

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

**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

**Thème :**

**L'image du corps chez les femmes mammectomisées  
suite à un cancer du sein : étude de quatre (04) cas  
A l'hôpital d'Amizour**

**Réalisé par :**

- M<sup>lle</sup> KASMI Souhila
- M<sup>lle</sup> KHALDI Fahima

**Encadré par :**

- M<sup>me</sup> MEKHZEM Kahina

**Année universitaire : 2016-2017**

## **Remerciements**

*Nous remercions tout d'abord Dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la connaissance pour accomplir ce modeste travail.*

*Nous désirons exprimer notre profonde gratitude à notre promotrice madame MEKHZEM .Kahina, pour sa générosité, sa patience et sa grande contribution dans la réalisation de ce mémoire.*

*Nous remercions également tous les personnes exerçant à l'établissement hospitalier d'Amizour qui nous ont permis de réaliser notre travail au sein de leur bureau, en particulier madame la psychologue YAHIL.N et le chef de service d'oncologie.*

*Ainsi que l'équipe médicale du service, pour leur disponibilité et leurs conseils qui nous ont réellement servi.*

*Nous tenons également à apporter des remerciements sincères aux femmes atteintes, qui ont gentiment accepté de participer à cette étude. On leur est reconnaissantes de l'intérêt qu'elles ont porté à ce travail, et on leur souhaite la guérison.*

**SOUHILA ,FAHIMA**

## **Dédicace**

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

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

*A mes chers frères (**Hafid, Madjid, Farid, Zahir**)*

*A mes chères sœurs (**Nassima, Saida, Sofi**)*

*A toutes mes belles sœurs (**Moko, Souad, khoukha**)*

*A tous mes beaux-frères. (**Rahim, Nabyl, Rached**)*

*A tous mes neveux et nièces*

*A ma chère tante « **NOURA** », qui m'a toujours soutenue.*

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

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

*A toute la famille « **KASMI** »*

*A tous mes chers amis, **Loulette, Mina, Sissi, Nawel, Fayçel, Billel, Billal***

*Je remercie infiniment **Katia et Fafi** pour leur aide.*

*A Ma chère binôme **Fahima**, ma sœur du cœur que j'adore*

**SOUHILA**

## Dédicace

*Avec un cœur passionné, je dédie ce modeste travail :*

*Aux personnes les plus chères, tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection, à mes parents, qui se sont donnés plusieurs années d'amour et de sacrifices, ils ont été toujours là pour moi et qui me donnent un magnifique modèle de labeur et de prévenance, j'espère qu'ils retrouveront dans ce travail toute ma reconnaissance et mon amour.*

*Mon cher papa « **Mohand** » ma chère maman « **Saida** » si vous saviez combien je vous aime, que dieu vous accorde santé et bonheur.*

*A ma chère sœur « **Meriem** » et son mari « **Salim** » et leurs enfants « **Adem** » et « **Mona** ».*

*A mon cher frère « **Boubkeur** »*

*A mon cher frère « **khaled** » et sa femme « **Kahina** » et leurs enfants « **Aymen** » et « **Firas** ».*

*A la mémoire de ma chère tante « **Farida** » que dieu l'accueille dans son vaste paradis.*

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

*A toutes la famille « **Khaldi** » et « **Imchal** »*

*A tous mes chers amis, **Loulette, Mina, Sissi, Nawel, Fayçel, Billel, Billal***

*Je remercie infiniment **Katia et Fafi** pour leur aide.*

*A Ma chère binôme **Souhila**, que j'adore*

**FAHIMA**



*Remerciements*

*Dédicace*

*Introduction*

***Le cadre général de la recherche***

1. Problématique.....03
2. Hypothèse.....05
3. Opérationnalisation des concepts.....06

### **La partie théorique**

**Chapitre I : cancer du sein : mammectomie**

Préambule.....	07
1. Définition du cancer .....	08
2. Définition du sein .....	08
3. Définition du cancer du sein.....	09
2.1 le sein et sa représentation psychologique.....	09
2.2 le cancer du sein et ses représentations psychologiques.....	10
3. les types du cancer du sein.....	11
4.1 .Cancer non invasif.....	11
4.2. Cancer invasif.....	11
5. les symptômes du cancer du sein.....	12
6. les facteurs de risque du cancer du sein.....	12
6.1. Facteurs génétiques.....	12
6.2. Facteurs hormonaux.....	12
6.3. Facteurs histologiques.....	12
6.4. Autres facteurs incriminés.....	13
7. traitement du cancer .....	13

7.1. La chirurgie.....	13
7.2. La radiothérapie.....	13
7.3. La chimiothérapie.....	13
7.4. L'hormonothérapie.....	14
8. la période préopératoire.....	14
8.1. Le diagnostic du cancer du sein.....	14
8.2. comment découvre-t-on un cancer du sein ? .....	15
8.3 Qu'est-ce qu'un dépistage ? .....	16
8.4 Quels sont les examens complémentaires.....	17
9. la période post-opératoire .....	18
9.1. La mastectomie (mastectomie).....	18
9.2. La mastectomie et ses répercussions.....	19
10. les mécanismes de défense utilisés par les cancéreuses.....	22
11. après la mastectomie.....	29
12. quelques effets psychologiques du cancer sur les femmes mastectomisées.....	31
13. comment partir des besoins des patients en oncologie.....	32
Synthèse .....	34
<b>Chapitre II : l'image du corps</b>	
Préambule.....	35
1. Définition des concepts.....	36
1.1 Image.....	36
1.2 Corps.....	36
1.3 image du corps.....	37
1.4 image corporelle selon <b>Bon Price</b> .....	38

2. la genèse de l'image du corps.....	39
3. Cancer, traitement, et modification corporelle.....	40
4. Vivre les modifications corporelles, stigmatisation, identité, sexualité..	40
5. L'estime de soi.....	41
6. L'importance de l'estime de soi.....	42
7. La confiance en soi.....	44
8. La représentation du corps.....	44
9. L'image de soi.....	46
10.Le schéma corporel.....	46
Synthèse.....	49

### *La partie pratique*

#### **Chapitre III : la méthodologie de la recherche**

Préambule.....	50
1. La méthode de la recherche.....	50
1.1. La méthode descriptive.....	50
1.2. L'étude de cas.....	50
2. Le groupe d'étude.....	51
2.1. Les critères de sélection.....	51
2.2. Caractéristiques du groupe d'étude.....	51
3. Description du lieu de recherche.....	53
3.1. La structure du service.....	53
3.2 .L'équipe professionnelle.....	54
4. Les outils utilisés .....	54
4.1. L'entretien.....	54
4.2 Le Rorschach.....	58

5. Le déroulement de la pratique.....	64
5.1. Les difficultés rencontrées.....	65
5.2 La passation des entretiens.....	65
5.3 Les conditions de l'application du guide .....	65
Synthèse.....	66

### **Chapitre IV : *présentation des cas et analyse des résultats***

1. Présentation des cas et analyse des résultats.....	67
a. analyse du cas de Bachra.....	67
b. analyse du cas de Hassiba.....	73
c. analyse du cas de Nassima.....	79
d. analyse du cas d'Assia.....	84
2. discussion de l'hypothèse.....	90
<b>Conclusion.....</b>	<b>91</b>

### ***Liste bibliographique***

### **Introduction**

Le nombre du cancer du sein aurait connu une nette augmentation au cours des 30 dernières années.

Toutes les femmes sont concernées par le cancer du sein. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, une femme sur 8 est actuellement touchée par ce type de cancer et ce chiffre pourrait grimper à 1 sur 7 d'ici vingt ans.

Le cancer du sein est un problème de santé publique et un modèle pour le raisonnement en cancérologie.

En Algérie, le cancer du sein vient en tête des cas de cancer recensés avec 6625 nouveau cas diagnostiqués en 2012. C'est le premier cancer de la femme et prend les propositions épidémiologiques renseignant sur les obligations en matière de prise en charge tant sur le plan préventif que curatif.

Le traitement est largement pluridisciplinaire et se fonde sur une estimation de pronostic, grâce à la connaissance de facteurs pronostiques validés.

L'annonce d'un cancer du sein marque le début d'un long voyage pour la patiente, mais également pour ses proches. Tout cancer fait peur, entraîne des conséquences délétères, à plusieurs niveaux et à différents moments (des premiers symptômes, examens, diagnostic, au début des traitements, leur fin, la rémission et éventuellement la récurrence, soins palliatifs, fin de vie), induisant des sentiments de vulnérabilité, d'incertitude, des moments de crise et de détresse émotionnelle, mais les angoisses engendrées par le cancer du sein sont spécifiques.

La complexité du cancer du sein par rapport à la femme et son caractère multidimensionnel ont attisé encore plus notre curiosité et à la moitié notre choix pour cette étude dans laquelle on va essayer de comprendre si les femmes mammeotomisées suite à un cancer du sein ont une difficulté d'accepter leur nouvelle image d'une façon négative ou positive.

La patiente est face à une réalité qui exige la perte d'une partie du corps, d'un symbole de la féminité aussi investi dans ses relations coïtales.

Notre étude portée sur le thème « l'image du corps chez les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein ». Nous avons choisis comme terrain d'étude l'établissement hospitalier BENMERAD EL MEKKI d'Amizour, service d'oncologie, notre groupe de recherche contient quatre (4) femmes mammectomisée et de différents âges.

Pour élaborer cette recherche nous avons réparti notre travail en deux parties :

- La première partie aborde le coté théorique qui contient deux (2) chapitres :

Le premier chapitre comporte la définition du cancer du sein et la mammectomie, et les éléments principaux pour la compréhension générale du cancer du sein ; savoir sa définition, ses types, ses causes, le diagnostic, les différents traitements et les l'impact psychologique.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'image du corps et les éléments principaux pour la compréhension générale de cette notion ; l'image du corps, l'image de soi, l'estime de soi, le schéma corporel.

