress et des troubles du sommeil plus marqués que celles qui savaient que leur tumeur n'était pas avancée et que le traitement avait de bonnes chances de réussir. Cependant, il est difficile de discerner précisément les nuances liées au stade de la tumeur, car nous n'avons pas reçu suffisamment de détails et le groupe de recherche était limité.

Les réactions des femmes au questionnaire TRAUMAQ ont donné les résultats suivants :

Stade avancé :

- Baya, Siham, Sabrina : Note étalonnée de 5
- Camélia, Leticia : Note étalonnée de 4

Stade précoce :

- Alia, Anissa, Adria, Lilia : Note étalonnée de 3
- Ania : Note étalonnée de 2

Ainsi, nos données montrent que l'intensité du traumatisme et son évaluation clinique varient d'un sujet à l'autre. Cette diversité dans les réponses et les scores confirme notre hypothèse : les femmes opérées à un stade avancé du cancer du sein présentent un stress post-traumatique plus élevé que celles opérées à un stade précoce. Cependant, compte tenu du nombre limité de notre population de recherche et des limites des données obtenues, nous

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

préférons rester prudents quant à ces résultats.

Finalement, l'intensité du traumatisme et ses répercussions émotionnelles diffèrent selon le vécu de chaque femme. Ces résultats, tirés de l'analyse des quatre sous-groupes, permettent de valider successivement nos hypothèses et de mieux comprendre les variations et les répercussions du traumatisme de la mastectomie sur la vie psychique des patientes.

En effet, à travers l'analyse des dix cas qui composent notre population de recherche, nous avons identifié certains éléments communs chez ces femmes, et qui est l'importance de leur apparence et de leur image de femme féminine dans un environnement où le regard des autres et l'apparence sont primordiaux. Depuis leur mastectomie, elles doivent faire face à divers changements dans leur vie, entraînant des troubles tels que les évitements phobiques, les troubles du sommeil, les troubles dépressifs, la restriction de la vie sociale et affective, la perte de l'estime de soi, l'irritabilité, l'isolement, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation, de perte de compétences et de culpabilité. Elles subissent également des atteintes somatiques (perte ou prise de poids importante) et cognitives (perte de mémoire et troubles de concentration).

Ces répercussions apparaissent souvent après l'annonce de leur diagnostic de cancer et leur mastectomie, notamment chez celles qui ne possédaient pas suffisamment d'informations sur cette maladie. Elles ne prennent pleinement conscience des conséquences qu'après l'intervention et la perte de leur sein, remplacé par une cicatrice mutilante.

La mastectomie affecte profondément le vécu de ces femmes, provoquant des retombées émotionnelles en raison de la menace perçue contre leur intégrité physique et psychique. Face à cette situation, elles utilisent divers mécanismes pour atténuer la tension interne et externe provoquée par le traumatisme. Nous observons une variété de mécanismes employés par ces dix femmes, à des degrés et rythmes variables, en fonction de l'intensité des répercussions et de l'impact traumatique de la mastectomie. Bien que ces mécanismes soient relatifs à la qualité du fonctionnement psychique de chaque femme, il est important de vérifier l'influence de facteurs tels que la qualité de la relation conjugale, la perception du corps, le soutien de l'entourage proche, et le niveau d'information sur la mastectomie. Nos données montrent que ces dimensions sont à prendre en considération, car il paraît clairement que les réactions des femmes s'infléchissent ou s'intensifient selon la réalité de chaque cas par rapport à ces dimensions.

La plupart des femmes utilisent le déni pour fuir la réalité de leur maladie, perdant

Chapitre VI : Discussion approfondie des hypothèses

parfois le contrôle de la situation. L'évitement de toute situation liée à la mastectomie, y compris la cicatrice et le regard des autres, est courant. L'isolement est observé chez celles qui préfèrent fuir la réalité de leur nouveau corps mutilé. La projection est fréquente, dans le regard des autres et enfin, la religion est souvent utilisée pour mieux s'adapter et accepter la nouvelle situation. En réalité, il s'agit plus de pratiques rituelles que de foi apaisante.

