

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

L'anxiété chez les femmes atteintes de cancer du sein

Etude de six cas à CHU de Bejaia

Réalisé par :

- M^{elle} AOUCHICHE Salima
- M^{elle} BAKLI Lila

Encadré par :

Mr Mebarek

Promotion
2016/2017

Remerciement

Au membre de jury qui vont évaluer notre modeste travail. Je remercie mon encadreur de recherche monsieur Mebarek pour ses précieux conseils, son aide et ses encouragements.

Je tien a remercier ma famille pour son encourage et son soutien ainsi que tous amis(es).

Aux directeur de l'hôpital CHU de Bejaia de nous avoir permet d'effectuer notre stage au sein de son établissement, ainsi pour la psychologue Mme BAHLOUL qui nos aide dans a la cellule cancéreuse.

Je remercie aussi toutes les femmes qui nous aidés à réaliser cette recherche par leurs compréhensions et patience.

Dédicaces

*C'est avec un cœur plein de joie que je dédie ce
modeste travail à :*

*Mon encadreur Monsieur Mebarek qui nos a beaucoup aide à
réaliser ce travail.*

*Toute ma famille qui m'a aidé connaitre les portes de
savoir, surtout à mes chers parents qui m'a beaucoup soutenu
durant toute ma vie que Dieu les garde pour toujours.*

A mes chers frères et sœur

A mes neveux : Ahmed, wassim, Islam

A ma petite nièce : Chiraz

A mes grands parents

A mes chères cousine et cousins

*A tout mes amis : Siham, Sarah, Samia, hanane et surtout a
ma chère binôme Lila avec laquelle en a partager des
moments agréables durant toute ces années.*

Salima

Dédicaces

*C'est avec un cœur plein de joie que je dédie ce
modeste travail à :*

*Mon encadreur Monsieur Mebarek qui nos a beaucoup aide à
réaliser ce travail.*

*Toute ma famille qui m'a aidé connaitre les portes de
savoir, surtout à mes chers parents qui m'a beaucoup soutenu
durant toute ma vie que Dieu les garde pour toujours.*

A mon cher mari qui ma vraiment soutenu

A mes chers frères et sœur :

A mes grands parents

A mes chères cousine et cousins

Et son oublie mes deux anges :

Vanessa et sayefo

*A tous mes amis et surtout à mon cher binôme salima avec
laquelle en a partagé des moments agréables durant toutes ces
années.*

Lila

Sommaire

Chapitre I :

| | |
|--|---|
| 1-l'introduction générale..... | 1 |
| 2-Problématique et hypothèses | 3 |
| 3-Définitions des concepts clés | 6 |
| 4-Le choix et l'objectif de la recherche | 8 |

La partie théorique

Chapitre II : *Cancer du sein aspect médicale et psychologie*

Aspect médicale du Cancer de sein

| | |
|--|----|
| Préambule | 9 |
| 1-Définition du cancer | 9 |
| 2-classification des tumeurs | 9 |
| 3-Les factures de risques | 10 |
| 4- Les symptômes du cancer du sein | 11 |
| 5- Diagnostique du cancer du sein | 11 |
| 6-traitements | 12 |
| Conclusion | 16 |

Aspect psychologique du cancer de sein

| | |
|--|----|
| Préambule | 17 |
| 1- L'annonce de diagnostique et le traitement chez les femmes atteinte le cancer du sein | 17 |
| 2- Réaction familiale | 18 |
| A-Phase de diagnostique et le traitement | 18 |
| B-Phase de rémission et de guérison | 19 |
| C-Phase préterminale et le traitement | 19 |
| 3- La qualité de vie des patients cancéreux | 20 |
| 4- Evaluation psychologiques des patients cancéreux | 20 |
| 5- Troubles émotionnelle | 21 |
| 6- Image de soi et la sexualité chez les femmes atteinte d'un cancer du sein | 22 |
| 7- Adaptation psychologique de la femme atteinte du cancer du sein et son entourage | 22 |
| 8- Prise en charge psychologique des patients cancéreux | 23 |
| Conclusion | 23 |

Chapitre III : L'anxiété

| | |
|--|----|
| Préambule | 24 |
| 1-Définition | 24 |
| 2-Les modèles théoriques de l'anxiété | 25 |
| 2-1- La théorie biologique | 25 |
| 2-2- La théorie psychanalytique | 25 |
| 2-3- La théorie cognitive – comportementale | 26 |
| 3- La symptomatologie anxieuse | 27 |
| 3-1 - Les symptômes somatiques | 27 |
| 3-2- Les symptômes psycho-comportementaux | 27 |
| 4 -Les formes de l'anxiété | 28 |
| 5- Les divers troubles anxieux | 32 |
| 6- La prise en charge de l'anxiété | 32 |
| 6-1 La prise en charge pharmacologique | 32 |
| 6-2 La prise en charge non médicamenteuse | 34 |
| 6-2-1 La thérapie cognitive- comportementale | 35 |
| 6-2-2 La relaxation | 36 |
| Conclusion | 38 |

La partie pratique

Chapitre IV : la démarche de la recherche et population d'étude

| | |
|--|----|
| 1- Démarche de la recherche et la population d'étude | 39 |
| 1-1 -La pré –enquête | 39 |
| 1-2-La méthode clinique | 39 |
| 1-3-Le lieu de la recherche | 40 |
| 2- La population d'étude | 41 |

Chapitre V : les techniques utilisées et leur analyse

| | |
|--|----|
| 1- Les techniques utilisées | 42 |
| 1-1-L'entretien clinique | 42 |
| 1-2-L'échelle d'anxiété d'Hamilton | 43 |
| Conclusion | 47 |

Chapitre VI : présentation et analyse des résultats

Chapitre VII : Discussion des hypothèses

Conclusion

Bibliographie

Annexe

Introduction

Depuis quelques années, la question des maladies chroniques et infectieuses, fait partie des grandes interrogations des chercheurs contemporains, ainsi ces derniers concevaient la santé et la maladie comme la résulte de multiple lignes de force biologique, psychologique, et sociale et parmi ces maladies, le cancer.

La féminité caractérise d'abord la femme en tant qu'un être biologique, elle la qualifie ensuite en tant que genre sexuel .être une femme, cet avoir la chance ineffable de pouvoir donner la vie grâce à des organes, utiles merveilleux qui gardent leur mystère pour encore trop de femme, parmi ces organes on trouve le sein.

En effet, le cancer est une maladie redoutée, souvent perçue comme la pire des maladies elle est la première cause de décès avant l'âge de 65 ans .et quand une femme soupçonnée d'avoir le cancer du sein ou lorsque la femme est diagnostiquée comme ayant le cancer du sein, le plus souvent, elle se sent immédiatement vulnérable, dépassé par l'imminence de mortalité .

Malgré l'avance technologique et le développement de la recherche scientifique au cours des dernières décennies, cette pathologie cancéreuse ne cesse d'augmenter engendrant un impacte psychologique et social important.

L'expérience de cancer de sein peut abimer l'individu dans tout son être en vivant ébranler ce qu'il est. Cette pathologie comme toutes les maladies chroniques engendrent la maladie sociale, un cout important et le patient à sa famille et à son milieu professionnel .elle a un impact sur la vie quotidienne du sujet, à savoir la limitation fonctionnelle de ces activités et la dépendance de traitement

Ces élément engendrent chez la patiente une angoisse qu'est l'une des réponse les plus fréquentes au danger, est un trouble émotionnel qui se manifeste par un ressemblé de symptômes physiques et psychologiques et âpre le sentiment d'insécurité, de compréhension, de malaise et une terreur face à un péril de nature indéterminé

Le sentiment de l'anxiété peut être apparait régulièrement chez les femmes atteintes par le cancer du sein, ainsi l'influence de l'anxiété, dans les modifications de la relation de soi comme celle des relations à autrui est considérable .

Durant notre recherche, nous allons adopter comme cadre de référence le point de vue comportemental et cognitivo-comportementale qui aborde l'anxiété comme un comportement émotionnel résultant d'un ensemble des idées que l'individu construit en lui, tel que les maladies qui peuvent lui affecter. Cette approche considérée que l'anxiété est une peur, elle est aussi une émotion acquise composée de peur et douleur

Notre objectif à travers cette recherche, sur les femmes atteintes de cancer du sein est d'essayer de vérifier les hypothèses qu'on a élaboré sur le cancer du sein et l'intensité de l'anxiété chez ces femmes ainsi que les facteurs qui renforcent cette anxiété.

Afin d'atteindre notre objectif. Nous avons reparti notre travail comme suivant : en premier lieu la problématique ou nous avons posé des questions et proposé des hypothèses qui restent à confirmer ou affirmer à la fin de notre recherche .en seconde lieu deux parties ; partie théorique et partie pratique .

La partie théorique de ce travail se compose de trois chapitres dont le premier est porté sur L'introduction d'étude (la problématique ,hypothèse et l'objet de la recherche)et dans le deuxième chapitre parle sur le cancer du sein aspect médicale (définition cancer du sein, classifications des tumeurs, diagnostic et, facteurs de risques, symptômes de risque et le traitement) et l'aspect psychologique ou on a essayé de terminer l'impacte psychologies des patientes cancéreuses et leur entourage.

Dans le troisième chapitre est porté sur l'anxiété et ces différents théories types, les classifications, ses signes et prise en charge.

La partie pratique qui se compose de deux chapitres :

Un qui compose la méthodologie de recherche, la population sur laquelle porte notre objet d'étude, le lieux de recherche et les outils d'investigation ,l'entretien qui est indispensable pour avoir accès aux informations et l'échelle d'anxiété de HAMILTON qui mesure l'anxiété et l'autre comporte :la présentation et l'analyse de discussion d'hypothèses qui composent les points suivies :présentation des cas, analyse de l'entretien et l' échelle d'anxiété de HAMILTON ainsi la discussion de hypothèses qu'on a formulé.

Enfin, on a proposé une conclusion générale pour clôturer cette étude illustrée par les résultats obtenus.

Chapitre I
Introduction à l'étude

Problématique et hypothèses

La maladie permet nécessairement de donner un sens à l'histoire du patient, cependant d'autres variables que personnelles interviennent, d'une part de la perception que le patient aura de sa maladie et d'autre part de la forme de prise en charge qu'il peut en attendre.

L'être humain est constamment confronté à des problèmes et dangers divers qui peuvent toucher à son intégrité physique, à son bien être et nuire à sa santé, et par conséquent des maladies qui l'affectent, par exemple les cancers.

Donc parmi ces maladies on trouve le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique. Le mot « cancer » est un terme générique qui désigne l'ensemble des tumeurs malignes, une tumeur est une excroissance pathologique due à une prolifération de cellules.

On désigne les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, les premières qui se développent sur place, en se bornant à refouler les cellules saines, alors que les secondes envahissent les tissus voisins qu'elles détruisent. Elles peuvent aussi se disséminer à distance par le biais de la circulation lymphatique ou sanguine et former des foyers cancéreux secondaires, dans l'autre organe comme les métastases.

Il existe de nombreux facteurs prédisposant au cancer ils sont appelés cancérogènes ou cancérigènes, ces facteurs peuvent être génétiques, héréditaires comme le cas de certains cancers de sein, on trouve aussi qu'il existe trois types de cancers qui sont individualisés au microscope sur les prélèvements historiques les carcinomes, les sarcomes, les tumeurs germinales. (Loriot, 2002, p. .

Parmi ces types de cancer, on prend le cancer du sein qui est notre sujet de recherche.