- La deuxième partie aborde la partie pratique qui contient deux chapitres :

Le premier chapitre est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on a traité les point suivant ; la démarche de la recherche, l'échantillon de la recherche, prestation du lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas.

Le deuxième chapitre contient la discussion et l'analyse des résultats, et enfin on termine par une conclusion.

## **Préambule**

Le cancer, un seul mot et pourtant tellement d'évocation différentes, certains le voit comme un fléau comme une maladie honteuse, ou encore comme une maladie menant à une mort inéluctable, effrayant, parfois encore tabou, il est sûr en tout cas que c'est une maladie qui amène bon nombre de perturbations dans la vie d'une personne (physiques, psychologiques, relationnelles, et corporelles) et son entourage social et familial.

Il convient de préciser que le cancer est une maladie avec laquelle, il est possible de vivre au quotidien, pendant des années, ou vois de dizaines d'années.

Le cancer du sein, est aussi une maladie complexe ; les femmes atteintes peuvent subir, une chimiothérapie, une radiothérapie ou un traitement ciblé. Elles peuvent aussi vivre des changements considérables comme la chute des cheveux, perte d'un ou des deux seins par une opération (mammectomie ou mastectomie) ou encore des cicatrices au niveau du corps.

Tout au long de ce chapitre, nous allons mettre l'accent sur cette pathologie très répandu dans le monde entier, nous allons la définir, présenter ses types, ses signes et symptômes, ses facteurs de risque, ses traitements (mammectomie) etc....

**1-définition du cancer :**

Le cancer est l'ensemble de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

Le cancer est une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe, et de former d'autres tumeurs à distance, appelées les métastases. (**Anne-Christel Rolling, 2013, p04**).

Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlable et incessante. (**Morin.Y, 2001, p144**).

**2-Définition du sein :**

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

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

La structure du sein est complexe chaque sein (appelé aussi glande mammaire) est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux, le rôle des lobules est de

produire le lait en période d'allaitement, les canaux transparent ensuite le lait vers le mamelon.(Luporsi (E),Leichtnam-Dugarin ,2007, p 09)

### **3-définition du cancer du sein :**

Un cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne. (Ibid, p04)

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60 ans. Prés de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqué entre 50 et 69 ans. Ce cancer peut aussi apparaitre chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de 1<sup>2</sup> des cancers du sein).(Luporsi (E), Leichtnam-Dugarin (L), 2007, p12)

#### **3-1-Le sein et ses représentations psychologiques :**

Il est évident que le sein à l' origine une fonction biologique, produire le lait afin de nourrir un nouveau-né, et donc dans un sens participe a donner la vie. Il est indissociable de la maternité.

On associe également les seins à la sexualité, il est considéré par beaucoup de femme comme un atout de séduction, l'emblème de la féminité. C'est également une partie du corps qui se devine mais qui ne se montre pas, la vision de sein nu est encore tabou. C'est d'ailleurs encore la cause de certain dépistage tardif, par crainte de devoir montrer cette partie du corps.

En fonction des cultures, le sein est perçu différemment. Dans certains pays les femmes doivent cacher toute forme de féminité sous leurs vêtements, alors que dans les pays occidentaux, la féminité est souvent associée au sein, dans les médias, les publicités, parfois montré à outrance pour faire vendre.

En bref, le sein a Dans la mythologie grecque, les amazones coupaient même leur sein droit pour pouvoir mieux tirer à l'arc, il était alors considéré comme inutile et invalidant. Quelque soit sa perception par les femmes, le sein est investi comme étant un objet d'attraction et un objet de fascination qui représente les signes de la féminité.

Plusieurs représentations mais la plus essentielle est que cet organe représente un symbole maternel à l'arme de séduction massive, un symbole de féminité. Les seins sont aussi symbole de fertilité et d'allaitement et il manque la distinction entre mâle et femelle ; donc sa disparition entraîne une perturbation pour la femme. (GROS(D),2009, p112)

### **3-2-Le cancer du sein et ses représentations psychologiques :**

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

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

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

- La femme a allaité et son lait a pourri.
- La femme s'est cognée ou elle a reçu un coup au sein.
- La femme a trop longtemps porté de soutien gorge ou des corsets.
- La femme a commis l'adultère, ou a été de mauvaise vie.

- La femme a mangé trop de viande rouge.
- La femme est triste, déprimée. (**Honore (S), 2005, p137**)

#### **4-Les types de cancer du sein :**

Il existe de différentes formes de cancer du sein, chacune ayant une évolution qui est propre à lui. On peut les diviser en deux grandes catégories : le cancer non invasif ou in situ, qui touche uniquement les canaux galactophores, et le cancer invasif ou infiltrant, qui se propage dans le tissu gras du sein.

##### **1.4. Cancers non invasif :**

**-Carcinome canalaire in situ** : c'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. C'est une forme de cancer très « jeune », au tout début de sa formation. Comme son nom l'indique, il se forme à l'intérieur des canaux de lactation du sein. Il ne se dissémine pas. On diagnostique beaucoup plus fréquemment ce type de cancer depuis l'utilisation plus répandue de la mammographie. Le traitement de ce cancer mène à la guérison dans presque tous les cas. Sans traitement, il poursuit sa croissance et peut alors devenir « infiltrant », donc se propager à l'extérieur des canaux galactophores.

##### **2.4. Cancer invasifs :**

**1-Carcinome canalaire** : il se forme dans les canaux galactophores. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux.

**2-Carcinome lobulaire** : les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules, puis traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissus environnants.

**3-Carcinome inflammatoire** : un cancer rare qui se caractérise principalement par un sein qui peut devenir rouge, enflé et chaud. La peau du sein peut aussi

prendre l'aspect d'une peau d'orange. Ce type de cancer progresse plus rapidement et est plus difficile à traiter.

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

**5-Maladie de piaget** : un cancer rare qui se manifeste par une petite plaie au mamelon qui ne guérit pas.

Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré. (LacanJ. etall, 2002, p, 248-251)

### **5-Les symptômes du cancer du sein :**

Le cancer du sein peut se manifester par une grosseur (nodule) non douloureuse palpée au niveau du sein, anomalie du globe mammaire, mamelon retractoré, un écoulement mammaire teinté de sang, douleur localisée, peau du sein rouge, ganglion parfois palpés au niveau des aisselles, une modification de la taille ou forme des seins, l'apparition des fossettes ou de plis dans la peau du sein, un mamelon inversé tourné vers l'intérieur.

Si le cancer est diagnostiqué tardivement, la tumeur peut se propager et déclencher d'autres symptômes tels que des nausées, des vomissements, une perte de poids, une jaunisse des douleurs osseuses ou encore des céphalées, un essoufflement ou une toux. (BATES (B),2010, p410).

### **6-Les facteurs de risque du cancer du sein :**

**6-1-Facteurs génétiques** : pour une femme, la survenue d'un cancer du sein chez sa mère ou sa sœur multiplie le risque d'avoir un cancer du sein par un facteur de 2 à 5 ; la survenue d'un cancer du sein chez sa mère et sa sœur par un

facteur 10 à 15. Parfois il existe un risque héréditaire véritable. Ces véritables cancers du sein héréditaire ne représentent qu'environ 5% des cancers du sein.

**6-2-Facteurs hormonaux** : l'âge précoce des premières règles (avant 12 ans) et une ménopause tardive (après 55 ans) majorent le risque de survenue d'un cancer du sein, de même que la nulle parité ou une première grossesse tardive (après 35 ans). L'allaitement est considéré comme ayant un rôle protecteur. Tous ces facteurs évoquent le rôle promoteur des fenêtres oestrogéniques au cours de la vie génitale.

**6-3-Facteurs histologiques** : les maladies bénignes du sein les plus fréquentes (kystes, maladie fibrokystique,...) n'entraînent pas un risque accru du cancer. Le caractère prolifératif d'une mastopathie augmente le risque faiblement, avec un risque relatif (RR) multiplié par 1,04 et plus nettement quand la prolifération s'accompagne d'atypie (RR\*4).

**6-4-Autres facteurs incriminés** : de nombreux autres facteurs ont été incriminés comme associés à la survenue d'un cancer du sein, mais il n'y a pas de lien clairement établi de cause à effet : facteurs alimentaires (alimentation de type occidental riche en graisses), alcool, tabac, niveau socio-économique élevé, toxiques environnementaux, irradiation, etc. (**B. Hoerni, 2001**)

## **7-Traitement :**

Quatre traitements peuvent être entrepris, parfois isolément, parfois en association :

**7-1-La chirurgie** : est généralement le premier traitement envisagé. Elle consiste le plus souvent, aujourd'hui en l'ablation de la tumeur, associée à l'examen histologique immédiat de celle-ci, la femme étant toujours sous anesthésie générale : si l'examen histologique confirme la nature maligne de la tumeur, l'ablation des ganglions de l'aisselle est réalisée, l'accord pour cette

éventuelle extension de l'acte chirurgical devant avoir préalablement obtenu. Pour les tumeurs volumineuses ou multiples, la mastectomie (ablation du sein) est encore pratiquée.

**7-2-La radiothérapie** : pratiquée après une tumorectomie consiste à irradier le sein et le pourtour de la zone retirée pour éviter les récurrences locales. Le traitement comprend généralement 4 ou 5 séances par semaine pendant 5 à 6 semaines.