Les répercussions post-traumatiques et les retombées émotionnelles sont renforcées par divers facteurs : manque d'informations, mauvaise situation financière, absence de soutien familial et conjugal, sentiment exagéré de honte et de culpabilité face à la cicatrice, dégradation des forces physiques, et la valeur accordée à leur corps. Le facteur âge influence souvent l'intensité des réactions pour les troubles cognitifs et l'état de santé physique. En revanche, le temps écoulé depuis la mastectomie n'influence pas la variation des réactions. L'intensité de la réaction traumatique varie d'une femme à l'autre et est liée à l'intensité des retombées émotionnelles.

Il est clair à présent que chaque femme vit sa maladie et sa mastectomie comme une expérience personnelle, unique à elle. D'un point de vue psychologique, c'est avant tout une expérience qui confronte brutalement à la réalité de la souffrance et à l'horizon de la mort (Fischer, 2008).

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons vu que les données recueillies ont confirmé notre hypothèse selon laquelle les femmes ayant subi une mastectomie en raison du cancer du sein développent un stress post-traumatique, observable par un score élevé au test TRAUMAQ et lors de l'entretien clinique. Toutes les patientes ont présenté une symptomatologie traumatique, incluant des reviviscences, des altérations de la mémoire sous forme d'amnésies ou d'hypermnésies, des changements de caractère se manifestant par une irritabilité, des évitements liés à l'événement, ainsi qu'une altération du sommeil.

Sur la base des résultats obtenus grâce à nos outils de recherche, à savoir l'entretien semi-directif et le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons conclure que la majorité de nos participantes présentent effectivement un traumatisme psychique lié à leur cancer du sein, confirmant ainsi notre hypothèse de recherche. Ce stress est à des degrés différents, selon les cas.

Conclusion générale

Conclusion Générale

Conclusion générale

Le stress post-traumatique est une conséquence fréquente chez les patients atteints de maladies graves, comme c'est le cas chez les femmes de notre groupe de recherche, affectant profondément leur bien-être psychologique. Ce phénomène découle souvent d'un choc psychique, généralement provoqué par la confrontation avec la réalité de la mort, un événement imprévu et déstabilisant qui s'ancre dans l'esprit du sujet. La peur de la mort, qui devient imminente, s'installe alors avec des réactions relatives d'une personne à une autre. En effet, ce qui est traumatisant pour une personne, peut ne pas l'être pour une autre, cela dépend du vécu subjectif de chaque cas.

Notre étude sur « Le Stress Post-Traumatique Chez Les Femmes Ayant Subi Une Mastectomie Totale » a permis de mieux comprendre comment le cancer du sein influence l'émergence de ce traumatisme psychique. Pour cela, nous avons adopté une approche clinique et un cadre théorique intégratif, orientant notre utilisation d'outils de recherche d'une manière adaptée.

Nous avons utilisé à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives, notamment le questionnaire TRAUMAQ et des entretiens semi directifs, appliqués dans le cadre d'une méthode clinique. Cette approche nous a permis de recueillir des données précieuses sur les pensées, les cognitions et l'intensité du traumatisme chez chaque participante, confirmant ainsi nos hypothèses de recherche.

Les résultats de notre étude mettent en lumière l'impact de divers facteurs tels que le soutien familial, en particulier celui du conjoint, l'importance de la symbolique de la féminité et les répercussions significatives de la mastectomie sur cette dimension féminine. Ces éléments expliquent la variation de l'intensité du traumatisme psychique observée chez chaque femme, en fonction de l'ampleur des répercussions émotionnelles causées par l'intervention chirurgicale.

Bien que nos conclusions confirment nos hypothèses et soulignent l'importance de la mastectomie et ses effets post-traumatiques sur les femmes, il est crucial de noter que ces résultats, comme dans toute recherche scientifique en psychologie, sont relatifs et non absolus. Cette étude a révélé l'importance cruciale de l'environnement du patient, en particulier de son cercle familial, amical et médical, dans la prise en charge des femmes ayant subi une mastectomie. Un soutien adéquat peut atténuer leurs souffrances psychologiques et maintenir un équilibre général de leur bien-être.