Le cancer du sein relève d'une nomenclature générique qui fait référence à tout un ensemble de prolifération néoplasique de la glande mammaire qui diffèrent tant du point de vue historique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif, le terme de « cancer du sein » ne désigne que les tumeurs malignes.

Potentiellement agressives, du sein tandis que le terme de « tumeur du sein » désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes, donc le cancer du sein est le cancer le plus fréquent

chez la femme , une femme sur 12 sera atteinte à un moment de sa vie , il présente la première cause de la mortalité féminine dans la tranche d'âge de 35 à 55 ans (moss 1997) b a l'échelle mondial , l'incidence du cancer du sein (nombre de nouveaux cas recensé par 100000 femme par ans) , semble plus fort dans les payé industrielles . (Ferlyet et all ,2002)

Et les taux les plus élevés sont constatés en Europe de l'ouest ou Etats-Unis et ou canada .En France plus de 25000 cancer du sein sont diagnostiqués chaque année, il représente 8 à 10 % des tumeurs féminines dans le monde et il est responsable de 20% des décès.

Selon L'OMS (organisation mondiale de la santé) estime à plus de 1050000 de membres de nouveaux cas du cancer du sein chaque année dans le monde, en France 53000 nouveaux cas on été recensés durant l'année 2011.

L'incidence a augmenté de façon importante et constaté pendant 25 ans qu'elle elle est passé de 65.8 nouveaux cas / 100000 personne en 1980, à 101.5 nouveaux cas / 100000 personnes en 2005. (Belet et all, 2008)

Le nombre de cancer du sein aurait connu une augmentation au cours des 30 derniers années, une incidence en hausse les régions du monde y compris dans les pays en voie de développement.

L'incidence du cancer du sein a connu une hausse de 3.1% par an et ce dans toutes les régions du monde sur les 1.6 millions de cas recensés en 2010, la moitié est aussi survenue dans les pays en vois de développement que dans les pays développés.(<http://www.who.int/whosis/whosat/fr.whs2011.ful6pdf>) (consulté le 16 /10 /2016 à15h00)

En Algérie, le cancer du sein vient en tête des cas de cancer récentes avec 6625 nouveaux cas diagnostiques en 2010, c'est le premier cancer de la femme et prend ces proposition épidémiques renseignant sur les obligations en matière de prise en charge tant sur le plan préventif que curatif. (<http://www.toubibe.blogspot.com/2009/11/cancer-du-sein-en-algerie.html>) (Consulté le 26/01 /2017 à10h30)

De nos jours, plusieurs facteurs de risque de développement du cancer du sein sont reconnu tels que les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge avancé, la puberté, ménopause tardive, et l'obésité, mais aucun facteur n'a pu être impliqué directement dans

l'étiopathogénie de ce cancer a l'exception de la transmission héréditaire de certains gènes de prédisposition.

La maladie cancéreuse est en effet à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives. Émotionnelles et comportementales, le patient subit un variable traumatisme psychique avec l'annonce du diagnostic du cancer. la détresse émotionnelle qui s'en suit et se traduit en terme d'anxiété peut donc être provoquée par différents facteurs.

L'anxiété qui est un état affectif caractérise par un sentiment d'insécurité de trouble diffus. Souvent employée comme un synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modification physiologique (sensation d'étouffement ,sueur, accélération du pouls) qui ne manque jamais dans l'angoisse .plusieurs écoles essayent d'expliquer la genèse de l'anxiété selon leurs positions doctrinales , pour la théorie de l'apprentissage, cet état serait une réaction conditionnée de crainte , une tendance acquise .selon les psychanalystes, au contraire l'anxiété s'expliquerait par les frustrations de la libido et les interdits de surmoi ; ce serait un signal de danger adressé au moi c'est-à-dire à la personnalité consciente qui aussi prévu peut y répondre par mesure adéquate ou en mobilisant ces mécanismes de défense.

Les premières études de la prévalence des troubles psychopathologiques en cancérologie ont été menées depuis les années 1980. la première en 1983. Il s'agissait à l'époque d'une démarche indispensable à la classification des multiples facteurs de l'expression émotionnelle de l'individu confronté au cancer ,ainsi, du sein d'une population sélectionnée au hasard de patient atteint de cancer du sein, 47% présentaient un diagnostic de troubles psychiatriques, parmi ces derniers ,68% relevaient des troubles de l'adaptation, soit 32% des sujets .les 32% de troubles restants se répartissaient entre des troubles de la personnalité (3.3% des sujets). (OMS .[HTT:// WWW..Who .in / Topic / cancer.fr /.](http://www.who.in/Topic/cancer.fr/)) (Consulté le 25/02/2017)

Le cancer et les traitements qui lui sont associés sont le plus souvent agressifs pour le corps, et peuvent en modifier l'apparence. On peut démontrer un certain nombre de conséquences sur l'apparence : la perte d'une partie du corps (ablation, amputation) les cicatrices , la défiguration, l'ajustement aux prothèses , la limitation de certaines habiletés fonctionnelles (difficulté à se déplacer , altération de la démarche) voir les effets secondaires de certains traitements (perte de cheveux , décoloration de la peau).(Benzidane N. ,2004).

Ces modifications et altération, permanente ou temporaire peuvent avoir des conséquences psychosociales particulièrement négatives d'anxiété.

Symptômes dépressifs baisse de l'estime de soi, sentiment d'une perte de contrôle de son corps, perte de la capacité de séduction. De même on peut constater que plus l'investissement des individus sera important vis-à-vis de leur apparences, plus ils expérimentent de détresse.

Sur la base de ces éléments nous avons décidé de poser les questions suivantes :

- 1- Est-ce que toutes les femmes atteintes du cancer du sein développent de l'anxiété ?
- 2- Est-ce que le degré de l'anxiété se manifeste de la même façon chez les femmes atteintes du cancer du sein ?

Les hypothèses :

- 1- les patientes atteintes le cancer de sein développent l'anxiété.
- 2- le degré de l'anxiété se différencie d'une femme à une autre cela dépend de leur soutien de l'entourage.

1- Définition des concepts clés :

Cancer :

Selon LOMS : « cancer est un terme générale appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ces caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent envahir dans l'autre organe, formant ce qu'on appelle des métastases.

Selon Larousse de médecine « le cancer » désigne les tumeurs malignes c'est une prolifération anarchique de cellules anormales dites « malignes ». à partir d'un foyer primitif pouvant récidiver localement après ablation et envahir à distance, entraînant la formation de métastases.

Les tumeurs pouvant être bénignes ou malignes.les cellules tumorales initiales peuvent diffusé (métastaser) de leurs localisations primitives a tout l'organisme. (CIRADP.et ALL, 1997, p1033).

Cancer du sein :

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

Le cancer du sein relève d'une nomenclature génétique qui fait référence a tout un ensemble de prolifération néoplasique de glande mammaire qui diffère tant du point de vue historique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. Le terme de cancer du sein ne désigne que les tumeurs malignes, potentiellement agressive, du sein que le terme de tumeur de sein désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes. (marinapuddu et jean tafforteau, 2005, pp1.268).

Anxiété :

L'anxiété est la menace et la perception d'un danger physique ou psychologique, elle se caractérise par un déséquilibre entre la demande environnementale et la capacité d'emmètre une repense approprier (Martens, 1977, p8).

Les raisons du choix et l'objectif de recherche :

On a choisi de cibler plus précisément dans le cas des femmes atteinte d'un cancer du sein .ce choix est dérive de nos inspirations qui portent sur sa fréquence dans l'actualité et surtout son impact sur l'état psychologique des femmes atteintes qui sont soumis a un processus mortifère et qui vient entrainer un désinvestissement socio-familiale et environnementale.

Nous avons s'intéressons aux conséquences liés au cancer du sein beaucoup plus qu'a ses causes dont l'objectif est de comprendre la différence entre les manifestations d'angoisse chez la femme atteinte le cancer du sein et détermine le degré d'anxiété et les éléments qui favorisent l'angoisse chez elles.

Chapitre II :
Cancer du sein

Aspect médical

Aspect médical de cancer du sein :

Préambule:

Le cancer que l'on présente bien souvent comme la première cause de mortalité chez les personnes jeunes et active demeure profondément lié à la représentation de la mort. Pourtant, cette réalité qui reste comme le « noyau central » du cancer ne doit pas faire oublier qu'il existe une multitude de cancers et en conséquence, de multiples issues. Ainsi, il convient de préciser que le cancer est aussi une maladie avec laquelle il est possible de vivre au quotidien, pendant des années, voire des dizaines d'années.

C'est pourquoi nous souhaitons introduire cette partie théorique en apportant quelques informations sur la maladie cancéreuse, puis nous présenterons les répercussions de la maladie cancéreuse du sein sur la qualité de vie.

1- Définition de Cancer du sein :

Un cancer correspond à la multiplication anarchique de cellules anormales incriminant des mécanismes très nombreux. Dans un premier temps, il y a modification de l'ADN d'une cellule (son capital génétique) à la suite de l'exposition répétée à un facteur carcinogène, ou en présence d'une mutation congénitale (facteur héréditaire). Cette cellule mutée perd ses capacités d'apoptose, ce qui veut dire qu'elle devient immortelle et continue à se multiplier, donnant naissance à de nouvelles cellules malignes. La masse de tissu tumorale augmente et se vascularise grâce à la formation de nouveaux vaisseaux sanguins (angiogènes) qui lui apportent les nutriments et l'oxygène nécessaires à sa croissance. Ces cellules envahissent progressivement les tissus voisins, atteignent les ganglions et se propagent par la circulation sanguine et lymphatique. Lorsque ces cellules anormales migrent et se fixent dans d'autres organes, elles donnent naissance à des métastases. Pour qu'un cancer soit palpable, il doit avoir atteint une taille d'environ 1 cm³ soit près d'un milliard de cellules, ce qui correspond à 10 ans d'évolution pendant lesquels le cancer reste invisible.

2- Classification des tumeurs

2-1. Les cancers in situ :

Aussi appelés états « précancéreux », ce sont des cancers qui se développent dans la lumière des canaux galactophores et des lobules sans franchir la membrane basale et sans envahir le tissu conjonctif. Ils peuvent donc être intracanalaires avec une évolution inéluctable vers l'invasion, ou intra lobulaires, avec un risque d'évolution vers un cancer invasif dans 35% des cas.

2-2. Les cancers Infiltrants ou invasifs :

Ce sont des cancers dont les cellules tumorales ont envahi le tissu conjonctif et peuvent donner des métastases. Dans 75% des cas, il s'agit d'une forme commune (carcinome canalaire infiltrant), mais il peut y avoir d'autres formes plus rares (le carcinome lobulaire infiltrant, le carcinome mucineux, papillaire, médullaire, tubuleux...).

Dans le cas des cancers infiltrants, les métastases peuvent être locorégionales ou générales. Dans le premier cas, elles atteignent les ganglions (N) axillaires, la chaîne mammaire interne et sus claviculaires (cancers centraux et internes). La présence de ganglions démontre que les cellules malignes ont emprunté les vaisseaux lymphatiques qui drainent le sein. C'est la chaîne axillaire (aisselle) contenant environ 80 ganglions lymphatiques exposés au risque métastatique qui est colonisée en premier par les cellules cancéreuses, de bas en haut, puis la chaîne mammaire interne. Dans le second cas, les métastases sont situées à distance du sein en empruntant la voie lymphatique et / ou veineuse et peuvent se disséminer au niveau des os, de la plèvre, des poumons, du foie et du cerveau.