**7-3-La chimiothérapie** : peut être utilisée en complément de l'ablation chirurgicale du cancer primitif. Elle est indiquée en première intention en cas de cancer du sein avec signes inflammatoires. Les métastases sont aussi traitées par la chimiothérapie. Le traitement comporte l'association de plusieurs médicaments en hôpital de jour, sur un mode ambulatoire. Compte tenu de la causticité des produits administrés, il nécessite la pose préalable d'une chambre implantable pour éviter une extravasation, source de nécrose cutanée.

**7-4-L'hormonothérapie** : très souvent associée aux autres traitements, consiste à prendre par voie orale des antioestrogènes lorsque le cancer est hormonodépendant, c'est-à-dire que la tumeur contient des récepteurs hormonaux. (MORIN (Y), paris, 2001, pp882-883).

## **8-La période préopératoire :**

**8-1-Le diagnostic du cancer du sein** : un cancer du sein est découvert soit à l'occasion d'un examen systématique par le gynécologue, soit par la patiente elle-même au cours d'un auto examen du sein. Le diagnostic est confirmé par une mammographie, éventuellement complétée par une échographie mammaire et par une ponction du kyste ou du nodule (biopsie), dont le liquide ou les cellules prélevées sont examinées au microscope afin de rechercher des cellules tumorales. Les biopsies sont réalisées par voie percutanée, avec des aiguilles spéciales. Elles sont guidées sous échographie ou par un procédé d'imagerie

complant une mammographie et un système de guidage informatisé appelé mammothomie. (Morin (y), paris, 2001, p883)

## **8-2-Comment découvre-t-on un cancer du sein ?**

Un cancer du sein est le plus souvent diagnostiqué à quatre occasions :

### **8-2-1-Lors de la découverte des symptômes par la patiente elle-même :**

Lorsqu'une femme découvre une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle, il est important de consulter un médecin pour qu'il réalise les examens nécessaires. Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de guérison.

### **8-2-2-Lors d'une consultation de dépistage :**

Lors d'une consultation ou d'un bilan de santé, le médecin généraliste ou le gynécologue propose de chercher une anomalie du sein après avoir expliqué les raisons et les conséquences éventuelles de ce dépistage.

### **8-2-3-Lors d'une consultation habituelles chez le gynécologue :**

Lors d'une visite de contrôle, le médecin peut trouver une anomalie au niveau des seins.

### **8-2-4-Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein :**

Lors de la surveillance d'un cancer du sein traité, le médecin vérifie qu'un second cancer du sein ne s'est pas développé. (Leicht-Dugarin (L), 2007, pp 18-19)

### 8-3-Qu'est-ce qu'un dépistage ?

Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne soit palpable ou qu'il ne se traduise par un signe anormal comme une modification de la peau ou du mamelon.

Détecter tôt certains cancers permet de mieux les traiter en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter parmi des personnes a priori non malades celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer afin de les traiter rapidement.

L'examen utilisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie (radiographie des seins).

Une mammographie détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être un cancer. Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est normal. Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires (mammographie complémentaire, échographe, ponction et éventuellement biopsie) afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic de cancer certaines femmes pratiquent l'auto-examen ou l'autopalpation des seins : elles examinent elles mêmes leurs seins pour détecter des modifications ou une grosseur qui pourraient faire penser a un cancer. **(Leicht-Dugarin (L), 2007., p2)**

- **L'autopalpation :**

Favorise néanmoins l'implication des femmes dans la prise en charge de leur maladie.

- **Une mammographie :**

Permet un diagnostic plus précis que l'examen effectué par le médecin ou l'autopalpation des seins réalisé par la femme. Toutes fois une mammographie ne détecte pas toutes les tumeurs. Cela dépend de la taille de la tumeur et de l'aspect du sein sur la mammographie.

Un dépistage du cancer du sein peut être proposé chez les femmes de moins de 50 ans ; il comprend un examen clinique régulier et une mammographie réalisée tous les 3 ans ou tous les deux ans.

Cette mammographie est éventuellement complétée par une échographie notamment lorsque les seins sont denses ou que les images sont difficilement interprétables.

- **Les examens complémentaires :**

En fonction de l'entretien et de l'examen physique le médecin demande parfois des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic.

#### **8-4-Quel sont les examens complémentaires ?**

Les examens complémentaires les plus fréquents du bilan diagnostique du cancer du sein sont :

- Les examens radiologiques (mammographie des deux seins, échographie mammaire).
- Les prélèvements (cytologie, histologie).
- Les examens sanguins.

Certains examens sont systématiques : d'autres dépendent de l'anomalie découverte et de l'état général de la personne.

- Les examens complémentaires ont trois fonctions :
- Confirmer le diagnostic.

- déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres parties du corps.
- Aider à choisir le traitement le mieux adapté. (**Leicht-Dugarin(L),2007,pp24,25**).

**9-La période post-opératoire :**

La période préopératoire, est l'instant de toutes les angoisses, angoisse de mutilation, angoisse de l'opération et de ses risques. Pour la plupart des femmes, une crainte revient fréquemment, celle de se faire enlever le sein, qu'il puisse y avoir une erreur au moment de l'opération, et également la peur d'avoir mal. Au moment du départ au bloc opératoire, comme avant beaucoup d'interventions chirurgicales, les patientes peuvent se sentir seules, avoir froid, être angoissée. (**Pereira(L), 2009, p21**).

**9-1-mammectomie (ou mastectomie) :**

Il peut s'agir d'une chirurgie conservatrice, qui consiste à enlever uniquement la tumeur (tumorectomie), ou bien d'une chirurgie radicale, qui consiste à l'ablation de la totalité du sein ; peau ; glandes mammaires, etc.... (Mammectomie, mastectomie générale). Cette chirurgie peut être accompagnée d'un curage ganglionnaire : l'exérèse des ganglions du creux axillaire. (**Pariera(L), 2009, p15**).

**➤ Les principales indications d'une mammectomie :**

- Plusieurs tumeurs dans le même sein.
- Un cancer qui présente des signes d'inflammation d'abord traité par une chimiothérapie néo adjuvante.
- Une lésion susceptible de se transformer en cancer étendu.
- Une récurrence.

- Une contre-indication a réalisé une radiothérapie (radiothérapie du thorax effectuée dans le passé). (**Luporsi(E), Leichtnam-Dugarin(L), 2007, p36**).

Le retour après l'opération se passe généralement bien car les patientes sont encore sous les effets de l'anesthésie et très fatiguées. Ces temps permettent l'approche de la patiente et l'entrée en relation.

La période post-opératoire est marquée, le lendemain le plus souvent, par la première réfection du pansement. Le pansement cache la cicatrice, et donc la réalité, et souvent elles appréhendent de voir cette cicatrice, cette confrontation avec le vide du sein. Ce moment qui peut être le lieu de nombreuses réactions. Il peut permettre à la patiente d'exprimer ses émotions, son ressenti, de mettre des mots sur ses inquiétudes et de prendre conscience de sa nouvelle image. Les réactions peuvent être très différentes d'une femme à une autre : pleurs, révolte, refus, résignation, repli sur soi, ou à l'inverse, acceptation voire soulagement pour certaines personnes en fonction du travail effectué en amont de l'intervention. Beaucoup de femmes refusent de voir la cicatrice, le choc étant encore trop difficile à affronter. (**Pereira (L), 2009, p22**).

### **9-2- la mammectomie et ses répercussions :**

#### **A/ répercussions physiques :**

##### **a) Modification corporelle :**

La mammectomie, par l'ablation d'un organe externe bouleverse le schéma corporel. Ce sein manquant rappelle sans cesse l'emplacement de la maladie, la mutilation. Le regard extérieur se porte alors directement sur cette asymétrie et influence forcément le regard de l'autre.

Le propre regard de la femme sur son corps est une épreuve, elle se découvre autrement, elle va devoir faire un travail de deuil consécutif à la

modification de son image corporelle, afin d'accepter son corps, guérir le corps comme l'esprit. (Fitoussi(A), 2007, p134).

**b) Modification des habitudes de vie :**

Cette mutilation va entraîner bon nombre de dommages sur la vie quotidienne. Il peut subsister des douleurs et des séquelles fonctionnelles dues au curage axillaire qui peuvent restreindre les activités physiques, loisirs ou tâches ménagères. Également certaines activités comme la natation, ou d'autres sports vont s'avérer très difficiles vis-à-vis de l'image corporelle. De plus, la fatigue due aux traitements peut être une difficulté de plus.

Il y aura des changements également sur les habitudes vestimentaires, certaines femmes doivent changer leur garde-robe car elles ne se sentent plus à l'aise dans leurs propres vêtements. (Fitoussi(A), 2007, p134).

**B /Répercussions psychologiques :**

Les répercussions psychologiques sont plusieurs types, celles liées au cancer avec tout ce que peut engendrer une maladie grave : l'angoisse de la mort, la peur, l'inquiétude, les remises en questions, les mécanismes de défense, l'isolement social...et celles liées à la mammectomie qui vont nécessiter un travail de deuil consécutif à la modification de l'image corporelle, et la défiguration du féminin. Ce travail peut être plus ou moins long et passera par plusieurs étapes : la dévalorisation avec la perte de la féminité, et de la maternité, le dégoût de soi-même, l'agressivité : colère ou refus de communiquer, la culpabilité (délais tardifs de découverte, consultation tardive), l'angoisse face au futur (la peur d'être abandonnée, des récidives, des traitements, de la mort) autant de perturbations psychologiques qui nécessitent souvent une approche par un professionnel spécialisé.(Fitoussi(A), 2007, p135).