Conclusion Générale

Nous recommandons vivement l'intégration de psychologues dans les services de cancérologie, afin de fournir un soutien psychologique parallèlement aux soins médicaux. Un accompagnement durant le processus de l'annonce de la maladie est fortement recommandé pour préparer les patientes à mieux affronter et accepter leur cancer. Les professionnels de la psychologie peuvent offrir une écoute attentive aux préoccupations majeures des patientes, soulageant ainsi leur détresse après avoir pu exprimer leurs souffrances.

Cette étude ouvre la voie à d'autres recherches approfondies sur le même sujet ou sous des angles différents. Nous avons identifié plusieurs perspectives de recherche qui pourraient être explorées par nos pairs dans des études futures, notamment :

- L'impact de la mastectomie sur l'image corporelle des femmes et la résilience des femmes ayant subi une mastectomie.
- L'effet du suivi psychologique et de la thérapie post-mastectomie sur les niveaux de stress post-traumatique.
- Le lien entre le soutien familial et l'intensité du stress post-traumatique.
- La forte susceptibilité au stress post-traumatique chez les femmes ayant des antécédents de troubles de l'anxiété ou de la dépression.
- L'impact de l'image de soi avant la mastectomie sur le développement du stress post-traumatique.

Pour finir notre travail on ne peut qu'insister sur la durée de notre recherche qui n'a pas permis d'approfondir l'exploration des données ni de confronter les résultats sur une population à grande échelle, notamment en effectuant plusieurs entretiens et en assurant un suivi dans le temps. Nous espérons que ces considérations stimuleront la réalisation d'autres études approfondies dans ce domaine.

Bibliographie

Bibliographie

1. Académie de Médecine. (2024). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Disponible sur lien : <https://www.academie-medecine.fr/ledictionnaire/index.php?q=Halsted%20%28op%C3%A9ration%20de%29>
2. American Psychiatric Association. (1994). DSM-4, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
3. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ème édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
4. Anaut, M. (2005). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Espagne : Ed Armand Colin.
5. Augustinova, M. (2005). La théorie freudienne du traumatisme psychique : évolution et implications cliniques. *Revue de Psychanalyse*, 20(2).
6. Beck, A. E. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry, New York: Basic Books.
7. Beck, A. T., Ruch, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
8. Beck, A. E. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New-York : Basic Books.
9. Baldori, E., & Trambini, P. (2005). L'influence des concepts freudiens sur le développement de la médecine psychosomatique au XXe siècle. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 10(2).
10. Belkacem, F. (2007). *Le processus de deuil selon Kübler-Ross*. [Article de synthèse]. *Psychologie et Psychopathologie*, 4(2).
11. Balque, L. (2002). Mécanismes de défense et adaptation face au traumatisme : étude des paliers de fixation dans le développement psychique. *Revue de Psychologie Clinique*, 7(1).
12. Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris, France : Dunod.

Bibliographie

13. Batres, C. (1982). Anatomie du sein. *In Manuel de médecine*. Presses Universitaires de France.
14. Bensmail, N. (2007). *Le deuil comme travail sur toute une vie : perspectives cliniques*. [Article de revue]. *Psychothérapie et Psychosomatique*, 22(1).
15. Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
16. Benziadane, N. (2004). *Cancer du sein diagnostic et traitement*. Alger : Office des publications universitaires.
17. Benzidane, N. (2014). *Cancer du sein, diagnostic et traitement*. Alger : Édition O.P.U.
18. Berlinghieri, S. (2012). *Cancer du sein, une vision innovatrice de la physiothérapie*. Université de Montréal.
19. Berlangieri, Y. (2012). *Syndrome de douleur post-mastectomie : Étude de prévalence et de ses facteurs de risque*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada.
20. Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (2e éd. Refondue). Paris : Armand Colin.
21. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris, France : Armand Colin.
22. Bloch, H. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
23. Bouvet, J.-M. (2015). *L'entretien clinique en psychologie : Pratiques et méthodes*. Paris, France : Dunod.
24. Brillon, P. (2017). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Canada : Québec Livres.
25. Brillon, P., Marchand, A., & Stephenson, R. (1999). *Influence of cognitive factors on sexual assault recovery: Descriptive review and methodological concerns*. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(1).
26. Chahraoui, K., & Bénony, H. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
27. Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes évaluation et recherches en*