2-3. Autres tumeurs malignes non épithéliales :

Il peut s'agir d'un sarcome, dont le pronostic est mauvais, ou d'un lymphome. (loriot.y, mardant. p,2002)

3-Les facteurs de risques

On ne connaît pas les causes du développement du cancer du sein qui peut être dû à différents facteurs :

3-1-L'âge.

Le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge. Il reste rare avant 40 ans mais demeure beaucoup plus fréquent entre 60 et 65 ans. Le facteur âge représente le risque le plus important car on constate qu'après 40 ans le risque de développer un cancer du sein se multiplie par une fois et demie tous les dix ans. (Florian SCOTTE, et all, 2002, P179)

3-2-Les caractéristiques individuelles.

Le risque est plus important chez les femmes qui ont eu des règles précoces et une ménopause tardive. Il est élevé également chez celles qui n'ont pas eu de grossesse ou une

première grossesse après 40 ans, ou encore qui ont pris un traitement substitutif à la ménopause pendant plus de 10 ans. Ce risque augmente aussi avec la consommation excessive de sucres, de graisses animales et d'alcool. (Florian SCOTTE, et all, p179)

3-3- Les antécédents familiaux.

Quelques cancers du sein sont liés au fait que plusieurs femmes de la même famille ont été ou sont atteintes par cette même maladie surtout si elles avaient à l'époque moins de 40 ans. Un cancer du sein est également plus susceptible de se développer chez une femme dont plusieurs membres d'une même famille ont souffert d'un cancer du côlon ou des ovaires. Le facteur génétique n'est lié qu'à 5% des cancers du sein. (Henrik THORLACIUS, 1995, P346)

4- Les symptômes du cancer du sein:

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ, nodule plus ou moins profond, dur, habituellement non douloureux. Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- une fossette ou une ride creusant la surface du sein, un aspect de «peau d'orange»,
- une déformation du mamelon le rétractant vers l'intérieur,
- un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,
- un écoulement du mamelon, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation d'un de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires nécessaires.

5- Le diagnostic:

5-1 La mammographie est l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure, mammaire. Elle est indiquée devant toute anomalie clinique. Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes liquides. Les techniques ont largement progressé et les doses d'irradiation délivrées lors d'un examen sont minimales. Plusieurs clichés sont réalisés, avec un éventuel grossissement de la zone suspecte. (benzidane.N,2004,P80)

5-2 L'échographie est complémentaire, mais ne peut jamais remplacer la mammographie. Elle peut aider à localiser l'anomalie pour faciliter un prélèvement, ou à reconnaître un kyste liquidien.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste, une ponction à l'aiguille fine peut permettre d'en vider le contenu et assurer ainsi sa régression. Il s'agit d'un geste simple, non douloureux, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. Si le nodule perçu est solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope. Il s'agit d'un cytodiagnostic.

Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne, il est nécessaire d'envisager un prélèvement par cytobiopsie, le plus souvent par une grosse aiguille (trocart). Ces prélèvements peuvent être réalisés sous anesthésie locale, sans hospitalisation.

Les techniques de prélèvement à visée diagnostique d'une tumeur se sont perfectionnées avec les prélèvements par mammothome : biopsies dirigées et réalisées par aspiration.

Quelquefois, devant une petite tumeur solide, l'ablation chirurgicale s'impose, au cours de laquelle un examen histologique (microscopique) sera réalisé pour établir le diagnostic. (lansac.j,lecomte.p,255)

6- Les traitements :

Pour traiter le cancer du sein, on fait essentiellement appel à des traitements loco-régionaux : chirurgie et radiothérapie. D'autres traitements dits généraux viennent parfois les compléter : ce sont les thérapeutiques anti-hormonales, les chimiothérapies et les traitements ciblés.

Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Il n'existe pas un cancer du sein mais des cancers du sein.

Les facteurs pronostiques sont :

Cliniques : âge de la patiente, taille et localisation de la tumeur, état inflammatoire;

Histologiques : taille de la tumeur, aspect et agressivité des cellules (appréciés par le grade), état des ganglions ;

Biologiques : présence de récepteurs hormonaux, qui sont aussi des facteurs prédictifs de la réponse au traitement hormonal et récepteur HER2 qui est également un facteur prédictif de réponse à certaines thérapeutiques.

6-1- Les traitements loco-régionaux

6-1-1 La chirurgie

Elle reste l'acte principal. Dans un grand nombre de cas, l'ablation du sein (mastectomie) peut être évitée et on enlève alors largement la tumeur en gardant le reste de la glande mammaire.

Mais il est des cas où l'ablation du sein est nécessaire : il peut s'agir d'une tumeur trop volumineuse pour être retirée en conservant le sein, de tumeurs multiples ou encore d'un cancer ayant déjà diffusé à l'intérieur des petits canaux intra mammaires.

L'ablation du sein est devenue beaucoup moins mutilante car elle conserve les muscles pectoraux. Elle pourra être suivie, soit dans le même temps opératoire, soit le plus souvent de façon retardée, par une reconstruction. Cette reconstruction doit faire l'objet d'un échange approfondi avec la patiente qui en prendra, ou non, la décision. Dans tous les cas, un prélèvement sera réalisé au niveau des ganglions de l'aisselle (exploration ganglionnaire axillaire) pour permettre d'apprécier si la tumeur est strictement limitée à la glande mammaire ou si, au contraire, ce cancer a commencé à essaimer.

Le curage axillaire n'est pas dépourvu d'inconvénients postopératoires. Il entraîne fréquemment des problèmes de drainage lymphatique du bras du côté opéré, se traduisant par un gros bras.

Dans certaines conditions (petite tumeur, absence de ganglion palpable), on peut limiter cette complication et ses conséquences en utilisant la technique du ganglion sentinelle. Le chirurgien repère le premier ganglion lymphatique qui draine la région de la tumeur (ganglion sentinelle) par un 11 examen préalable (marquage par colorant ou corps faiblement radioactif) et procède à l'ablation de ce seul ganglion. Si l'examen histologique trouve des cellules cancéreuses dans ce ganglion, un curage ganglionnaire axillaire sera pratiqué. Si au contraire ce ganglion est indemne de cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas nécessaire.

La nécessité de la mastectomie n'est pas forcément en relation avec la gravité de la maladie mais le plus souvent avec la situation du cancer, son type histologique ou son étendue dans les différents canaux galactophores*. Si la lésion n'a pas traversé la paroi de ces canaux et n'a donc pas envahi les autres tissus, on parle de cancer «in situ».

6-1-2 La radiothérapie :

C'est un traitement loco-régional utilisant les rayons à haute énergie pour détruire les cellules tumorales et les empêcher de se multiplier. On distingue deux types de radiothérapie : La radiothérapie externe par un accélérateur linéaire générateur de rayons pour détruire les cellules à travers la peau.

La curiethérapie utilisant des sources radioactives placées dans la tumeur et à son voisinage pour des tumeurs accessibles et de petit volume. La radiothérapie est appliquée généralement après la chirurgie pour détruire d'éventuelles cellules tumorales résiduelles et pour diminuer le risque de récurrence locale. Une nouvelle technique, en cours d'évaluation, consiste à pratiquer une irradiation tumorale unique en cours d'intervention, évitant ainsi les séquences de radiothérapie après chirurgie.

6- 2 Les traitements généraux

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

Dans certains cas, ils peuvent être utilisés en première intention pour réduire le volume tumoral permettant éventuellement de conserver le sein :

On parle alors de traitements néo-adjuvants.

6-2-1 L'hormonothérapie

Elle est indiquée si le cancer du sein est hormonodépendant, c'est-à-dire que les cellules tumorales sont stimulées par les œstrogènes.

Cette action est vérifiée par l'analyse histochimique des cellules cancéreuses qui révèle des récepteurs hormonaux.

Plusieurs méthodes d'hormonothérapie sont possibles :

A- Soit par un médicament anti-œstrogène

Bloquant les récepteurs aux œstrogènes sur les cellules tumorales ;

B- Soit par un médicament diminuant la synthèse des œstrogènes,

- en post ménopause : traitement par anti-aromatase ;

- en pré ménopause : suppression de la production d'œstrogènes des ovaires soit par ablation chirurgicale sous coelioscopie ou par radiothérapie, soit actuellement et le plus souvent par traitement chimique (agoniste de LH-RH).

6- 2- 2 La chimiothérapie

Elle est maintenant largement proposée aux malades car elle réduit les risques de rechute et la mortalité.

Les principaux médicaments utilisés sont :

A- **Les agents intercalants** (anthracyclines et anthracénodiones) obtenus à partir de souches de micro-organismes de type streptomyces. Ils nécessitent une surveillance de la fonction cardiaque en raison du risque de toxicité, si les doses cumulées ne correspondent pas à celles prescrites. Ils agissent en s'intercalant

entre les bases de la chaîne d'ADN des noyaux des cellules tumorales en provoquant des coupures irréparables de cet ADN ;

B- Les poisons du fuseau (vinca-alcaloïdes et taxanes issues de l'If) bloquent la division Cellulaire en agissant sur le cytosquelette du noyau ;

C- Les alkylants (moutardes azotées, organoplatines, nitroso-urées...) entraînent l'avortement de la division cellulaire ;

D - Les antimétabolites (5-Fluorouracile, antagonistes puriques ou foliques) inhibent la synthèse des bases nécessaires à l'ADN.

Plusieurs médicaments sont associés le plus souvent pour augmenter l'efficacité du traitement et selon des protocoles de prescription rigoureux et validés.

La chimiothérapie est administrée en injections une ou deux fois par mois pendant une moyenne de six mois. Son but est de détruire des cellules cancéreuses. Ses inconvénients (notamment fatigue, nausées, chute temporaire des cheveux, qui repoussent après l'arrêt du traitement), dépendent de la nature des produits utilisés.

Tous les médicaments utilisés ne provoquent pas de chute des cheveux et il faut savoir que les effets secondaires tels que nausées ou vomissements sont de mieux en mieux maîtrisés par des antiémétiques modernes (les stérons et très récemment, les antiNK1).

Grâce à la recherche pharmaceutique, d'autres produits apparaissent et font aussitôt l'objet d'études cliniques. Les progrès sont ainsi permanents sans pour autant être toujours spectaculaires d'une année sur l'autre.(daly.N,schveitzer,2002)

6-3- Les traitements ciblés

6-3-1 Traitement du récepteur HER2

Certains cancers du sein (1 sur 5 environ) sont plus agressifs, car les cellules de la tumeur ont à leur surface des récepteurs dénommés HER2. Ceux-ci agissent comme des interrupteurs régulant le caractère harmonieux de la croissance et de la division cellulaire. Par contre, si ces récepteurs sont en nombre trop important, la croissance cellulaire est perturbée et l'évolution de la maladie est aggravée (rechutes plus rapides, survenue de métastases et résistance aux traitements conventionnels).

La recherche de ces récepteurs HER2 est effectuée par le médecin anatomopathologiste sur le tissu tumoral prélevé lors du premier examen histologique ou sur les récidives.

On dispose aujourd'hui de deux traitements ciblés sur ce récepteur HER2 : le trastuzumab et le lapatinib, qui sont capables de bloquer les récepteurs HER2. Ces traitements

sont le plus souvent associés à une chimiothérapie conventionnelle et ont permis d'améliorer de façon importante le pronostic de ces formes de cancer.

6-3- 4- Les traitements anti-angiogéniques

La cellule tumorale secrète des facteurs stimulant la vascularisation de la tumeur et favorisant ainsi sa croissance. Le facteur principal est dénommé VEGF (Vascular Epithelial Growth Factor). Un médicament peut bloquer ce facteur et ainsi inhiber la vascularisation de la tumeur : il s'agit du Bevacizumab.