Le trait d'affronter de tels changements physiques entraînent, tôt ou tard des remaniements psychiques importants qu'il importe de prendre en considération dans l'optique d'améliorer des femmes concernées et, de ce fait, leur satisfaction.

**C/Répercussions familiales et sociales :**

Peu importe l'âge auquel survient la maladie, les répercussions sur la vie familiale, affective, sociale, sont toujours présentes. Nos relations, nos rencontres et notre manière d'être au monde s'appuient énormément sur l'image du corps. La crainte du regard des proches, la peur du rejet, sont des sentiments souvent retrouvés dans de telles situations.

Dans un couple, sur le plan affectif, sexuel, relationnel, toutes les modifications physiques et psychiques que la femme subit peut être une épreuve à surmonter. De plus, les femmes ne peuvent plus être mères durant cette période, même l'allaitement est difficile voire impossible. Dans le cas où la femme est mère, elle ne peut s'occuper de ses enfants, le rôle de la mère va être donc bouleversé.

Pendant la durée du traitement, la patiente se voit obligée dans la majorité des cas d'interrompre son activité professionnelle, les liens sociaux sont souvent rompus, ou fragilisés.

La patiente atteinte de cancer peut difficilement faire des projets et se projeter dans l'avenir, non seulement par des préoccupations telles que la lutte contre la maladie mais aussi par des contraintes sociétales. (**Fitoussi (A), 2007,p134**).

**D/Répercussions sexuelles :**

Un nombre considérable d'études et de publications documentent sur l'impact du cancer du sein sur le fonctionnement sexuel de la femme (Haris, Good et Pollack, 1982) rapportent que plus de 50% de cas récents de cancer, les

femmes observent un certain nombre de symptômes qui incluent la douleur par exemple. Après les traitements, plusieurs femmes arrêtent les relations coïtales à cause de certains saignements, de la peur de se soigner, de la douleur et de l'anxiété.

De plus la plupart des patientes notent une diminution dans le cunnilingus au cours des activités sexuelles. La douleur est aussi un important problème dont souffrent la plupart des femmes atteintes du cancer.

La fatigue et l'anxiété peuvent aussi influencer l'expression sexuelle (**Anderson, 1986**), la fatigue peut s'attaquer directement au fonctionnement sexuel, la fréquence des activités sexuelles baissent de même que le niveau d'excitation sexuelle, les apportent d'une diminution dans la perception des indices de l'excitation sexuelle et la douleur durant les activités sexuelles. Les femmes atteintes d'un cancer du sein présentent une diminution de la libido et après l'annonce de diagnostic, il est tout à fait compréhensible de ne plus être intéressées par la sexualité pendant un certain temps, alors qu'elles se sentent menacées dans leur vie. Cependant la disparition du désir s'accompagne de peurs incontrôlables, d'une grande tristesse, de trouble de sommeil, de perte d'appétit ou de la sensation de ne plus servir à rien. Dans ce cas, il vaut mieux s'appuyer sur un soutien psychologique pour ne pas arriver à une situation qui est plus grave. (**Trupel (G), 2005, p505**).

## **10-Les mécanismes de défense utilisée par les cancéreuses :**

### **a)Le déni :**

Il est considéré comme l'un des premiers mécanismes de défense que manifeste la personne atteinte du cancer qui apprend une telle nouvelle et ne peut l'assimiler à son champ cognitif et la nie, ce mécanisme permet de voiler la force et minimiser la gravité de sa maladie afin de la rendre plus tolérable. C'est que le malade n'est pas encore prêt à affronter une telle épreuve. Il faut réaliser

que le diagnostic fatidique « vous avez du cancer » prend du temps à digérer. Nous devons le comprendre et respecter ce déni car il donne au malade cancéreux du temps pour réunir ses énergies et faire face à l'adversité mais il faudra à un moment ou l'autre l'amener à admettre sa situation afin qu'il soit fidèle au traitement.

Cette prise de connaissance devra se faire progressivement mais aussi avec aménagement, car la personne cancéreuse qui nie ses problèmes est placée devant une double difficulté : la menace du cancer et celle de la perte de son image de personne forte et robuste c'est beaucoup à encaisser. Il faut aussi savoir que la prise de conscience n'est pas toujours définitive et qu'il arrive que la personne oscille entre déni et acceptation de la réalité et bien qu'ayant exprimé plus de réalisme, elle retourne pour un temps à sa négation rassurante.

Certains malades peuvent également parfois se fixer quelques challenges à réaliser et celle pour prouver à eux-mêmes que le cancer ne les a pas atteints dans leurs capacités physiques, sportives, mais également dans leur force de vie. Donc la personne cancéreuse vit comme si de rien n'était, en fait encore d'avantage l'occasion du cancer, semble parfois s'apparenter à un véritable déni de la maladie et de leurs situations. (**Valanchon (H), 2010, pp111-112**).

#### **b) L'évitement :**

Un autre mécanisme utilisé par les cancéreux, c'est une réaction très proche de la négation puisque par ce mécanisme également le sujet cache la réalité pénible de son cancer en s'efforçant de ne pas penser à ce qu'il lui arrive et de ne pas en parler avec ses proches et ce qui est plus grave ; c'est qu'il risque aussi alors de se laisser tenter de ne rien faire, il cherche toutes sortes de moyen de diversion, ne détournant de tout ce qui peut rappeler la maladie, par exemple le contact avec les gens souffrants du même problème, des émissions de télévision ou des livres qui en traitent.

Ce mécanisme révélé plus de conscient que la négation, mais il est tout aussi irréaliste, l'a également sans obligation de pénétrer de son épreuve, il est parfois nécessaire de la ramener délicatement à la réalité donc la plus part des femmes atteintes du cancer du sein utilisent l'évitement comme étant une stratégie d'adaptation pour se cacher de la réalité pénible en s'efforçant de ne pas y penser ou d'en parler, ces formes là s'arrangent pour éviter tout contact avec les personnes. (**Brunner (S), 2006, p133**)

### **c)La projection :**

Toutes personnes atteintes du cancer voulant se libérer des remords qui les tenaillent face à leur maladie utilisent un autre mécanisme de défense qui est la projection.

La projection est le fait de ne pas se l'attribuer et l'imputer à quelque chose d'extérieur, soulage l'anxiété de la personne cancéreuse et son sentiment de culpabilité, cette façon de faire allège sa tension pour l'aider ; il faut évidemment éviter de renforcer la culpabilité du malade avec doigté, lui faire voir la nécessité de modifier certains de ces comportements de dépendance. (**Jeffrey, Nevid, 2009, p37**).

### **d) L'isolement :**

C'est un mécanisme touché par l'angoisse que cause la maladie au sujet, il réagit par l'isolation qui est un mécanisme de défense qui consiste à séparer une pensée ou un comportement de son caractère émotif et à couper les connexions avec d'autres pensées perturbatrices ou avec d'autres expériences de la vie de la personne qui pourraient y'être reliées, les effets du sujet cancéreux sont bloqués il demeure toutefois conscients de ce qui lui arrive, mais il n'en souffre pas. Il peut par exemple parler de son cancer ou de son traitement avec les amis sans être troublé par l'émotion, l'isolement n'est en somme qu'un mécanisme de

camouflage qui demande cependant l'énergie affective.(**Jeffrey, Nevid, 2009,p37**).

**e)La régression :**

Le cancéreux éprouve des difficultés face aux traitements imposés par sa maladie, il se prend alors en pitié, se reporte sur les saignants pour tout et devient dépendant et exigeant il se montre même susceptible égocentrique avec les seins, il se désresponsabilise et se laisse aller à la dépression. C'est une réaction de défense infantile de protection, de passivité et d'abandon à la dépendance par rapport à l'entourage, qui est fréquente à se reporter sur le médecin, son besoin d'attention de réconfort et il trouve bien agréable de recevoir des visites. Ce mécanisme de régression lui apporte non seulement la chaleur douillette de la relation avec le personnel et avec ses proches mais il lui procure en même temps sécurité et jouissance. C'est presque au point de désirer être malade, mais il y'a plus dans sa situation, le malade cancéreux se trouve dévalorisé, diminue, sans énergie et la présence de quelqu'un qui le maternelle, lui transmet le message qu'il vaut la peine qu'on s'occupe de lui. (**Jeffrey, Nevid, 2009, p37**).

Cet état de régression est aussi utile comme traitement, car il est propice à lui faire accepter les soins, il faut alors lui parler de l'importance de la fidélité au traitement, de l'espoir d'un mieux-être. Tout en évitant de lui faire entrevoir des paradis impossibles, mais nous devons aussi prendre garde car ce mécanisme peut devenir nuisible s'il entrave trop fortement la participation active de la personne soignée à son traitement.

La régression est un mécanisme adaptatif qui permet à la personne de gagner un peu de temps ou se donner un peu de répit avant de s'engager à plein dans la responsabilité de son traitement. (**Jeffrey, Nevid, 2009, p38**).

**f) Le clivage :**

Le clivage sert un autre mécanisme qu'utilise la personne lorsque la situation devient particulièrement difficile, au lieu de s'angoisser en regardant les cotés négatifs de son sort, il voit aussi les positifs par exemple une femme atteinte d'un cancer du sein pense qu'avoir un cancer du sein c'est sérieux mais elle pense toujours à l'efficacité du traitement en disant qu'elle réagit bien aux traitements.

Le clivage, particulièrement le clivage de l'objet, est ce mécanisme qui sous influence de l'angoisse permet aux sujets d'accepter à la fois des cotés négatifs et les cotés positifs, ces deux aspects existent en même temps dans son esprit. C'est l'un des mécanismes les plus importants pour le développement de la personnalité (présent depuis le début de la vie psychique, il permet l'organisation des émotions, des sensations, et des pensées préalables, essentiel à tout processus d'intégration et de socialisation). Ce mécanisme permet de maîtriser l'angoisse en divisant le regard sur la réalité. Il aide à réagir en même temps de deux manières différentes et parfois même opposées l'une tenant compte du coté satisfaisant, l'autre coté pénible des choses. (**Jeffrey, Nevid, 2009, p39**).