Bibliographie

- psychologie clinique*. Paris : Dunod.
28. Chemtob, C. M. (1988). Réactivation des nœuds de traitement de l'information et blocage inhibiteur dans le trouble de stress post-traumatique : une perspective cognitive. *Psychologie et Psychopathologie*, 6(2).
 29. Chiland, C. (2008). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
 30. Chiland, C., Lachance, L., Lafortune, D. (2005). L'entretien clinique. In C. Chiland (Ed.), *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
 31. Constant, A. (2003). Facteurs de risque péri-traumatiques : implications pour la compréhension et la prévention du stress post-traumatique. *Revue de Psychologie Clinique*, 8(3).
 32. Coronas, R., Gérardin, P., Vasile, A., Groupe d'Etude sur le Stress Post-Traumatique (GEST) (2010). Fréquence cardiaque et détresse psychologique dans le stress post-traumatique après accident de la voie publique. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2).
 33. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Ed Odile Jacob.
 34. Crocq, L. (1999). *Critique du concept d'état de stress post-traumatique*. Paris : Ed Odile Jacob.
 35. Crocq, L. (2002). *Théorie explicative du trauma*. *Revue Trauma*, 0(94).
 36. Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques : Prise en charge des victimes*. Paris : Masson.
 37. Crocq, L., et al. (2007). *Traumatisme psychique : Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Masson.
 38. Crocq, L. (2005). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jac.
 39. Croq, P. (2002). Cercle vicieux de la réaction de danger auto-entretenu : implications pour la thérapie cognitive du trouble de stress post-traumatique. *Revue de Psychologie Appliquée*, 8(1).
 40. Damiani, C., Pareira-Fradim, M. (2006). *Manuel traumaq*. Paris : ECPA.

Bibliographie

41. De Broca, P. (2006). *Processus de deuil : comparaison avec la métaphore de la cicatrisation après une amputation*. [Article de revue]. *Revue de Psychiatrie et de psychologie Clinique*, 15(2).
42. De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
43. Delahaye, M-C. (1992). *Le livre de Bord de La Femme*. Allier Belgique : Édition Marabout.
44. Delahaye, M. (1992). Le sein : Symbole de féminité et fonction biologique. In *La place du sein dans l'anatomie féminine*. Presses Médicales.
45. Doucet, A. (2000). Le modèle de P. Marty : exploration des concepts de conversion, répression et homéostasie dans la médecine psychosomatique. *Revue de Psychosomatique et de Médecine Psychosomatique*, 15(3).
46. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
47. Doucet, C. (2000). *La psychosomatique : Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
48. Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme*. Paris : Payot.
49. Ferragut, E. (2000). *Penser l'hôpital autrement : Qualité de soin et contrainte économique*. Paris : Masson.
50. Ferragut, M. (2009). Manifestations somatiques du traumatisme psychique : étude des expressions corporelles post-événement traumatique. *Revue de Psychologie Médicale*, 14(2).
51. Ferrandez, J.-M., & Serin, D. (2006). Chirurgie conservatrice et radiothérapie dans le traitement du cancer du sein. Dans *Traité d'oncologie*. Éditions Médicales.
52. Fitoussi, A., Martinet, C., et al. (2011). *Chirurgie du cancer du sein : Traitement oncoplastique et reconstruction*. Paris : Elsevier Masson.
53. Fitoussi, M., Martinet, C., et al. (2011). Le sein : Glande mammaire et procédures chirurgicales. Dans *Traité d'oncologie*. Éditions Médicales.
54. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Structure cognitive et interprétation du