Des études récentes ont montré l'intérêt d'associer ce médicament à des chimiothérapies à base de taxanes.

Conclusion :

Pour conclure, on peut dire que le cancer du sein est une pathologie vraiment importante qui doit être prise en charge d'une manière suffisante par le renforcement des centres spécialisés à cette maladie et l'application de plan thérapeutique aussi dans l'Algérie que dans les autres pays .

Aspect psychologique

Aspect psychologique sur le cancer

Préambule :

L'importance des interactions entre la douleur, d'une part, et les émotions normales et pathologiques de l'autre part ne peuvent pas être surestimées. Alors, le climat émotionnel semblerait donc jouer un rôle non négligeable dans le cancer du sein

1-L'annonce de diagnostique et le traitement chez les femmes atteinte le cancer du sein :

Le choc lié au diagnostique et le déroulement des différents traitements vont ainsi renvoyer la femme à sa situation de malade et de la confronté à la peur de la mort, de plus, cette situation de passivité engendrée par le cancer de la maladie et de ces traitements vas susciter bien souvent un retour sur soi, un retour à l'histoire personnelles et familiale, une tendance à l'isolement. Mais le cancer renvoie également aux deuils non faits et aux pertes traumatiques. C'est dans ce même mouvement que la patiente s'interroge sur les origines de son cancer et sur sa signification. « il est apparu un an après la mort de ma mère » .il est apparu là où j'ai eu un abcès quand je n'arrivais pas à allaiter mon fils » .sont des phrases que l'on entend en consultation et qui illustrent les tentatives de certaines patientes pour mettre du sens à l'intérieur de ce chaos. Chaos qui entre en résonance avec des baliseurs antérieurs, des conflits familiaux non résolus, des pertes et des deuils qui ont jalonné l'existence. Les angoisses archaïques affleurant sous la forme de rêves, ou d'autres formations imaginaires, mais aussi dans les actes et les comportements sous la forme de trouble de l'humeur. Ainsi une patiente justifiera son agressivité à l'égard des infirmiers, comme du cancérologue, en rapportant qu'elle a vécu l'annonce de son cancer dans le brouillard, figée sans pensée, puis qu'elle a ressenti l'équipe soignante comme l'image d'une instruction persécutrice dans son corps. et sont esprit ([http : www.europadonna.fr](http://www.europadonna.fr))

2-Réaction familiale :

les maladies cancéreuses affectent non seulement l'individu qui en est atteint mais aussi les membres de la famille. une famille et en effet le lieu de relations affectives les plus proches et l'apparition ou la présence d'une maladie chronique. la situation générée par l'affection cancéreuse comporte une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation familiales. il s'agit de crises associées aux premiers

symptômes ,au diagnostic ,au traitements, au retour a domicile, la phase terminale et au décès .il est fréquents d'observer dans l famille un bouleversement tant au niveau émotionnelle qu'au niveau fonctionnel dans la suites du diagnostic d'une affection cancéreuse (Darius rasavi,Nicole Delvaux ,p115)

A-Phase de diagnostic et de traitement :

Cette phase comprend les premier symptômes, les différents examens médicaux, l'annonce du diagnostique de l'affection et des perspectives de traitement, et les traitements eux-mêmes.les caractéristiques de cette phase est d'être souvent longue et de nécessiter des allés-retours vers l'hôpital, voir l hospitalisation. Celle-ci entraine pour la famille du bouleversement ou niveau émotionnel.

Tout d'abord, le diagnostic de cancer précipite la famille dans une crise émotionnelle aigue. Cette crise est principalement déclenchée par la mense de perdre un proche et la remise en question des fantasmes d immortalités du patient et de sa famille ; cette situation induit des sentiments de peurs, impuissance et de culpabilité (northouse et coll ; 1987 ; northouse, 1988 ; Giacquinta1979 ; Snyder, 1986)

La plus pat des familles arrivent à faire face au diagnostic de cancer malgré la souffrance engendrée. Cependant, divers études témoignent dune détresse psychologique et d'un dysfonctionnement psychosocial significatif chez un tiers des patients cancéreux adulte, leur conjoints et leurs enfants (Maguire ,1981 ;nothouse et coll,1987).

La famille est source de soutien pour le patient mais celle-ci états elle-même perturbé par ce stress le bien être psychologique du patient peut en être effectué une étude portant sur661 femmes traitées par mastectomie pour un cancer du sein analyse les liens entre la perception d'un soutien familial et le bien être psychologique de patient (bloom, 1996)

B-Phase de rémission et de guérison :

La phase de rémission comprend une phase de réhabilitions et peut être assimilé, lorsqu'elle se prolonge, a une guérison.les difficultés familiales associer a cette phase sont notamment : la recherche d'une satisfaction des besoins individuelles, l adaptation au changement de rôles et de mode de vie (northouse, 1984)

Par ailleurs, le retour a la vie normale signifie une reprise des rôles et de mode de vie antérieur .des désaccords entre membre de la famille concernant la réorganisation du

fonctionnement familiale peuvent se manifester et créer des conflits importants .un déséquilibre dans l'attribution des rôles peut être maintenu lorsque le patient se trouve psychologiquement et physiquement incapable de reprendre ces activités.la période de rémission et de guérison constitue un temps d'accalmie après la crise. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux. le moindre dysfonctionnement ou symptôme physique lui fait craindre une rechute de son affection.la famille reste aussi anxieuse bien qu'elle semble contrôler ses sentiments, invitant le patient à tourner la page (schweicher, 1987)

C-Phase préterminale et terminale :

Dans ces phases les traitements proposés ne peuvent plus prétendre un visé curatif. Il limitent à pallier aux effets physique et psychologique consécutifs à l'évolution de la maladie .cette période est marquée par une dépendance accrue de patient à l'égard de son entourage .en effet, l'autonomie du patient est de plus compromise car il ne peut plus accomplir les actes le plus anodins de la vie courante l'intégrité familiale est menacée les modes de vie sont à nouveau bouleversés .les principaux problèmes rencontrés par les membres de la famille lors de cette phase sont :la communication à propos de la mort ,les physiques et affectifs , et les sentiments de séparation et de perte (nothouse,1984)

Chez les enfants également, une nette diminution de l'anxiété a pu être notée quand ils étaient informés de l'évolution de la maladie terminale à leurs parents (Rosenheim et coll.1985, p26)

3- la qualité de vie des patients cancéreux :

La qualité de vie a fait son apparition dans la pratique clinique, l'évaluation de cette dernière a fait de plus en plus souvent partie des paramètres étudiés dans les essais cliniques (Eckhard, 2006)

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

La qualité de vie pourrait comprendre aussi le niveau de revenu, que les habitudes de vie, les styles de vie ,les index de santé.il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de

facteurs psychologiques, liés à la santé sociaux, environnementaux, économique...etc. dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et psychique. De nombreuses études montrant que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive à leur vie. Ainsi le fait de vivre une expérience négative peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il évalue sa qualité de vie (FISHER.200)

4-Evaluation psychologiques des patients cancéreux :

Un patient cancéreux connaît différentes phases d'adaptation psychologique face à sa maladie, celle-ci s'annonce parfois par des symptômes, ou est découverte fortuitement. Le malade doit alors faire face au diagnostic de cancer, puis aux traitements, plus ou moins agressifs, avec leurs effets secondaires souvent pénibles il connaît ensuite une rémission

Dans la plus part des cas, les séquelles de maladie et des traitements empêchent d'espérer, ce qui rend la notion de guérison délicate à manier. Deux évolutions sont alors possibles le patient peut rechuter, avec le désespoir, l'angoisse que cela entraîne, et aller vers la phase préterminale et terminale de la maladie ; il peut aussi devenir ce que certains auteurs nomment un survivant ce statut ne va pas non plus sans problèmes le sevrage du système médical, la nécessité de reprendre progressivement une vie active et renoncer au soutien actif des proches sont autant de difficultés à surmonter (André HAYNAL, et al, 1997, p193)

5-Troubles émotionnelle :

Dans ce parcours, chaque patient est susceptible de connaître des phases plus ou moins difficiles. Chez 50% des patients, il s'agit de véritables troubles psychiatriques, de durée et d'intensité véritable. Selon Massi et Halland 30% des patients connaissent des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et ou anxieuse. Tandis que les 20% restants développent des troubles dépressifs, anxieux ou organiques. Aussi les patients cancéreux souffrent de divers troubles ou problèmes relativement spécifiques, tel que, perte du sentiment d'immortalité, recherche incessante des « origines » personnelles du cancer (pourquoi moi ?)

Perturbation de l'image de soi (image corporelle en particulier) en raison des atteintes de la maladie et des effets de traitement (mastectomie, colectomie, exérèses, faciales...etc.) troubles sexuels (diminution ou disparition du désir) et de la fertilité. (André HAYAL et al, 1997, p194)

6-Image de soi et sexualité chez les femmes atteinte d'un cancer du sein :

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

Les affections cancéreuses des seins nécessitent une mutilation entraînent d'important problèmes psychologiques qui peuvent persister pendant des années. Ainsi, une étude a mis en évidence que 33% des femmes actives sexuellement présentant un cancer du sein et une mastectomie rapportent une détérioration ou un évitement de leurs relations sexuelles après la chirurgie, et ce comparé à 80% d'un groupe de femmes traitées pour une affection bénigne du sein. Cette différence se trouve également dans une autre étude un an après la chirurgie. Celle-ci se réduirait cependant progressivement ; ensuite, la proportion des problèmes sexuels deviendrait plus comparable entre les deux groupes de patients considérées ici deux ans après la mastectomie.

Par ailleurs, 18% des femmes mastectomies rapportent ne pas être satisfaites des séquelles cicatricielles et 24% des prothèses qui leur sont proposées. Des comportements d'évitement tels que par exemple ne plus se regarder dans un miroir et se déshabiller dans le noir sont fréquents. Ainsi 9% des patients rapportent éviter totalement de regarder leur cicatrice et 16% tentent de le faire. Elles rapportent se sentir réduites sur le plan des choix vestimentaires et ne plus pouvoir regarder de façon neutre les images attractives des magazines ou leurs amies pénible, voir bouleversant. Seules quelques malades très passives se réfugient dans une dépendance aveugle et préfèrent ne rien savoir. Au réveil, la perte appréhendée reste à vivre. Toutes ces femmes craignent de voir la cicatrice quelques-unes s'y refusent désirent en prendre connaissance petit à petit à la maison.

Les séquelles de la mastectomie dépendent de l'étendue de l'intervention. Après l'opération les longs traitements ambulatoires (radiothérapie, chimiothérapie, physiothérapie), soulignent à la fois la dépendance médicale, le handicap et la menace de récurrence. On assiste pendant cette période à des mécanismes dépressifs, mais surtout à des problèmes qui ont été abordés dans le chapitre sur les maladies invalidantes : deuil à faire, réadaptation, difficulté d'intégrité du corps amputé (A. HAYANAL, WARCHINADR, 1997)

7-Adaptation psychologique de la femme atteinte de cancer du sein et de son entourage :

Le travail d'adaptation psychologique a pour but de prévenir au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. Dans une étude prospective cherchant à repérer des facteurs de risques de détresse psychologique et psychosociale dans un groupe de femmes de tous les âges traitées pour cancer du sein, les auteurs ont formulé l'hypothèse de certains facteurs de risque et ont défini, au début de la prise en charge, deux groupes l'un à risque, l'autre non. Le caractère «à risque» est fondé sur la mauvaise qualité du coping antérieurs. Cela accroît l'importance d'interroger les patientes sur leurs vécus subjectifs, et d'adopter une logique de prévention en fonction des facteurs de risque préexistants. L'adaptation de la patiente apparaît donc dépendre de facteurs médicaux, des facteurs psychologiques dont la richesse d'information et de partenariats étant peut-être la plus favorable en termes de démentions de détresse psychologique ; elle dépend également des facteurs psychosociaux, dans ce domaine la bonne apparaît plus liée au soutien social perçu qu'à la taille objective du réseau social. L'adaptation des conjoints dépend elle aussi de la disponibilité de leur entourage, des charges liées aux enfants, et de la douleur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse (S.DAUCHY, P.ROUBY, 2006, p11).