**g) La sublimation :**

C'est un autre mécanisme de défense qui est souvent présent dans la pathologie cancéreuse en raison de la gravité et de la signification morbide de cette maladie. En effet le terme cancer remonte à l'antiquité est presque inexorablement associé à la mort et des images de terreur et d'angoisse, il est perçu comme un mal qui ronge et dévore, il n'est donc pas étonnant qu'il pousse le sujet à s'élever vers des valeurs supérieures plus rassurantes.

En effet la sublimation favorise la dérivation de l'énergie d'une pulsion jugée inacceptable et provenant dans certains cas du désir d'une gratification sexuelle, de la volonté d'expression du ressentiment et de l'agressivité vers des pensées,

des valeurs, des activités jugées plus morales ou plus valables. . (Jeffrey, Nevid, 2009, p39).

#### **h. La formation réactionnelle :**

C'est un mécanisme utilisé par la personne qui manifeste extérieurement une manière d'être opposée à ce qu'elle est ou ressent, par exemple une personne qui se dévalorise facilement et en manque de confiance en elle-même, par formation réactionnelle, manifester une superbe assurance et même se vanter de certaines qualités. Le cancéreux comme bien d'autres grands malades pour ne pas alarmer les siens, recourt souvent à ce mécanisme, de cette manière il évite de s'arrêter à sa souffrance, repousse la prise de conscience de ses désirs non assouvis, de ses espoirs incertains, de ses émotions débordantes qu'il juge inacceptable.

C'est ainsi qu'en posant des gestes et en adoptant des attitudes contraires à ce qu'il vit intérieurement dans l'immédiat, que le cancéreux peut continuer à se montrer fort, il se forge une carapace de protection contre lui-même.(Jeffrey, Nevid, 2009, p40).

#### **i) La compensation :**

Le cancéreux vit de nombreuses frustrations et il tente par compréhension de trouver des substituts à ses pertes et à ses limites réelles ou imaginaires, entre ses traitements il sent son énergie psychique en baisse et il réagit par la boulimie ; mangeant tout ce qui lui tombe par la main. Une conversation ouverte permet au sujet de réaliser sa recherche du paradis perdu et le mécanisme qu'il développe à compenser la perte. Cet appel au réalisme doit toujours s'enraciner dans la compréhension empathique. (Jeffrey, Nevid, 2009, p40).

**j) Le retrait apathique :**

Certains jours particulièrement difficiles, le cancéreux est triste semble manquer d'énergie ; il s'enferme alors dans un état d'apathie, de distanciation protectrice fait d'inférence affective, de diminution des relations sociales et des activités extérieures, il manifeste une soumission passive inhabituelle aux événements et aux soignants. C'est le retrait apathique qu'il lui permet de rendre les jours difficiles plus supportables. (**Bensoussan(P), Dudoit(E), 2009, p179**).

**k) Le retournement contre soi :**

La personne cancéreuse manifeste par moment tous les symptômes de tristesse et de manque d'énergie d'une part, la personne se dévalorise et se trouve indigne à cause de son comportement (additif) antérieur, mais aussi à cause de sa maladie, mais d'autre part, il ressent une grande agressivité envers la vie, les autres et lui-même si on lui en parle il nie cette agressivité mais la tourne d'une manière inconsciente contre lui-même en se blâmant, en se diminuant et en entretenant son sentiment de culpabilité. Ce mécanisme de retournement sur soi peut être responsable de désirs d'autopunition et même d'auto destruction. Le cancéreux la manifeste généralement dans les moments de tristesse. (**Bacqué(M),2011, p06**).

**L) L'affiliation :**

Devant toutes les difficultés que le cancéreux rencontre, il éprouve le besoin de se pencher et de rencontrer quelqu'un qui le comprend et puisse le soutenir et écouter sa souffrance dans un climat de compréhension chaleureuse.

L'affiliation est un mécanisme de nature adaptative précieux dans l'épreuve qui s'inscrit parmi les mécanismes propres au dégageant et au coping, il permet à la personne de trouver du réconfort en se tournant vers son réseau de soutien, mais sans en devenir dépendant. Ce mécanisme se manifeste par le fait de dire à

une personne les peurs et la douleur que l'on ne confie pas à d'autres, c'est de confier ses difficultés et ses inquiétudes à quelqu'un en qui on a confiance pour se libérer de l'angoisse.

Le malade établit une relation unique avec le médecin comme tout membre de l'équipe cette relation se traduit par une notion de confiance « ce médecin est mon médecin » ; cette dernière phrase ne signifie pas seulement la notion de possession mais il s'agit aussi de confiance. **(Bacqué (M), 2011, p06).**

### **11-Après la mammectomie :**

Le vécu de la mammectomie et son retentissement psychologique peuvent avoir des répercussions plus ou moins durables sur le plan émotionnel (comme une dépression), physique (comme une mammectomie), psychique (de la tristesse) et social (la perte de son emploi). La femme mammectomisée devra continuer à y faire face une fois le traitement terminé. Cela n'est pas toujours facile.

Cependant, la personne doit tenter de réapprendre à vivre en dehors de l'hôpital, même si c'est un lieu rassurant.

#### **11-1- La gestion des émotions :**

Durant les premières semaines qui suivent la mammectomie, la femme doit trouver de nouveaux repères. Pendant plusieurs mois, sa vie était organisée autour du monde médical, s'adaptant aux contraintes des traitements. Et après la mammectomie la femme se demande parfois si elle est bien guérie. Se sentir guéri prend du temps. La peur de la récurrence est souvent présente.

Que ce soit pour la femme mammectomisée comme pour ses proches, il faut plus ou moins de temps à chacun pour intégrer l'épreuve du cancer et retrouver un rythme de vie. S'en laisser le temps est nécessaire. Un soutien

psychologique spécialisé peut les aider à intégrer tous les bouleversements physiques et psychologiques.

Pour certains, la période qui suit la mammectomie correspond aussi à un regain d'énergie marqué par des moments d'hyperactivité et d'euphorie. Certains vivent ce moment comme une nouvelle naissance et une chance. (**Dolbeault (S), Marx (E) et Coll, 2007, p46**).

### **11-2- La peur de la récurrence :**

Pendant cette période, la femme mammectomisée ressent souvent le besoin d'être rassurée par des examens réguliers. Les examens de contrôle ne lui semblent pas assez nombreux et parfois, elle s'en inquiète. Il faut savoir que des examens trop rapprochés ne sont pas forcément utiles ; ils peuvent, au contraire, renforcer l'angoisse petit à petit, ce besoin s'estompera. (**Dolbeault (S), Marx (E) et Coll, 2007, p47**).

### **11-3- La fatigue :**

La mammectomie a engendré une fatigue physique importante. Elle empêche quelque fois de reprendre une vie comme celle menée avant.

Le corps n'est plus le même. La personne se sent plus vite fatiguée. Cette fatigue ne disparaît que progressivement une fois les traitements terminés. Elle doit se laisser du temps pour apprendre à vivre autrement. Les mois passants, l'énergie et la vitalité reviennent. (**Dolbeault (S), Marx (E) et Coll, 2007, p47**).

### **11-4- L'alimentation :**

La femme mammectomisée peut prendre ou perdre du poids. De nombreux facteurs peuvent être en cause, comme par exemple :

- L'absence d'activité physique due au besoin de se reposer.
- Le grignotage engendré par la fatigue, les nausées et l'anxiété.
- La prise de médicaments.
- La façon dont la personne a vécu sa mammectomie.

Il arrive que les femmes mammectomisées modifient leurs habitudes alimentaires lors de la maladie certaines doivent adopter leur alimentations, la consommation d'alcool ou de tabac. Un cancer est parfois l'occasion de diminuer ou renforcer à des comportements néfastes pour sa santé. (Dolbeault(S), Marx(E),etColl., 2007, p48).

### **11-5- La sexualité :**

Les modifications physiques liées aux traitements (fatigue, perte des cheveux, difficultés sexuelles, etc.) Et plus particulièrement, à la chirurgie (cicatrices, mammectomie, amputation,...etc.) modifient les relations au sein du couple et de la famille.

Les couples confrontés à ces situations vont avoir besoin de temps pour apprivoiser ce nouveau corps, se rassurer mutuellement, retrouver leur intimité et aménager leur vie conjugale. (Dolbeault (S), Marx (E), et Coll., P49)

### **11-6-La réinsertion socioprofessionnelle :**

Retourner au travail peut être vécu comme angoissant, le poste de travail peut ne plus convenir...etc. Différentes solutions sont envisageables avec l'assistante sociale.