Bibliographie

- danger dans le trouble de stress post-traumatique : implications pour les modèles cognitivistes. *Revue de Psychologie Cognitive*, 12(3).
55. Freud, S. (1920-1981). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
56. Freud, S. (1981). *Introduction à la psychanalyse*. Paris, France : Payot.
57. Jones, S. L., & Barlow, D. H. (1991). Modèle de Jones et Barlow : transition de l'alarme apprise à l'appréhension anxieuse systématique dans le trouble de stress post traumatique. *Revue de Psychologie Clinique*, 17(4).
58. Haddadi, S. (2010). *Histoire du concept de stress post-traumatique : de la névrose traumatique à nos jours*. *Psychologie et Histoire*, 5(1).
59. Hamburger, L. (1982). Cancer du sein : Prolifération cellulaire anormale et dissémination. Dans *Le cancer du sein : de la prolifération à la dissémination* (p. 136). Presses Médicales.
60. Haynal, A., et al. (1997). *Médecine psychosomatique : Aperçu psychosociaux*. Paris, France : Masson.
61. Hélène, A., & Elodie, B. (2011). Intervention des sauveteurs en situation de crise : distinctions entre événements traumatiques et non traumatiques. *Revue de Psychologie Appliquée*, 25(2).
62. Henriette, B., et al. (1992). *Grand dictionnaire de la psychologie*. France : Larousse.
63. Horde, P. (2014). *Cancer du sein - Symptômes et traitements*.
64. Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). *Impact of event scale : A measure of subjective stress*. *Psychosomatic Médecine*, 41(3).
65. Horowitz, M. J. (1979). *Le modèle intégratif du trouble de stress post-traumatique : implications pour la thérapie*. *Revue de Psychologie Clinique*, 5(2).
66. Huber, M. (1993). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
67. Institut Curie. (2013). *Fascicule de chirurgie sémiologique et gynécologie*.

Bibliographie

68. Institut de Lutte Contre le Cancer INCA. (2009). *Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique*. France.
69. Institut de lutte contre le cancer. (2009). *Mastectomie prophylactique chez les personnes à risque de cancer du sein*. Guide pratique.
70. Goumot, J. (1993). *Diagnostic précoce du cancer du sein : Approches radiologiques et cliniques*. Paris, France : Éditions Médicales Françaises.
71. Kédia, M., Sabouraud-Seguin, A., et al. (2008). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* (2ème édition). Paris : Dunod.
72. Kédia, M. (2013). *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*. Paris : Dunond.
73. Lacan, J., et al. (2002). *Gynécologie*. Paris : Masson.
74. Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Univ française.
75. Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1996). *Vocabulaire de la psychanalyse* (2ème édition).
76. Le Petit Larousse de la Médecine. (2010).
77. Le Petit Larousse Illustré. (1980).
78. Lebigot, F., & De Clereq, M. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
79. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris : Dunond.
80. Lemp, T. (2006). *Traumatisme : caractéristiques et conséquences*. [Article de revue]. *Revue de Psychologie Médicale*, 10(3).
81. Mallecourt, P. (2008). Mastectomie : Préparation et procédures chirurgicales. Dans *Guide pratique de chirurgie oncologique*. Elsevier Masson.
82. Mkrachi, A., [et al.]. (2011). *Thérapie ciblée : Étude des récepteurs spécifiques dans le traitement du cancer*. Paris, France : Éditions Médicales Françaises.
83. Mkrachi, A., et al. (2011). *La thérapie ciblée : Une nouvelle approche thérapeutique pour le traitement du cancer*. Paris, France : Éditions Médicales

Bibliographie

Françaises.