8-Prise en charge psychologique des patients cancéreux :

Lorsqu'un patient cancéreux développe un état psychologique (dépressif, anxieux, ou organique), il doit bénéficier du traitement habituel pour ce trouble. L'approche psychopharmacologique (BRITBART et HOLLAND, 1993) et psychothérapeutique gagne à être centrée sur les symptômes, et à valoriser les ressources adaptatives du patient.

Mais tout patient cancéreux devrait pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique, s'il le souhaite, afin de pouvoir mobiliser au mieux ces capacités personnelles d'adaptation face à la maladie. Des interventions de groupe ont été développées avec succès ces dernières années, offrant aux patients de l'information, du soutien, la possibilité de développer des compétences particulières (« coping skills training »), ou des effets psychothérapeutiques de différents types (Cunningham et Edmonds, 1996) basés sur la résolution de problèmes, l'information, l'expression des émotions et le soutien psychologique ; dans les deux cas (cancer du sein métastatique et mélanome, respectivement), les patients ont connu une survie moyenne significativement plus longue que les sujets contrôles. Ces travaux sont en voie de

réplication dans plusieurs centres. si leurs résultats devaient être confirmés, ils modifieraient considérablement notre conception du rôle des facteurs psychologiques dans l'évolution du cancer. (A. HAYNA, W. ARCHINARD).

Conclusion :

La bonne connaissance des particularités du retentissement psychologique du cancer du sein chez la femme devrait inciter les cliniciens à interroger les patients sur leur vécu psychologique, à proposer précocement une aide psychologique et à être vigilants lors des phases actives du traitement, mais également à rester présent lorsque la femme est confrontée à la reprise d'enjeux identitaires pour elle comme la maternité, la reprise de sexualité et la fécondité.

Chapitre IV :

***Démarche de la recherche et
la population d'étude***

Chapitre IV : la démarche de la recherche et population d'étude

Préambule :

Toute démarche scientifique est basée sur une méthodologie qui nous sert d'un cadre qui permet de guider et de cerner mieux notre thème de recherche comme M. Angers (1994) la définit « un ensemble de méthodes et des techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (M. Angers, p 58), donc ce chapitre est consacré à la présentation de différentes étapes suivies pour l'élaboration de notre travail

1-Démarche de recherche et population d'étude

1-1- la pré- enquête :

On a effectué notre pré-enquête au niveau de CHU de Bejaia qui se trouve à Smina

Le but de cette pré- enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction de hypothèses et de guide d'entretien, et la condition d'étude, ainsi que la possibilité d'obtenir le consentement des patientes cancéreuses pour participer à notre recherche.

1-2- la méthode clinique

Dans notre recherche nous avons opté pour une démarche clinique, cette dernière utilise généralement l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, les jeux, l'observation pour développer l'étude de cas. L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative, d'analyse perceptivo-cognitive.....etc.

❖ L'étude de cas

L'étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ces problèmes mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Huber, 1993). Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers en référence à son histoire, et ce indépendamment des aspects de diagnostic. celui-ci

Chapitre IV : la démarche de la recherche et population d'étude

favorise le contact affectif ,l'expression émotionnelle ,la clarification de la demande et du problème ,l'émergence de relation être le faits, les événements de passe et présentetc. l'étude de cas enrichit la connaissance en science humains dans la mesure ou elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'ou la nécessité d envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentaire ,rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur.(K.Chahraoui et H.Bénony,2003 p 11 – p 12)

l'étude de cas fait parti des méthodes descriptives et historiques .elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d' individus .l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence .c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues come S.Freud ou P. Janet pour décrire les névrosés et illustrer des hypothèse théoriques .elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution .

l'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche est qu' elle permet rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différents dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives...etc.)

Permet aussi d élaborer des hypothèses pertinentes et majeurs dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux (ibid., p125-p127)

1-3-Le lieu de stage

Le CHU de Bejaia a installé, en date du 01 /12 /2010, une cellule d'accueil, d'orientation et de prise de rendez-vous pour malades atteints de cancer, suivant la circulaire N°04 (Emanant) du ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalier (MSPRH).

Les démarches suivies

1-L'orientation et la prise de rendez-vous pour les malades dans les différents services savoir :

- Chimiothérapie
- Radiothérapie

Chapitre IV : la démarche de la recherche et population d'étude

- Chirurgie

2-Mise en place d'un dispositif en collaboration avec l'hospitalisation à domicile, de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur .Ainsi que la prise en charge médicale et psychologique des malades dans les différents services hospitaliers.

2-Présentation de la population d'étude et caractéristique de choix

- La sélection de notre population d'étude :

Toutes les cas sont des femmes adultes leurs âge est entre (37-57) car à

Cet âge que les femmes sont plus sensible à avoir un cancer du sein à cause de plusieurs facteurs qui renforcent beaucoup ce risque.

Critères de la population d'étude :

- Toutes les femmes sont à l'âge adulte.
- Les femmes ont subits une tumeur du sein.
- Toutes les femmes sont sous le traitement de la chimiothérapie.

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

| Sujet | Age | situation familiale | Niveau d'instruction | Situation professionnel |
|----------|--------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Zolikhha | 48ans | Marié | Primaire | Femme au foyer |
| Nacira | 53ans | Marié | Primaire | Ne travail pas |
| Fatiha | 50 ans | divorcé | Moyenne | Femme de ménage |
| Nouria | 37 ans | Marié | Universitaire | Juriste a la pici |
| Horia | 57 ans | Marié | secondaire | Femme au foyer |
| Samia | 41 ans | celibataire | Na pas entré au l'ecole | Ne travail pas |

Chapitre V :
Les techniques utilisées et
leurs analyses

Chapitre V :
Les techniques utilisées et
leurs analyses

Chapitre V : Les techniques utilisées et leur analyse

1-les techniques utilisées

Nous avons opté pour une approche intégrative (cognitive-comportementales) car l'étude que nous avons menée a été axée sur entretien clinique semi- directif et l'échelle de l'évaluation de l'anxiété d'Hamilton .

le choix de l'entretien semi- directif est du au fait qui il a la avantage non seulement de nous permettre de collecter les donner concernant notre thème de recherche et cela en mettant en avant nos hypothèses suivant un cadre et une trame préparée a l'avance ,mais aussi il donne une liberté d'expression au sujet tout en l'orientant dans cette voie .

Le choix de l'échelle d'Hamilton repend a nos objectifs de recherche, car elle permet d'évalué er de mesurer le niveaux d'anxiétés.

1-1-l'entretien clinique

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

L'entretient permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principale (étude d'actions passées, de savoir sociaux, des systèmes de valeurs et normes.etc). ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implicitation) (K.Chahraoui et H.Bénony, 1999, p64).

Comme dans l'entretient clinique a visée diagnostique ou thérapeutique, on retrouve dans l'entretien de la recherche les même distinctions e : l'entretien non directif et l'entretien directif et l'entretien semi-directif, ce dernier qui constitue notre choix pour effectuer notre recherche

- **l entretien semi directif :**

L'entretien semi directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées a l'avance mais non formulée d'avance ce guide constitué une trame a partir de laquelle le sujet déroule sont récit (Hervé BNOUNY, 1999, p11).

- **l'attitude du clinicien**

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à l'hypothèse et il intervient dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient (K.Chahraoui et H.Bénony, 1999, p62).

- **le guide d'entretien**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, selon A.Blanchet (1992) ; il s'agit « d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité et d'intervention de l'interviewé » (K.Chahraoui et H.Bénony, 1999, p68).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance celui-ci sera nécessairement indiquée pour tout le sujet : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comporte aussi les axes thérapeutiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thèmes abordés que le chercheur connaît bien (ibid., p69).

Le guide d'entretien qu'on a élaboré est constitué de quatre axes.

1-2- l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété

❖ Historique et présentation

La HAMA a été présentée par Hamilton en (1959), comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. Elle a été traduite en français par P.Pichot. Enfin en (1982), Snaith et Coll, en ont dérivé une échelle de six items "Clinical anxiety Scale" qui est considérée comme supérieure à la HAMA.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton (HAMA) qui est la plus ancienne, la plus classique et l'une des plus fréquemment utilisées, elle est plus sensible aux changements mais elle contient un certain nombre d'items somatiques limitant son utilisation en cas de mesure de l'anxiété chez les patients atteints d'une pathologie physique (F.Radat, 1998, p75).

Il s'agit de l'échelle d Hamilton (1959) pour l'anxiété en 14 items dans un score global et deux sous scores (anxiété psychique et anxiété somatique) les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. (C M .Sarron L.Vera, 2004, p33).

L'analyse de l'échelle de l'anxiété d Hamilton

Le HAMA comporte 14 items :

- 1 humeur anxieuse
- 2 tensions
- 3 peurs
- 4 insomnies
- 5 fonctions intellectuelles
- 6 humeurs dépressives
- 7 symptômes somatiques généraux musculaires
- 8 symptômes somatiques généraux sensoriels
- 9 symptômes cardiovasculaires
- 10 symptômes respiratoires
- 11 symptômes gastro-intestinaux
- 12 symptômes génito-urinaires
- 13 symptômes de système nerveux autonome
- 14 comportement lors de l'entretien qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler ou sein d'une échelle spécifique

Les items ne sont pas a proprement parler, définis, mais a chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés a titre d'exemples et aboutissant a leur définition

par extension.ils sont évalué a laide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'a l'intensité invalidante .

Mode de passation

Elle comporte 14 items que vas coter un évaluateur après un entretien classique d' après P.Pichot

- La note 0 correspond à l'absence de manifestation de symptômes
- La note 1 correspond à la manifestation des symptômes d'intensité légère
- La note 2 correspond à la manifestation des symptômes moyens
- La note 3 correspond à la manifestation de symptômes d'intensité forte
- La note 4 correspond à des symptômes d'intensité extrême, véritablement invalidante

La note 4 ne doit pas être attribué qu'exceptionnellement à des malades ambulatoire .la cotation est déterminés par la symptomatologie actuelle c'est -à- dire, les comportements ou cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum due semaine .

Cotation

La note globale est la somme des notes obtenues a chacun des items.il est possible d'avoir deux notes partielles :une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et d'une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 a 13).

Normes

- < 17 = anxiété=e légère
- De 18a 24 = anxiété a modérée
- De 25 a 30 =anxiété modérée a grave

Et dans les cas on a trouve la somme totale des items dépasse 30 ponts, on était obligé d'faire recours aux normes donné par Beck et Coll , dans le livre de J.Cottraux et M.Bouvard, qui donne interprétation suivante .

- > 30 = anxiété majeure (J.C ottraux et M.Bouvard, 1996, p99).