## **12-Quelques effets psychologiques du cancer du sein sur les femmes mammectomisées :**

### **12.1 Altération et perturbation de l'image de soi :**

La mammectomie du sein est considérée comme étant agressive pour le corps puisque ; il peut facilement modifier l'apparence, plusieurs types de conséquences peuvent être dénombrés ; perte ou modification d'une partie du corps, ablation, amputation, cicatrice, défiguration, changement de sensation, impression d'être incomplète , difficulté d'ajustement aux prothèses, limitation de certaines habilités(difficulté à se déplacer, altération de la démarche, difficulté a aligner ses bras) et effet secondaires de certains traitements(perte de cheveux, fatigue, décoloration de la peau) toutes ces perturbations influencent sur toute la vie, elle sont considérées comme une confusion dans la représentation mentale du moi. **(Pascal(A), Valentin (E), 2006, p194).**

### **12.2 Le premier regard sur soi :**

« Il n'y a pas d'analgésiques pour apaiser l'angoisse de ce premier regard sur soi ». C'est alors une terrible errance psychique qui commence pour les patientes, le sentiment d'être trahi par ce corps, de ne plus se reconnaître. **(Ricardat(E),Taeib(L), p68).**

La patiente découvre cet endroit de son corps, elle n'y voit plus son sein et c'est un choc très terrible, il n'y a pas d'analgésique pour apaiser l'angoisse de ce premier regard sur soi c'est alors une affreuse errance psychique qui commence pour les patientes, le sentiment d'être trahi par ce corps, de se reconnaître. Ce premier regard sur soi est cependant un premier pas vers la réconciliation avec son corps, car imaginer la cicatrice est encore plus terrible. Ce face à face est traumatisant mais nécessaire. L'important est que les femmes puissent rapidement reprendre leur autonomie. **(Periera(L),2009, p26).**

### **13-Comment partir des besoins des patientes en oncologie ?**

- En s'intéressant à ce qu'ils vivent.
- En tissant des liens de confiance.
- En imaginant avec elles les possibilités.

- En essayant d'apaiser le conflit entre corps réel et l'image du corps imaginaire (parfois idéalisée).
- En explorant le vécu corporel (activités physiques et sportives, maladies antérieurs, accidents,...).

**Synthèse**

Certes, de plus le cancer du sein est devenu une maladie fréquente chez les femmes et les chances de guérison ont nettement progressées, c'est évidemment une très bonne chose.

Mais, les avancés de la médecine ne doivent pas faire oublier une réalité fondamentale, chaque femme garde un rôle essentiel à jouer face au cancer du sein.

**Préambule :**

En psychologie, l'image corporelle est décrite comme les attitudes que nous avons envers notre corps et son apparence. Une altération de cette image corporelle induit une série de réactions émotionnelles perceptuelles et psychologiques.

Le terme image corporelle apparaît pour la première fois par PAUL Schilder (1935) ; qui le considère comme étant la façon dont notre corps nous apparaît à nous même.

En effet, l'image corporelle qu'une personne peut développer, peut être positive ou négative ; elle peut aussi influencer sur son estime de soi.

Tout au long de ce chapitre ; nous allons préciser le concept d'image du corps, il est essentiel de définir et expliquer cette notion selon différents auteurs.

## **1-Définition des concepts : image, corps, image du corps**

### **1.1. Image :**

Représentation mentale d'un objet absent, à la différence de l'idée plus abstraite. L'image garde quelque chose de concret, née de l'activité spontanée de l'esprit et d'une analyse artificielle antérieure.

L'image est un événement psychologique qui a pour vocation de restituer l'apparence figurative des objets ou des événements en dehors des conditions matérielles de réalisation d'un champ perceptif. Toutes les modalités sensorielles susceptibles de faire l'objet d'évocations imaginées. Les images visuelles sont les plus largement étudiées en psychologie, mais il convient de ne pas négliger d'autres domaines comme l'imagerie auditive, l'imagerie olfactive, l'imagerie gustative, l'imagerie kinesthésique.

Les images sont des instruments de la mémoire, elles redonnent une actualité cognitive à des perceptions appartenant au passé de l'individu. (**Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse.P.451**).

### **1.2. Corps :**

Le corps est un instrument des conduites et support de l'identité. La conscience corporelle élabore sa genèse à travers des automatismes de posture, des gestes expressifs jusqu'à la découverte de soi, du partenaire et des objets. L'expérience spéculaire joue un rôle particulier dans l'identification d'une image corporelle unifiée. (**Doron.R, Parot.F, dictionnaire de psychologie, 2005.P166**).

### 1.3. L'image du corps :

« L'image du corps humain, est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». (**Schilder, 1968, p35**).

« L'image du corps paraît appropriée pour décrire les aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu, non seulement à propos d'un corps-objet pourvu de propriétés physiques (taille, poids, volume, orientation), mais aussi à propos d'un corps-objet investi d'affects complexes, plus au moins conscient, et souvent de nature auto-évaluative » (**Bruchon-Schweitzer, 1990, p176**).

**Bruchon-Schweitzer (1990)** ; dit que « l'image du corps est une configuration globale intégrant l'ensemble des représentations que l'individu a élaborées vis-à-vis de son propre corps, à travers diverses expériences vitales ».

« L'image corporelle se définit par la représentation du corps par la perception qu'à une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. Une image corporelle positive est très importante pour l'épanouissement et le bonheur. Elle se construit à partir des sentiments et des valeurs de la personne, des messages transmis par l'entourage et du contexte socioculturel ; elle peut se modifier au fil du temps, par exemple, une grossesse peut conduire une femme à avoir une image corporelle négative ».

**1.4 L'image corporelle est définie par (Bon Price, 1998) en trois composantes :**

**1.4.1. Le corps réel :**

C'est le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu. C'est en quelque sorte une composante de l'environnement.

Le corps réel change à la fois parce qu'il vieillit d'une part, et parce qu'on utilise en permanence d'autre part. De même, les traumatismes, le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer de manière radicale le corps réel.

Un regard réaliste sur les possibilités et les limites du corps réel constituent souvent l'élément déclenchant d'une réflexion autour de ce qui menace l'image corporelle et d'une prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle. Quand le corps réel change, il s'écoule souvent un certain laps de temps avant que l'image corporelle change elle aussi. Durant le laps du temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit.

**1.4.2. Le corps idéal :**

Conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par la publicité et par les diverses modes concernant la forme physique et la santé. L'image mentale du corps est l'image mentale du corps rêvé et des prouesses qu'il devrait accomplir. La conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par corps idéal peut être perturbée par une altération du corps réel et toute perturbation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne.

### **1.4.3. L'apparence :**

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal et c'est pour essayer de faire correspondre le rêve à la réalité que l'on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est littéralement, la façon de s'habiller, de se coiffer, de soigner sa représentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme canne ou appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne de même, la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps idéal), peut aussi changer radicalement l'apparence. **(ISC.image corporelle.octobre2006).**

### **2. La genèse de l'image du corps :**

Issue d'analyses d'enfants, la genèse du concept plonge d'emblée aux premiers temps de la vie. Elle l'applique chez l'adulte aux cas psychologiques les plus sévères, renvoyant aux atteintes psychiques les plus archaïques.

**Dolto** insiste longuement sur la nécessaire séparation entre l'image inconsciente du corps et le schéma corporel. Le second relève d'une bonne maturation neurobiologique, et repose sur des processus décrits par l'anatomie. Il occupe le conscient et un peu le préconscient.

L'image du corps relève, de l'inconscient. Elle est « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles », « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ». Elle « réfère le sujet du désir à son jouir ».

L'image du corps est « portée par -et croisée à- notre schéma corporel ». L'une est sous-tendue par le désir, l'autre par le besoin. **(L'image inconsciente du corps de Françoise Dolto).**

### **3. Cancer, traitement et modifications corporelles :**

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

Ces modifications et altérations, permanentes ou temporaires, peuvent avoir des conséquences psychosociales particulièrement négatives : anxiété, symptômes dépressifs, baisse de l'estime de soi, sentiment d'une perte de contrôle de son corps, perte de la capacité de séduction. De même, on peut constater que plus l'investissement des individus sera important vis-à-vis de leur apparence, plus ils expérimenteront de détresse. (**Ben Soussan (P)**, 2004,p40).

### **4. Vivre les modifications corporelles : stigmatisation, identité, et sexualité :**

#### **4.1. La stigmatisation :**

Il est difficile d'aborder la question des modifications corporelles sans évoquer les processus de stigmatisation qu'elles sont en mesure de provoquer. Les processus de stigmatisation associés aux maladies comme le cancer dépendent de plusieurs critères : les incapacités produites, la résonance symbolique de l'atteinte, l'estimation faite sur la part des responsabilités du malade dans la survenue de sa maladie, mais également le marquage corporel de la maladie. La stigmatisation peut conduire à des difficultés en termes d'insertion sociale, à une perception de soi négative, voire à une remise en cause de l'identité sociale.

Ainsi, l'alopecie induite par les traitements chimiotherapiques produits de stigmatisation. Les patients associent cet événement à une perte de personnalité et à une modification des interactions sociales et développent des stratégies (utilisation de perruques ou de foulards, banalisation, provocation) pour y faire face.

#### **4.2. L'identité de genre :**

Les modifications corporelles peuvent engendrer un remaniement identitaire. Certaines atteintes touchant à l'intimité des malades, génèrent des enjeux symboliques spécifiques. Ainsi, la question de la féminité, et plus largement celles des identités de genre, est parfois au cœur du vécu de la situation de maladie. Ainsi, la mammectomie est des interventions qui portent atteinte directement à l'identité féminine.

#### **4.3 La sexualité :**

De fait, si les mammectomies atteignent les femmes par mutilation d'un attribut de féminité investi socialement et symboliquement, elles les touchent aussi par la disparition d'un organe qui a une fonction importante dans les stimulations participant à la satisfaction liée aux relations sexuelles. De plus la modification du coup n'est pas sans répercussions sur la capacité que ressent le malade de se montrer à l'autre, et le plus particulièrement lorsque le corps doit être investi à un niveau érotique. (**Ben Soussan (P)**, 2004, p45).