84. Mingotte, H. (2011). *Maladie du sein*. Masson, 2ème édition. Italie.
85. Morin, Y., et al. (2003). *Larousse médical*. Paris.
86. Morin, Y. (2011). *Le petit Larousse de médecine*. Paris : Larousse.
87. Morin, J. (2001). Mécanisme du cancer. In *La biologie du cancer*. Presses de L'Université.
88. Moral, N., Eustache, F., Lange, M., Joly, F., & Giffard, B. (2010). *L'impact du cancer et de ses traitements sur les fonctions cognitives : l'exemple du cancer du sein*. *Revue de Neuropsychologie*, 2.
89. Mowrer, O. H. (1960). *Théorie de l'apprentissage et comportement*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
90. Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 10) (2ème révision)*.
91. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 11) (11ème révision)*.
92. Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *CIM-10 Classification internationale des maladies, chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement*. Paris : Masson.
93. Pavlov, I. P. (1924). Observations sur les réactions post-émotionnelles chez les chiens : implications pour le modèle pavlovien de conditionnement. *Revue de Psychologie Expérimentale*, 10(4).
94. Pujol, J. (2012). *L'annonce du cancer de sein entre corps et symptômes* (Thèse de doctorat). Université Montpellier 3 Paul Valéry, Faculté de Psychologie.
95. Pujol, A. (2012). *Dépistage précoce du cancer du sein : Importance et procédure*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
96. Rolling, A. (2013). Le cancer : Définition et mécanisme. In *Comprendre le cancer*. Éditions Universelles.

Bibliographie

97. Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., Read, K. M. (2009). Incidence, Severity, and Out Comes of Brain Injuries Involving Cerebral Concussions in Motor Vehicle Crashes. *Accident Analysis & Prevention*, 41(6).
98. Sabouraud-Seguin, M. K. (2013). *L'aide-mémoire de la psycho traumatologie*. Paris : Dunod.
99. Sabouraud-Seguin, M. K. (2007). *Comment surmonter le traumatisme psychologique ?* Paris : Odile Jacob.
100. Saglier, J., Benzebec, P., Pommeyrol, A., & Toledano, A. (2003). *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien* (3ème édition). Paris.
101. Sauvayre, P. (2013). *Manuel de recherche en sciences sociales : Questionner le monde*.
102. Scotté, F., Colonna, P., & Andrieu, J-M. (2002). *Cancérologie*. Paris : Editions Ellipses.
103. Seguin-Sabouraud, A. (2007). Impact des croyances pré-traumatiques sur le développement du trouble de stress post-traumatique : une perspective intégrative. *Revue de Psychologie Clinique*, 12(3).
104. Shalev, A. Y., Bonne, O., Eth, O., & Spencer, S. (1996). *Traitement du trouble de stress post-traumatique*. Médecine psychosomatique.
105. Shalev, A. Y., Péri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Facteurs de maintien du trouble de stress post-traumatique : une étude longitudinale. *Revue de Psychologie Clinique*, 12(2).
106. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : Larousse.
107. St-André, É. (2021). Trouble de stress post-traumatique : définition et manifestations. *Revivre, anxiété, dépression et bipolarité*, 7(2).
108. Tsay, A. T. M., Chang, S. C., & Chou, F. H. C. (2001). Relationship of Pain Intensity and Length of Stay to Posttraumatic Stress Disorder in Trauma Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4).
109. Varescon, I. (2012). Réaction de stress face à l'événement traumatique : rôle de l'accumulation de changements majeurs et processus d'ajustement. *Psychologie*

Bibliographie

et Psychopathologie, 8(1).

110. Romano, G. (2011). *Caractéristiques de l'événement traumatique et impact sur le sujet : une analyse clinique*. *Revue de Psychologie Clinique*, 17(3).

111. Zatzick, D. F., Rivara, F. P., Nathens, A. B., Jurkovich, G. J., Wang, J., Fan, M. Y., Mackenzie, E. J. (2010). A Nationwide US Study of Post-Traumatic Stress After Hospitalization for Physical Injury. *Psychological Medicine*, 40(12).

Annexes

Annexes

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

Annexes

PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
-----	-----	-----	-----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueés, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					

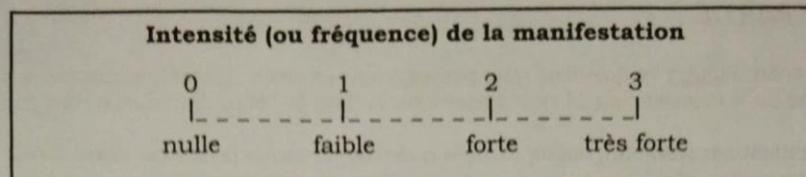
Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B					