Intérêts et limites**Intérêts :**

La HAMA est très largement connue et utilisée. Elle permet de comparer des travaux. Il s'agit d'un instrument sensible au changement. Du point de vue sa structure factorielle, celle-ci s'est avérée stable. L'accent mis sur les symptômes somatiques limite son intérêt pour l'échantillon de patient dont l'expressivité anxieuse est surtout somatique, du fait de facteurs ethniques, par exemple

Limite :

Il en existe plusieurs. Il est regrettable que l'échelle n'ait donné lieu à de véritables études de fidélité inter-juges ou cours des séances de traitement. Par ailleurs, dans certains cas, la multiplicité des rubriques proposées pour chaque item malgré la covariation de beaucoup d'entre eux peut compliquer la tâche des investigateurs. C'est d'ailleurs le cas de toutes les échelles ou les items n'ont pas une définition précise et univoque. La présence d'un item dépressif nous paraît nuire à la pureté de l'instrument. L'accent porté sur le symptôme somatique est trop important. Enfin, il s'agit d'une échelle relativement longue ce qui contribue à alourdir certains protocoles (P. Pichot, C.B. Pull, V. Frenchell, R. Pull M.C, 1981, p 189).

Conclusion

Dans ce chapitre intitulé méthodologie on a tenté d'exposer les étapes suivies dans notre recherche tel que : la méthode utilisée , le cadre de la recherche ,la population d'étude, les outils et les étapes de la recherche, ainsi l'analyse des outils utilisés .il s'agit d'une démarche ordonnée afin d'organiser notre travail , on appuyant sur les règles méthodologiques pour répondre à l'objectif de notre recherche et obtenir des résultats qu'on peut analyser et interpréter dans le but de vérifier nos hypothèses émises au début de la recherche.

Chapitre VI :
présentation et analyse des
résultats

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse des entretiens et l'analyse des résultats de l'échelle d'Hamilton pour l'évaluation de l'anxiété obtenus chez nos sets cas.

- **Cas zoulikha**
 - **l'analyse de l'entretien clinique**

Il s'agit de madame zoulikha âgée de 48ans demeurent de Bejaia. Elle est une femme marie de 3 fille. Son niveaux intellectuelle est de 6eme année aucune qualification professionnelle et le niveau sociaux économique est moyenne.

2. Interprétation de l'entretien

A l'entretien madame zoulikha nous a raconte qu'elle atteint d'un cancer du sein. Raconte que sa maladie a été déclarée à l'âge de 25ans.

Elle nous a dit peut de chose sur son enfance, Elle a été bien traité par ces parents.

Elle nous parle de ces filles qui sont fiancées, Elle veut que ces filles vit la belle vie et prépare pour mariage de ces filles.

Analyse de l'entretien

Se premier entretien nous avons échangé peut de parole fut très intense nous nous sentions dans la position assez difficile de celui qui sent la souffrance de l'autre mais qui ne peut rien y faire puisque celui- ci n'est pas prêt a mettre en not son angoisse.

A l'âge de 25 ans Zoulikha sa maladie déclaré, Elle sent des douleurs aux niveaux de son sien, mais elle commence par se dire que se sont des gonflements et la petite du sang aux niveaux de sont sein.

La patiente a toute suite soupçonnée quelque chose qui n'allait pas. Elle se présente sur un médecin spécialiste suit a des analyses sanguin et les radios. Le médecin ont peut diagnostiquer chez elle une tumeur de sein.

Cependant Zoulikha été vécu l'annonce come un véritable choc dont elle n'arrive pas agréé cette nouvelle situation suit l'annonce.

La patiente semble avoir été vécue l'annonce d'une façon traumatique au début elle n'a pas accepté sa maladie, notre patiente éprouve une sensation de déprissions qui est associer a la dégradation de son corps.

Après tout ces événement Zoulikha a commence a présente ses des perturbations sur le plan psychique .Telle que les troubles de sommeil, se qui concerne les effets secondaires qui sont du au traitement comme la chute des cheveux, nausée, des vomissements, perte de poids qui renforce l'angoisse chez elle.

Zoulikha vit sa situation symptomatique avec sa famille, elle nous dit quelle a trouvé le soutien de sa famille surtout de son mari.

La première personne à qui s'est confier c'est son mari, la personne n'a jamais constaté un changement vis-à-vis de son mari.

Zoulikha a été hospitalise a Tizi-Ouzou 27 jours en suite elle a été hospitalise a Amizoure 21jours aussi a cause de la chimio thérapie, aussi a été hospitalisé 2 mois a Blida pour la radiothérapie.

Zoulikha se sent très moche lorsque elle se met face au miroir a cause de se changement physique qui lui engendre un angoisse.

Zoulikha na jamais subit une intervention chirurgicale avant, elle dit **<<au début je n'ai pas accepté ma maladie mais après j'ai habitua)**

Elle nous a dit même quand elle part a la fête se maquiller, elle vit sa vit très normale, âpre quelle accepter sa maladie.

Elle se voit comme les autre, elle se sert pas différentes aux autre .Elle nous a dit quelle rêve de voyagé, d'une voiture .Elle suit sa vit très normale comme tout les autres.

Zoulikha a eu un suivi psychiatrique avant de la découverte de sa maladie, elle a après des anxiolytique, après sa suit elle a découvrit sa maladie.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .Madame Zoulikha a obtenu 31 points pour le totale d'anxiété. Dont 14 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude ,attente du pire, appréhension et irritabilité).qui se suit d'une (sensation de tension ,incapacité a se détendre),ce concert la peur : (du noir, des gens inconnue ,d'être abandonné ,seul) l'insomnie (difficulté endormissement ,sommeil non satisfaisant avec fatigue a réveil)fonction intellectuelle (mauvais mémoire et difficulté de concentration) et humeur dépressive (perte des intérêt ,déprissions , variation de l'humeur dans la journée , et quelque comportement lors de l'entretien (pâleur faciale)

Et 17 point pour l'anxiété somatique se qui manifeste par symptôme somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). symptôme cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine , sensation de picotement .(tachycardie, palpitation ,pond sur la poitrine . sensation d'étouffement ,nausée, vomissement ,perte de poids ,constipation ,aménorrhée , bouche sèche, vertige et pâleur) ce qui la classe dans anxiété élève .

Conclusion

L'apparition de la maladie du cancer du sein retrace un chemin qui conduit a des éléments consécutif qui sont vécu par la patiente. Elle représente des inquiétudes et des angoisses. Tel que sensation de la récidence la chirurgie et le traitement qui entraine une dégradation de sont identité féminine et la peur au regarde social.

Analyse de cas

Cas Nacira

Il s'agit de Madame de Madame Nacira âgé de 53 ans demeurant de Bejaia, elle est une femme marrie de 6 enfants et ci la seule fille a la mais qui na pas un niveau intellectuelle.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien madame Nacira nous a raconte qu'elle atteinte d'un cancer du sein, elle raconte que sa maladie à été déclaré depuis 3 ans, elle nous a dit peut de chose sur son

enfance mais elle était bien traité par ces parents et a nous a dit que si la première dans sa famille qui atteinte cette maladie.

Analyse de l'entretien

De puis 2015, Nacira a commencée a remarqué les premier signes de sa maladie, une fois a été vraiment fatigué et elle se sent que à un kyste dans sein droite, âpres elle est partie directement chez un médecin de sa famille (cousin) et Il a orienté vers un spécialiste suite a des analyses sanguin et les radios, les médecins face a les résultats ont pu diagnostiquer chez elle une tumeur de sein.

Cependant Nacira été vécu l'annonce comme un véritable choc et de peur du la mort.

Au début elle été vécu sur choc parce que n'a pas été préparé a cette mauvaise nouvelle mais âpre elle été oblige d'avoir le courage car elle est responsable d'une famille.

Face a des résultats des analyses, son médecin a put diagnostiquer chez elle une tumeur du sein, son médecin a lui annoncé directement est d'une façon terrible (**vous avez un cancer du sein**). L a patiente semble avoir était vécu l'annonce comme un véritable choc et la première chose qui vient a son esprit ci la mort, elle va laisse ces enfants et son mari.

Il apparait pour Nacira d'accepte la chimio thérapie âpres l'orientation de médecin de sa famille a accepté de faire la chirurgie, elle se sent que bien pendant la chirurgie et même durant le traitement (**j'étais très faible et même vraiment malade**)

Elle vit avec sa maladie très normale maintenant même elle a fait le Ramadan cette année.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .M elle Nacira a obetenu 20 points pour le totale d'anxiété. Dont 4 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude ,attente du pire, appréhension et irritabilité).qui se suit d'une (sensation de tension ,incapacité a se détendre),ce concert la peur : (du noir, des gens inconnue ,d'être abandonné ,seul) l'insomnie (difficulté endormissement ,sommeil non satisfaisant avec fatigue a réveil) humeur dépressive (perte des intérêt ,déprissions , variation de l'humeur dans la journée , et quelque comportement lors de l'entretien (pâleur faciale)

Et 16point pour l'anxiété somatique se qui manifeste par symptôme somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). symptôme cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine , sensation de picotement .(palpitation ,pond sur la poitrine . sensation d'étouffement ,nausée, vomissement ,perte de poids , bouche sèche, vertige et pâleur) ce qui la classe dans anxiété modéré à sévère .

Conclusion

Nous a constate que Nacira présente une anxiété modérée à sévère, le niveau de son anxiété est lie avec son environnement favorable et le soutien de son entourage constitue un facteur de diminution de son état d'anxiété et d'assurance qu'il ressent quand il est avec sa famille.

Analyse de cas

Cas Fatiha

Il s'agit de Madame Fatiha âgée de 50ans demeurant de Bejaia. Femme divorcé a une fille 19 ans et un garçon de 17 ans aucune niveaux intellectuelle, sa profitions femme de ménage et sont niveaux sociaux économique est très faible.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien Madame Fatiha nous a raconté qu'elle atteinte d'un cancer du sein, elle raconte que sa maladie a été déclaré a l'âge de 17 ans.

Fatiha a beaucoup parlé sur son enfance quelle a vécu avec sa belle mère et son père qui est trop sévère avec elle, elle est vécu dans les conditions défavorable pendant son enfance, fatiha avant travail mais âpres la découverte de sa maladie elle se concentre sur ces soins.

Analyse de l'entretien

A l'âge de 17 ans Fatiha a commencé a remarque les premier signes de sa maladie, elle dit (je me sens mal ou sein droite et aussi mon bras) âpres elle a consulté un médecin spécialiste Elle la lui annoncée sa maladie directement (madame vous avez un cancer du sein) Fatiha a été vraiment choqué après l'annonce.

Car sa situation financière est vraiment faible, a la personne dans sa vie, son mari est malade et elle est vraiment souffrit avec lui parce que c'est un mariage du force.

Fatiha a subit trois opérations dans sa vie, elle a fait une ablation des deux seins, a été hospitalisé a Mostapha bacha après son hospitalisation elle travail pour payé ces facture de traitements ensuite elle a fait sa radio thérapie a AINE NAADJA.

Actuellement a termine son traitement, elle est juste avec des contrôles, Fatiha nous reparlons sur sa souffrance avec ces enfants ou point quelle dit **(des fois je oublie ma maladie a cause des problèmes que j'ai vécu)**

Elle nous parle de son vécu avec sa belle mère qui lui gâche sa vie, aussi elle parle beaucoup plus sur son coté financièrement, elle était vraiment pauvre ou point ou elle ne peut pas assumée tout.

Elle n'arrive pas a acheté des vêtements ou bien la nourriture pour ces enfants.