#### **5. L'estime de soi :**

L'estime de soi est une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept de soi). En tant que structure cognitive, le concept de soi est fait d'éléments auto descriptifs (traits, comportements, états...), chroniquement accessibles ou temporairement saillants, variant quant à leur

désirabilité ou leur utilité sociale. Cette valeur résulte de processus d'intériorisation et de comparaisons sociales plus ou moins sélectives. Bien que certaines personnes s'attribuent peu de valeur (dépressifs), les psychologues tablent sur une motivation des gens à maintenir l'estime qu'ils ont eux même à un niveau élevé. **(Ersoc Roland et Françoise Parot. p 2012).**

Valeur personnelle, compétence, qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi actuel, d'une part et d'autre part, le moi idéal, le moi qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent. **(Bloch H, et all. 1999. p117)**

L'estime de soi est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous- même. On peut dire aussi c'est l'appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation : d'un jugement de valeur à propos de soi. **(Saint Paul (J), 1999,p07).**

## **6. L'importance de l'estime de soi :**

Adopter une attitude positive envers soi-même a été, depuis longtemps, considérée comme facteur important par un grand nombre de théoriciens de la personnalité (ROGERS, MURPHY, HORNEY, ADLER), mais rares sont ceux qui en ont réellement étudié les conséquences.

Cette importance accordée à l'estime de soi est aussi reconnue par de nombreux psychologues travaillant dans les domaines cliniques et sociaux.

Cependant peu d'études ont été faites sur les comportements spécifiques auxquels se rapporte l'estime de soi ou pour établir en quoi elle constitue un déterminant effectif et actif de la personnalité.

Dans un livre fondamental sur ce sujet, « the self concept » Ruth Wyllie fait le point sur les travaux dans ce domaine. Ainsi, il apparaît que les personnes qui demandent une aide psychologique, déclarent fréquemment qu'elles souffrent d'un sentiment d'incapacité et d'infériorité.

Ces personnes se considèrent comme incapable d'améliorer leur situation et comme manquant des ressources intérieures nécessaires pour supporter ou réduire l'anxiété suscitée par les événements stressants de la vie quotidienne.

Les cliniciens ont observé que les personnes qui doutent de leur valeur ne peuvent accéder à une vie affective harmonieuse par crainte de dévoiler leurs insuffisances et donc d'être rejetées. Elles évitent toute relation affective trop impliquant et finissent par se sentir isolées.

De nombreuses recherches menées ou sur le terrain, tendent à renforcer l'opinion des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et les rapports sociaux.

Des études sur la motivation suggèrent que la volonté d'accéder à un statut social élevé ou d'obtenir une forte reconnaissance sociale provient, pour une large part, du désir de conserver une image positive de soi-même

Des travaux expérimentaux indiquent qu'une personne qui a peu d'estime d'elle-même est moins apte à percevoir les tentatives d'influence ou d'intimidation.

Au contraire, les personnes qui ont une haute estime d'elle-même se font une idée très affirmée de leurs capacités et de leur individualité. **(C.P.A.1984.p7).**

### **7. La confiance en soi :**

Un sentiment qui découle naturellement de l'estime de soi. C'est la raison pour laquelle nous intéresserons tout d'abord à cette dernière. **(Saint Paul (J),p02).**

Sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi. La confiance en soi renvoie particulièrement à l'un des aspects essentiels de l'estime de soi : une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence. On la définira donc comme le sentiment d'assurance et de sécurité de celui qui peut se fier à lui-même. **(ibid.p09).**

### **8. La représentation du corps :**

Les représentations du corps sont variées. Une représentation corporelle peut être réelle, matérielle (une photographie pour le photographe) ou mentale (une image mentale pour le psychologue cognitiviste). Elle peut être personnelle (une représentation mentale, une image de soi dans le miroir) ou pour-autrui (l'analyse du corps est un objet d'art dans le body art) ou non (les images des mutilations involontaires du corps). Lorsque nous parlons ici de la représentation du corps, nous faisons référence à un vaste champ d'étude pluridisciplinaire qui s'interroge sur la manière dont le sujet connaît son propre corps, sur la représentation interne du corps externe. Dans la littérature, une multiplicité de termes liés à ce phénomène coexiste. La représentation corporelle, le schéma corporel, l'image du corps, la représentation interne du corps, la représentation mentale du corps,...sont autant de formules pour exprimer une sorte de copie intérieure du corps externe.

Par représentation corporelle, nous faisons référence plus particulièrement à ce que l'on désigne dans la littérature par l'image du corps et le schéma corporel. Les représentations du corps que sont l'image du corps et le schéma corporel est un sujet immense qui traverse de nombreuses disciplines très diverses comme la psychanalyse, la psychologie du développement, les neurosciences, la philosophie...

Expliquons rapidement la distinction entre le schéma corporel et l'image du corps. A l'origine, le schéma corporel est un concept issu de la neurologie (Head et Holmes) alors que l'image corporelle est un concept neurologique et psychanalytique (Schilder). L'usage de ces concepts est maintenant pluridisciplinaire est fréquent en sciences humaines. Il s'agit de concepts corporels très répandu qui permettent d'étudier les troubles psychophysiques.

Les concepts de schéma corporel et de l'image du corps que nous venons d'esquisser ne sont pas des termes univoques dans le domaine des sciences humaines. Le schéma corporel et/ ou l'image du corps peut désigner une réalité neurologique et inscrite sous la forme de connexions neuronales dans le cerveau. La représentation corporelle est aussi virtuelle si l'on se réfère, par exemple, aux expériences sur l'extra corporalité et selon lesquelles le sujet peut se voir lui-même virtuellement. L'image/ Le schéma du corps sont des représentations stables. La représentation du corps permet de se connaître comme une entité unique (le moi) ou bien au contraire, elle se disperse, car le sujet peut transformer l'image de son corps en de multiples représentations corporelles. **(Isabelle Joly, 2011, paris) (p12-15).**

**9. L'image de soi :**

Prise dans le sens subjectif en non pas physique (l'image dans le miroir), l'image de soi est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes de son développement et dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve.

Il y'a ainsi pas une, mais de multiples images de soi. Les psychologues de l'enfant et les psychanalystes ont montré comment ces représentations se construisent à travers un jeu d'identification aux personnes de l'entourage ou à des figures héroïques réelles ou imaginaires.

Les images de soi dépendent aussi du regard et des évaluations que les autres portent sur l'individu.

Enfin, l'image de soi se rattache à la genèse de la conscience de soi. **(Doron. R, P363).**

**10. Le schéma corporel :**

Proposé par P.Schilder en 1923, ce terme désigne « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même ». Il est peu à prés synonyme de ceux d'image du corps et de modèle postural. Toutefois, la notion de schéma (ou schème) souligne, par rapport à celle d'image, qu'il ne s'agit pas seulement d'une accumulation de données perceptives ou de productions imaginatives, mais bien sûr d'une structure qui intègre un ensemble d'informations en, le concept de schéma corporel revêt un sens plus large intégrant d'autres données sensorielles et tenant compte du corps en mouvement dans les interactions physiques et sociales avec l'environnement.

Les informations qui contribuent à la construction du schéma corporel proviennent donc de sources multiples : sensations tactiles, thermiques et douloureuses, sensations visuelles et vestibulaires, musculaires et viscérales. Un

principe organisateur assure non seulement l'intégration de ces sensations, mais crée le sentiment de l'unité et de l'individualité du corps propre. Selon P. Schilder, ce principe ne relève pas seulement des processus d'intégration cognitive, de nature neurophysiologique, mais d'une disposition affective qui tiendrait à l'investissement de la libido sur le corps, c'est-à-dire d'un investissement narcissique.

Ces dernières explications montrent bien l'originalité de la démarche de P.Schilder, qui prend en considération aussi bien les données psychanalytiques que neurophysiologiques. . **(Roland Doron et Françoise Parot, 2005, P 645-646).**

Le schéma corporel est une perception individuelle de notre "Moi-Peau". Il exprime la façon dont le corps est, et s'organise dans l'espace. Le schéma corporel est synonyme de spatialité corporelle. C'est un schéma anatomique et fonctionnel du corps. Anatomique en ce qu'il reflète la perception qu'a un individu des rapports des différentes parties de son corps entre elles et avec son environnement. Fonctionnel en ce qu'il exprime la perception qu'a ce même individu de la mécanique de ce corps biologique.

L'image du corps se construit à force d'expériences agréables ou douloureuses ; à travers le regard des autres ; dans la rencontre du corps des autres. Toucher son propre corps, découvrir où il réagit au plaisir ou à la douleur, découvrir comment l'utiliser dans son rôle moteur contribue à en structurer l'image. La peau a une fonction importante dans la formation de l'image du corps. Cette fonction est d'autant plus importante que la peau a été suffisamment stimulée par la mère au cours du développement du nourrisson.

L'image de soi relève du schéma corporel, mais elle peut aussi s'éloigner de la réalité objective du fait de l'idéalisation de ce qu'elle voudrait être. La psyché prend alors le pas sur la perception anatomo-physiologique.

L'image de l'apparence extérieure du corps et le schéma corporel ne coïncident alors pas obligatoirement. La conception que l'individu a de l'image de son corps est souvent beaucoup plus fonction de la qualité de l'investissement libidinal de ce corps que de la réalité. Le "Moi idéal", situé à l'extérieur du "Moi-Peau", image idéale de ce que nous voudrions être, mais de ce que nous ne sommes pas, en est un exemple. A cause de ce déphasage entre l'image et la réalité, le corps peut devenir source de culpabilité et de honte.

L'image du corps résulte d'informations neurologiques, d'une construction psychique auxquelles nous pouvons ajouter l'investissement libidinal qui en est fait. Un défaut de perception de l'information, une construction fragile ou un mauvais investissement libidinal peuvent provoquer un sentiment de désagrégation, d'éclatement du corps : "je suis cassé ", "déchiré", la sensation pour le sujet de ne plus se reconnaître dans le miroir. Une impression d'anormalité d'une ou de plusieurs parties de son corps en fonction de l'investissement conflictuel qu'il en a fait.