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					

Annexes



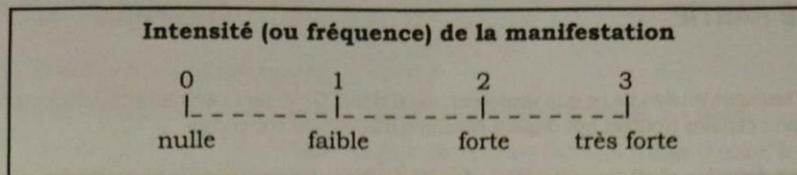
		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					<input type="checkbox"/>

Annexes



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	non
Total J			

Annexes

DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Annexes

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

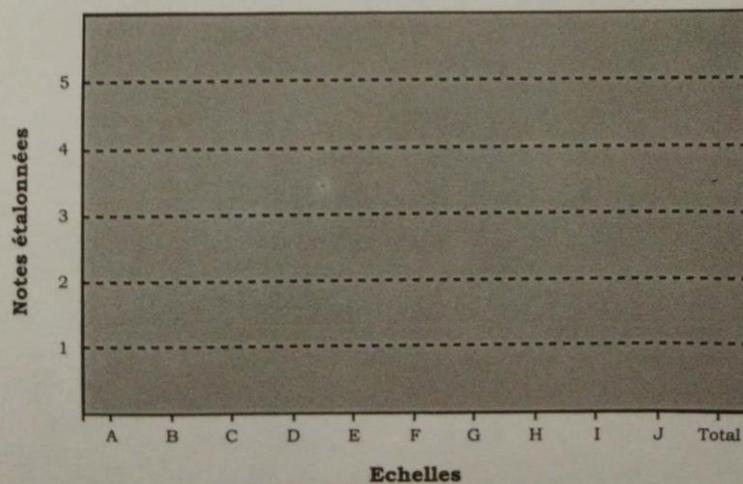
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Résumé

Le stress post traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie totale

Résumé

Notre étude porte sur le thème « le stress post-traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie totale ». L'objectif principal de cette recherche est d'explorer le vécu psychique de ces femmes, en particulier la présence éventuelle d'un stress post-traumatique. Pour mener à bien ce travail, nous avons constitué un échantillon de recherche composé de dix femmes atteintes de cancer du sein, recrutées à l'EPH d'Amizour. Nous avons utilisé des entretiens semi-directifs et le questionnaire TRAUMAQ pour recueillir les données nécessaires.

Les résultats de notre étude montrent que le vécu psychique des participantes varie considérablement d'une personne à l'autre. Cette variabilité souligne la nécessité d'un accompagnement personnalisé, notamment par le biais d'un suivi psychologique, afin d'aider les femmes à gérer le stress traumatique. Nous recommandons également la mise en place de cellules de soutien psychologique pour celles qui en ressentent le besoin. L'objectif final est de renforcer leur capacité à faire face aux interventions stressantes et à leurs conséquences psychologiques.

Nos dix participantes présentent toutes un traumatisme psychique lié à leur cancer, soulignant l'importance d'un soutien psychologique adapté pour améliorer leur résilience et leur qualité de vie.

Les mots clés : le stress post traumatique ; la mastectomie ; cancer.

Post-traumatic stress in women who have undergone a total mastectomy

Abstract

Our study focuses on the theme "post-traumatic stress in women who have undergone a total mastectomy." The primary objective of this research is to explore the psychological experiences of these women, particularly the potential presence of post-traumatic stress. To conduct this study, we formed a research sample consisting of ten women with breast cancer, recruited from EPH Amizour. We used semi-structured interviews and the TRAUMAQ questionnaire to gather the necessary data.

The results of our study show that the psychological experiences of the participants vary significantly from one person to another. This variability underscores the need for personalized support, particularly through psychological follow-up, to help these women manage traumatic stress. We also recommend the establishment of psychological support groups for those who feel the need. The ultimate goal is to enhance their ability to cope with stressful interventions and their psychological consequences.

All ten of our participants experience psychological trauma related to their cancer, emphasizing the critical need for appropriate psychological support to enhance their resilience and quality of life.

Keywords: Post-traumatic stress; Mastectomy; Cancer.