Dans elle dit que sa réactions a été choquant par rapport ou problème quelle as, elle dit **(j'ai peur)**

Elle dit que elle a des complications de santé a cause de travail sous le traitement comme animée, complication de la marche, le coup de soleil.

Elle dit aussi que elle était hospitalisée deux fois a cause de sa maladie cancer du sein, a dit que (quand j'ai termine la chimio je me sens comme un handicapé), Elle dit que quand elle est petite elle jamais eux de maladie, n'est hospitalisé.

Depuis quelle sait que elle est malade, elle commence a présenté des difficultés d'endormissement pendant la nuit, aussi les douleurs durne et nocturne aux traitements et ces effets comme perte de point, la fatigue, des nausées et la perte de cheveux.

Elle nous parle aussi de la male traitante de son père et de sa belle mère ver ses enfants, Fatiha a peur de la récidence, elle dit (j'ai peur de mourir après y a personnes qui s'occupe des ses enfants ci le seule souci qui a dans cette vie, elle dit que quand **(je me sens quelque chose dans mon Corp. J'ai peur que ci un autre cancer)**

Fatiha a énormément de problèmes financièrement, elle a peur de cancer a cause des soins car elle ne peut pas achevée son traitement.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .Madame Fatiha a obtenu 20 points pour le total d'anxiété. Dont 5 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude ,attente du pire, appréhension et irritabilité).qui se suit d'une (sensation de tension ,incapacité a se détendre),l'insomnie (difficulté endormissement ,sommeil non satisfaisant avec fatigue a réveil)fonction intellectuelle (mauvais mémoire et difficulté de concentration) et humeur dépressive (perte des intérêt et dépressions)

Et 15 point pour l'anxiété somatique se qui manifeste par symptôme somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). Symptôme cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine, sensation de picotement. (Tachycardie, palpitation, pond sur la poitrine. sensation d'étouffement, nausée, vomissement et perte de poids) ce qui la classe dans l'anxiété modérée à sévère.

Conclusion

Fatiha présente une anxiété qui est beaucoup plus somatique avec des symptômes qui se manifeste par l'inquiétude, le manque de sommeil et les douleurs intense qui engendrent en elle une anxiété modérée à sévère

Analyse de cas**Cas Noria**

Il s'agit de madame Noria âgée de 37ans demeurant de Bejaia, elle est une femme mariée, même a 3 fille, c'est une femme instruite universitaire .Elle travail juriste a la PC de Bejaia son niveau socio -économique est bien.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien madame Noria nous a raconté que elle atteinte d'un cancer du sein, a nous dit que sa maladie a été déclaré à l'âge de 34ans en 2015.

Elle nous parle sur sa mère et sa sœur qui sont décidée à cause de cette maladie aussi elle concerté sur sa fille même elle est vraiment stricte avec elles.

Analyse de l'entretien

La vie de madame Noria était heureuse avec sa famille, elle vit dans une situation formidable, alors après l'atteinte de cancer du sein Noria est devenu très triste et désespéré dont elle annonce. Elle se sent sa santé physique à diminué, elle ne peut pas effectuer ces tâches ménagères comme elle veut. Alors que Noria est une femme très maniaque, maintenant elle vit dans anxiété, elle dit **(je ne supporte pas voir quelle chose n'est pas a sa place)**

Madame Noria a annoncé quelle na jamais accepté sa maladie, elle est dans le déni, choc de la mort de sa grande sœur a cause de cette maladie, donc elle dit **(je ne veux pas que l'histoire revienne)**

Noria a accepté sa maladie difficilement avant, elle a peur de l'ablation de sein, car pour elle l'ablation signifiait la mort elle même, a termine son traitement maintenant.

Concernant la réaction de l'entourage et de sa famille lorsque le médecin lui annoncé sa maladie. Elle est soutenu part son mari, sa famille et même part sont entourage professionnelle car ils sont trési influencé part sa maladie.

Pendant sa maladie ces fille ne savent rien a propos de la maladie de leurs mère car elles sont petites pour les faire comprendre et expliqué cette maladie

Face a sont état Noria a annoncé quelle jamais était malade a son enfance au bien a été hospitalisé ci juste a subit a des accouchements césariennes.

Noria souhaite voire ces filles grandissent devant elle, réussit dans leur études, se marries et son soucis si de les laisse seule son mère.

Madame Noria est très stresse et anxieuse, elle est peur de mourir, car elle a vécu une mauvaise enfance avec sa belle mère qui la mal traité donc a peur que l'histoire sa refaire avec ces filles.

A la fin de l'entretien Madame Noria nous parle de sa relation conjugale est très normale juste comme avant de sa maladie, elle n'a jamais senti une différence sur le plant sexuelle, aucun changement vers son mari.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .M elle Noria a obtenu 38 points pour le total d'anxiété. Dont 19 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude ,attente du pire, appréhension et irritabilité).qui se suit d'une (sensation de tension ,incapacité a se détendre),ce cancer la peur : (du noir, des gens inconnue ,d'être abandonné ,seul) l'insomnie (difficulté endormissement ,sommeil non satisfaisant avec fatigue a réveil)

Et 19 point pour l'anxiété somatique se qui manifeste par symptôme somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). symptôme cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine , sensation de picotement .(tachycardie, palpitation ,pond sur la poitrine . sensation d'étouffement ,nausée, vomissement ,perte de poids ,constipation ,aménorrhée , bouche sèche, vertige et pâleur) ce qui la classe dans anxiété sévère .

Conclusion

Madame Noria présente une anxiété sévère par rapport au degré obtenu de l'échelle. L'ensemble des symptômes qui se rassuré part intense de mourir surtout dans les circonstances souffrances et semblable a certaines personnes qui 'on déjà mourant a cause de cette maladie.

Analyse de cas**Cas Houria**

Madame Houria âgé de 57ans demeurant de Bejaia et une femme célibataire, sont niveau intellectuelle est de 6eme année secondaire, est une femme au foyer sont niveau sociale et économique est moyenne.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien Madame Houria nous a raconté quelle a atteint d'un cancer du sein, elle raconte que sa maladie à été déclaré en janvier 2017, elle nous a dit que sa grand sœur est décidé a cause de cette maladie.

Madame Houria est sous le traitement de la chimiothérapie.

Analyse de l'entretien

On a commencé par sa réaction lorsque que le médecin lui annoncé sa maladie. Elle nous dit que si le médecin qui a annoncé sa maladie et que était en choc puisque elle s'atteinte pas d'être atteinte de cancer du sein.

Elle raconte quelle se met en peur lors de l'annonce donc elle a été hospitalisé deux fois a cause de cancer, elle a fait l'ablation et elle dit **(j'ai senti quelque chose qui est bizarre)**

Elle dit qu'elle n'a jamais eue d'autre maladie dans son enfance et par rapport aux attitudes de la famille et l'entourage Houria est soutenue par ses proches surtout de la part de sa mère.

Houria a annoncé qu'elle a jamais sentie différent aux autres, mais elle constaté un changement corporelle.

Les troubles du sommeil ne se manifeste pas chez Houria des fois elle accompagne par les bouffé de chaleur, elle ne consomme aucun traitement anxiolytique.

Un soutien de sa famille lors qu'elle est une femme célibataire. Malgré sa souffrance de sa maladie a l'espoir dans la vie et elle croit a la guérissant, et l'échelle nous.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .M elle Houria a obtenu 17 points pour le totale d'anxiété. Dont 5 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude ,attente du pire, appréhension et irritabilité).qui se suit d'une (sensation de tension ,incapacité a se détendre), l'insomnie (difficulté endormissement ,sommeil non satisfaisant avec fatigue a réveil)fonction intellectuelle (mauvais mémoire et difficulté de concentration)

Et 12point pour l'anxiété somatique se qui manifeste par symptôme somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). Symptômes gastro -intestinaux (douleur dans le ventre, sensations de bruleur ballonnement) ce qui la classe dans anxiété légère à modère.

Conclusion

Houria présente une anxiété légère, Houria a trouvé montré quelle présente une anxiété. Ce qui montre que elle vie dans une ambivalence peur de mourir et la croyance a la résistance de vie.

Analyse de cas**Cas Samia**

Il s'agit de Melle Samia âgée de 41 ans demeurant de Bejaia, une femme célibataire, aucune niveaux d'intellectuelle, sont niveaux socio -économique est normal.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien M elle Samia nous a raconte qu'elle atteinte d'un cancer du sein, Elle raconte que sa maladie a été déclaré a l'âge de 39 ans.

Samia a termine sont traitement maintenant, elle est au coure de les contrôles et la première dans sa famille qui atteint cette maladie.

Analyse de l'entretien

Au cours de l'entretien Samia nous parlons lorsque le médecin lui annoncé sa maladie **(j'étais sur le choc quand j'ai entendu le médecin ma dit M elle tu as un cancer du sein).**

Samia est la seule fille à la maison qui n'est pas marie, elle n'a pas trouvé une personne qui l'encourage. Elle dit **(je n'ai pas trouvé quelqu'un avec qui je partage l'annonce)** dans sont discoure Samia a déclarée que elle vie très normale avec sa maladie, alors dans la période de traitement elle a trouvé vraiment difficile, elle dit que **(le traitement est influence sur mon état psychique et surtout sur mon physique).**

Samia ne présente aucune complication on ce moment, elle a été hospitalisé une fois pour la l'ablation et elle se sent très normale âpre l'ablation et même âpre le traitement.

Samia n'a aucune maladie pendant sont enfance, elle n'a jamais subit une intervention churirgécale avant.

Concernant l'attitude de l'environnement vis -a vis d'elle Samia a trouve un soutien et un aide surtout de la part de sa famille, ces cousines, et bien sur de la part de ces parents.

Ce qui concerne la réaction de la l'entourage vers elle Samia a dit que **(y a des moments ou j'oublie que je n'ai pas un sein et même un cancer)**

Samia au début présente des souffrances et des problèmes somatique a cause de la chimio comme des douleurs sur sont bras gauche, elle présente de perte d'appète et part fois des nausées.

Samia a un seul souci ci que elle a peur de la récidence de cancer, elle a dit **(je sais que c'est une maladie incurable mais je vis ma vit très normale)**

Sont comportement est très normale et ne prend pas aucune traitement anxiolytique.

Samia nous parlons des de ces projets d'avenir, elle dit quelle veut se marie, faire une famille et elle veut avoir des enfants comme d'autres femmes.

A la fin de l'entretien Samia n'a pas perdu l'espoir de continuait à vivre, elle dit qu'elle combat cette maladie jusqu'a la fin.

Résultats de l'échelle

Après la passation et l'entretien de l'échelle de l'anxiété de MAX HAMILTON .M elle Samia a obtenu 8 points pour le totale d'anxiété. Dont 4 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par humeur anxieuse (inquiétude et attente du pire,).

Et 4 point pour l'anxiété somatique généraux (sursauts musculaire courbature dans les muscles, bouffées de chaleurs sensation de faiblesse). symptôme cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine, sensation de picotement).

Conclusion

A partie de l'entretien on a constaté que Samia ne présente aucune anxiété vis -a vit de sont état, elle croit a la guérissant se qui renforce sont espoir de vivre qui confirmé l'échelle.

Chapitre VII
Discussion des Hypothèses

Discussion des hypothèses :

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

Première hypothèse :**1 les patients qui atteinte le cancer du sein développe l'anxiété.**

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle de Hamilton on a constaté que notre hypothèse a été confirmée et que on six cas des femmes atteinte de cancer de sein.

La seule personne qui a présenté une anxiété légère : Samia

- L'anxiété chez Samia exclut les symptômes psychique qui sont : fatigabilité, difficultés d'endormissement, sommeil interrompu. D'après les réponses de la patiente et après l'addition des notes obtenues, on est arrivé à un résultat de 9 points qui signifie que Samia présente une anxiété légère

Les cas qui ont présenté une anxiété légère à modérée sont : Nacira, Horia

- En résumé on dit que Nacira arrive à s'adapter avec sa maladie, qui déclaré depuis 3ans à, Elle essaye de vivre sa vie normalement mais au début elle a subi un choc à cause de l'annonce de la maladie, la patiente semble avoir vécu l'annonce comme un véritable choc, et la première chose qui vienne à son esprit c'est la mort et elle va laisser ses enfants.

L'anxiété chez Nacira se manifeste par des symptômes somatiques telque : bouffées chaleur, vision brouillée, sensations de picotements, sensations tintements d'oreilles, l'existence d'une peur injustifiée .a partir des réponses de la patiente et après l'addition des notes obtenues, on est arrivé à un résultat de 18points qui signifie que Nacira présente une anxiété légère à modéré .

-L'anxiété chez Horia marque une présence d'une sensation de tension, pleurs facile, sursauts musculaires, douleur et courbature, perte des intérêts, sensations de faiblesse.

A partir des réponses de la patiente et après l'addition des notes obtenues on est arrivé à un résultat de 17 points qui signifie que Horia présente une anxiété légère à modère.

Le seul cas qui a présenté une anxiété modère a sévère : Fatiha

-L'anxiété chez Fatiha se manifeste par des symptômes psychique tel que Inquiétude, peur du noir, et quand aux symptômes physique on remarque une présence la palpitation, tachycardie, bouche sèche, vertige, et d'après les réponses du la patiente et après l'addition des notes obtenues on est arrivé à un résultat de 20 points qui signifie que Fatiha présente une anxiété modéré à sévère.

Les cas qui présente une anxiété sévère :Zolikha et Nouria

-L'anxiété chez zolikha se manifeste par des symptômes psychique : inquiétude, pleur facile, peur du noir, difficulté d'endormissement, perte des intérêts, et les symptômes respiratoires : poid sur la poitrine, dyspnée et symptômes du système nerveux autonome : pâleur, vertige.

À partir des réponses de la patiente et après l'addition des notes obtenues, on est arrivé à un résulta de 31points qui signifie que Zolikha présente une anxiété sévère.

-L'anxiété chez Nacira se manifeste des symptômes psychique : peur des gens qu'on ne connaît pas, pleur facile, symptômes somatique : grincements des dents, voix mal assurée, sensation de picotements, bouffées de chaleur, symptômes du système nerveux autonome : accès de rougeur, pâleur, vertiges.

A partir des réponses de la patiente et après l'addition des notes obtenues on est arrivé à un résultat de points qui signifie que Nouria présente une anxiété sévère

Deuxième hypothèse :

-Le degré de l'anxiété se diffère chez les femmes atteint un cancer du sein.

Cette deuxième hypothèse à été confirmée par nos six cas.

A partir l'analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON en a constaté premièrement, que toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein présentent un bouleversement psychique et d'anxiété. Et dixièmement le degré de l'anxiété se différent chez tout les femmes atteint un cancer du sein ; puisque ses femmes développe une anxiété, le degré tel que Samia, l'anxiété légère à modéré tel que Nacira, Horia est cela par port a son état psychique et bien sur somatique, et le degré de anxiété chez Fatiha est plus élevée et

apparaissent sur son plan somatique, par contre le cas de Zolikhha et Nouria développé une anxiété sévère et un degré élevé sur le plan somatique même psychique.

Conclusion générale

Conclusion général

Le cancer du sein fait partie des maladies graves qui bouleversent totalement la vie des femmes qu'il l'affecte sur tous les plans, la vie quotidienne, les relations sociales, et la vie professionnelle. ces influences touchent nous seulement la femme atteinte, mais également les autres membres de la famille, ainsi que son environnement et son entourage général.

En effet, l'étude de cette maladie nous permet de découvrir et de relever plusieurs aspects de ces manifestations. cette maladie fait souffrir toute les femmes atteintes, psychiquement, psychologiquement et même socialement.

Dans ce travail on pose des questions, toutes exigent des réponses, des ouvrages consultés, des cas qu'on a visualisé et analysé, concernant évidemment les deux variables traitées ici, en l'occurrence le cancer et l'anxiété de la femme atteinte de cette maladie. En guise de réponse, on a proposé à cet égard et mise en place deux hypothèses qu'on a essayé de vérifier sur terrain.

Nos hypothèses concernant sur le développement de l'anxiété chez les femmes atteintes de cancer du sein et sur le degré de l'anxiété chez ses femmes, ont été confirmées ; dont toutes les femmes atteintes de cancer du sein présentent une anxiété.

Les femmes atteintes de cancer du sein ne présentent pas le même degré de l'anxiété et cela par rapport à leur plan psychique et somatique, dans certains cas on a remarqué la présence de l'entourage et même le manque du soutien familial chez d'autres cas.

Au terme de cette recherche, bien qu'il s'agisse d'un travail modeste, cela nous permet d'avancer sur le plan méthodologique et de connaissances scientifiques.

Notre expérience, nous a donné l'opportunité de nous approcher de ces femmes atteintes et de vivre leur souffrance de près, qui touche un changement physique ou bien l'image du corps et le regard social.

En fin, notre sujet de recherche permet une ouverture sur d'autres recherches.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1- les ouvrages :

- Américain psychiatrique association –DSM-4-TR ,2000<< manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux>>,4^{eme} édition, texte révisé, Washington.
- ANSHEL ET ALL 1999p154.
- BENZIDANE.N, (2004). << **cancer du sein, diagnostic et traitement**>>,Alger,Opu.
- BLOOM, JR, 1996, <<**Cancer et famille** >>chichester, p70.
- BLOCHE HENRIETTE, et all, <<**Grand dictionnaire de psychologie**>>, p73
- Cirard P .et all, 1997, << **dictionnaire en Clinique**>>,2 eme édition, Dunod, Paris, p1033.
- C.M. SARRON et L. VERA, (2004), <<**L’entretien en thérapie comportementale et cognitives**>>, paris, ED Dunod.
- Charles et all <<**guérir l’anxiété**>>, éditions FIRST, p25
- PIERLUIGI GRAZIANI<<**Anxiété et troubles anxieux**>>, éditions NATHAN, p67,p97
- SUZY SOUMAILLE et all <<**l’anxiété et les troubles anxieux**>>, édition MH,p 175 ,187
- Darius RAZAVI, Nicole DELVAUX, 2002, << **Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille**>>2 Emme édition, Masson, paris, p115.
- Dortier, Dictionnaire science humaine, 2004, p23
- ECKHARD, 2006, << l’accompagnement des malades cancéreux >>, paris, éd, SER, P493.
- Florian SCOTTE, et all, 2002, <<**cancérologie**>>, édition Marketing S.A, Paris.
- F .RADAT, 1998 <<**les états anxieux**>>, ED Doin.
- HAYNAL.A, POSINI, W, (1997) << Médecine psychosomatique>>paris ,3^{eme} édition, Masson, p193
- H.BENONY et K.CHAHRAOUI, (1999), <<**L’entretien clinique**>>, Paris, Ed Dunod.
- H.BENONY et K.CHAHRAOUI, (2003), <<**Méthodes d’évaluation et recherches en psychologie clinique**>>, paris, Ed Dunod.
- Henri Ey et all, 1989, <<Manuel de psychiatrie>> 6^{eme} édition paris

-J.Cottraux, 2004, <<Les thérapies comportementales et cognitives>>paris, 4eme édition, Masson.

-J. Plazzolo, (2007), <<**Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge**>>, paris, Ed Elsevier, Masson SAS.

-LANSAC.J,LECOMPTE.P,(2002).<<**cancéroloie**>>,paris,Masson

-LORIOT.Y(2002) <<**Cancérologie**>>Masson.

-MARINAPUDDU et TOFFORTEAU. <<**CANCER DE SEIN** >>, paris, p1-2

-M.BOUVARD.et J.COTTRAUX,(1996),<< **Pratique en psychothérapie ,protocoles et échelle d'évaluation en psychiatrie et en psychologie**>>,paris, Ed, Masson.

-PICHOT, et C.B.PULL, et coll, (1981), <<**une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton**>>, International Ed.

-Plan National sur le cancer 2015-2019

-P.LAROUSSE, (1980), <<**le petit Larousse**>>, Paris, Ed librairie Larousse.

-Registre du cancer d'Algérie. Année2012

2-Les revues :

-MAGUIRE. p, (1981) << **les répercussions de la mastectomie sur la famille** >>, in "international journal of family "n°1 ,485-503.

-NORTHOUSE,(1984)"**Impact de cancer sur la famille** ",<<in international of psychiatry in médecin >>

3- les sites internet :

-(<http://www.eurpadonna.fr>) (consulté le 23/4/2017 à17h00)

-(<http://www.who.int/topcs:cancer.fr>) (consulté le 2/5/2017 à13h00)

-Fédération mondiale pour la santé mentale (www.wfmh.org) (consulté le 23/03/2017 à 20h00)

-(<http://WWW.who.int/whosis/whostat/fr-whs2011-ful-pdf>)(consulté le 16/10/2016 à15h30)

-(<http://www.toubibe.blogspot.com/2009/11/cancer-du-sein-en-algerie.html>) (consulté le 26/01/2017à 10h30)

Annexes

Guide de l'entretien :

Information personnelles :

Nom :

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre profession ?

A quelle Age votre maladie s'est déclarée ?

Axe1 : Information sur l'état de sante actuel :

1-Quel est votre maladie ?

2-Avez – vous quelqu'un de votre famille atteint cette maladie ?

3-quel est votre traitement actuel ? Et comment évalue votre maladie ?

4-qu'est le plus difficile pour vous dans cette maladie ?

5-quelle est votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?

6- quelles sont les complications et maladies qui ont accompagne cette atteinte aujourd'hui ?

7-combien de fois vous étiez hospitalise à cause de cette maladie ?

8-comment vous sentez physiquement après la chimiothérapie ?

Axe2 : Information sur l'état de santé antérieure :

9-Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ?

10-Avez- vous d'autre avant que vous soyez malade de cette maladie ?

11-Avez -vous été hospitalisé a cause d'une autre maladie ?

12- avez –vous subit une Intervention chirurgicale avant ?

13- vous avez pris combien de temps pour vous habitué?

14-quelle était la réaction de votre entourage vis -a- vis de la maladie ?

15-Avez – vous trouvez un soutien de l'entourage ?

16-comment sont –elles vos réactions sociales ? et dans le milieu professionnel ?

17-Est que vous vous sentez différent des autres ?

18-Quelle est votre vision du future et que pensez –vous de l'avenir ?

Axe3 : Anxiété :

16- comment vous vivez votre maladie ?

17- comment vous vous percevez avec la maladie ?

18-Est-ce que vous êtes inquiet ou vous avez une sensation de peur par rapport à la présence de la maladie ?

19-comment vous vous sentez en ce moment ?

20-Est-ce que vous êtes nerveux ? si c'est oui par rapport à quoi ?

21-Qu'est ce que vous inquiète plus en ce moment ?

22-Est – ce que vous avez confiance en vous ?

23-Avez-vous peur ?vous sentez vous anxieux ?

24-prenez vous un traitement ansiolytique prescrit par votre médecin ?le quel ?

25-Est ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis –avis de votre conjoint ?