L'image du corps joue un rôle important dans la socialisation de l'individu tout au long de sa vie. (**Article d'Annick Audibert-Pouzet et de Jean-Louis Gouget**).

**Synthèse :**

En guise de conclusion, on peut dire que l'image du corps est la manière dont le sujet perçoit son propre corps car celui-ci ne peut jamais être appréhendé en lui-même.

L'image du corps est aussi une construction psychique de la représentation du corps.

L'image corporelle correspond à la perception et au vécu intime, le plus souvent inconscients, que nous établissons avec notre propre corps. L'image du corps est un fondement de l'estime de soi. L'estime de soi est justement l'appréciation que nous pouvons nous faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres. On peut comprendre que le cancer du sein et ses traitements peuvent affecter l'image corporelle et l'estime de soi.

**Préambule :**

Au cours de ce chapitre, nous allons présenter les différentes étapes qu'on a suivies durant notre recherche qui est « l'image du corps chez les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein ».

Dans ce chapitre on va démontrer les stratégies de la méthodologie de la recherche, description de lieu de recherche, présentation du groupe de la recherche, ses critères et ses caractéristiques, les outils de la recherche, ainsi que nous avons choisi de pratiquer le test projectif « le rorschach » qui nous permet de cerner la nature de l'image du corps chez les femmes qui ont subi une ablation d'un ou des deux seins, enfin le déroulement e la pratique et les difficultés rencontrées.

**1. La méthode de la recherche****1.1. la méthode descriptive :**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode normative et développementale, enquête).

Elle intervient en milieu naturel et tente de donner, à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (**ChahraouiKh, Benony H.2003.P125**).

**1.2. L'étude de cas :**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individu, 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 premiers

psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution.

Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées. (**ChahraouiKh, Benony H.2003.P125**).

Selon **W.HUBER** l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et genèse de ces problèmes » (**Pedinielli (J.L), 2005.P64**).

On a utilisé cette méthode dans notre recherche, afin de décrire la qualité de l'image du corps chez les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein.

## **2. Le groupe d'étude :**

### **2.1. Les critères de la sélection :**

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

- a-** Il s'agit des femmes atteintes d'un cancer du sein.
- b-** Ces femmes ont subi une mastectomie d'un seul sein.
- c-** Des femmes de différents âges, mariées, célibataires, veuves.

### **2.2. Les caractéristiques du groupe d'étude :**

Notre groupe de recherche est constitué de quatre (4) femmes, de différentes situations familiales, qui ont été choisies au sein du service d'oncologie de l'établissement public hospitalier **BENMERAD EL MEKKI D'amizour**.

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

**2.3. Les caractéristiques du groupe de la recherche :**

<b>Caractéristique</b>	<b>Age</b>	<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Situation professionnelle</b>	<b>Situation familial</b>
Bachra	40ans	Terminal (bac)	Femme au foyer	Célibataire
ASSIA	53 ans	Analphabète	Femme au foyer	Mariée
NASSIMA	42 ans	4ème primaire	Femme au foyer	Mariée
HASSIBA	49 ans	4ème primaire	Femme au foyer	Mariée

- **Tableau<sup>o</sup>1** : tableau récapitulation des caractéristiques de notre groupe d'étude.

Le choix des cas de notre groupe recherche s'est fait d'une manière précise et non pas au hasard, on s'est basé sur des femmes qui ont subit une mammectomie au niveau du sein.

**Remarque :** les prénoms des femmes présentés ci-dessus ne sont pas leurs vrais prénoms.

A partir de ce tableau nous constatons que l'âge des femmes se situe entre 40 et 53ans. Le niveau d'instruction est le véritable, et de différents niveaux.

**3. Description du lieu de recherche :**

Une approche du terrain est nécessaire pour aboutir aux objectifs de notre travail de recherche.

Notre étude s'est accomplie au sein de l'établissement public hospitalier **BENMERAD ELMEKKI** qui domine la ville **D'amizour**, qui se situe à 25km du centre de la wilaya de Bejaia. Cet Hôpital est fondé le **20/08/1993**, comportant cinq services de soins dont chacun occupe un étage particulier. Parmi ceux-ci, le service d'oncologie où nous avons réalisé notre travail de recherche. Ce service est mis en œuvre le **27/01/2007**, afin d'assurer des soins ambulatoires pour les patients cancéreux notamment les patientes atteintes d'un cancer du sein.

**3.1. La structure du service :**

C'est un service qui comprend :

1. Bureau des médecins.
2. Bureau des infirmiers.
3. Pharmacie.
4. Bureau des paramédicaux.
5. Salle des soins et de préparation du traitement.
6. Bureau du personnel médical et du secrétaire.
7. Quatre petites chambres de deux (2) lits, une moyenne de trois (3) et une dernière de huit (8) lits avec un téléviseur pour chacune. Ce sont des chambres dans lesquelles se fait l'examen clinique ainsi que la prise du traitement.
8. Une grande salle d'attente.

9. Un sanitaire.

10. Une salle de détente.

### **3.2. L'équipe professionnelle :**

Le service dispose de :

1. Deux (2) oncologues.
2. Trois (3) médecins généralistes.
3. Cinq (5) infirmiers.
4. Deux (2) aides-soignants.
5. Un chef de service.
6. Un secrétaire.
7. Deux (2) psychologues

### **4. Les outils utilisés :**

#### **4.1. L'entretien :**

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi comme le propose *le petit Robert*, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. (**Chahraoui.Kh, Bénony.H, P.11**).

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour

accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre les discours et le substrat psychique.

En clinique l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (**ibid.P.12**).

La manière de mener un entretien dépend d'un certain nombre de facteurs : des objectifs de l'entretien (visée diagnostique, thérapeutique, de recherche ou d'orientation) ; des modèles théoriques et de la formation du clinicien ; de la personnalité, de l'âge du sujet et des aspects de l'interaction au cours de l'entretien ; de la demande ; du moment et des conditions de l'entretien. (**ibid.P.13**).

L'entretien clinique peut s'inscrire dans une activité d'intervention psychologique en offrant une relation d'aide ou de conseil (psychothérapie), ou dans une activité de recherche (ce qui est notre cas), où l'objectif n'est pas thérapeutique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur.

Plusieurs types d'entretien sont à la disposition des psychologues cliniciens, dans notre étude, on a choisi *l'entretien semi-directif* où le chercheur doit préparer un guide d'entretien, comportant certaines questions qui correspondent au thème sur lequel il a mené son étude.

Les questions préparées ne sont pas formulées d'avance ; elles doivent être posées à un moment opportun de l'entretien clinique, à titre d'exemple en fin d'une séquence d'association.

Il est de même que dans ce type d'entretien, le chercheur pose une question et donne la liberté au sujet pour s'exprimer et d'associer sur le thème proposé sans l'interrompre. Il reste que l'aspect spontané de ces associations est moins présent dans ce genre d'entretien dans la mesure où c'est au clinicien d'en proposer un cadre et une trame par lesquels le sujet va pouvoir dérouler son récit. (**Chahraoui.Kh, Benony.H, P 141-143**).

Son objectif dans notre recherche est de recueillir des informations qui peuvent nous renseigner sur la qualité de l'image corporelle chez les femmes ayant subi une mammectomie.

Un guide d'entretien a été élaboré afin de décrire la qualité de l'image du corps chez les femmes mammectomisées :

**Présentation du guide d'entretien :****-Axe 1 : les informations générales.**

- Nom.
- Prénom.
- Age.
- Situation d'instruction.
- Situation professionnel.
- Situation familial.
- Nombre d'enfant.

**-Axe2 : les informations concernant le cancer du sein et son traitement.**

- Pouvez-vous me parler de la découverte de votre maladie ?

- Quel âge aviez-vous quand vous l'aviez découverte ?
- Pouvez-vous me dire depuis quand vous avez su que vous êtes malade ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction lors de l'annonce de votre maladie ?
- Comment voyez-vous le cancer du sein avant d'être atteinte ?
- Quel est votre traitement actuel et comment vous le viviez ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction suite aux effets du traitement (psychologique et physique) ?
- Avez-vous peur de ne pas réussir à faire face à votre maladie ?
- Avez-vous une peur des réactions des autres par rapport à votre maladie ?
- Avez-vous un autre membre de votre famille qui est touché par cette maladie ?

**-Axe3 : les informations concernant le soutien familial et social.**

- Avez-vous l'impression d'être seule face à votre maladie ?
- Avez-vous un manque d'encouragement ?
- Est-ce le soutien de votre famille est important pour faire face à cette maladie ?
- Qui vous accompagne à l'hôpital, pendant la période de votre ?
- Quel est le genre de soutien que vous attendez de votre famille ?
- Est-ce que vous avez l'impression que certaines personnes de votre famille maladroites dans le soutien ?

**-Axe4 : Les informations concernant l'opération et l'image corporelle après la mammectomie.**

- Avez-vous l'impression que votre corps à changer ?
- Avez-vous l'impression de ne pas être acceptés tels que vous êtes ?
- Avez-vous l'impression de ne plus être valorisé physiquement ?

- Avez-vous évité les gens parce que votre apparence vous gêne ? \*Est-ce que votre vie sexuelle a changé après cette opération ?
- Avez-vous été mécontente de la cicatrice laissé par l'opération ?
- Avez-vous une crainte de ne pas plaire, et de n'intéresser personne ?

**-Axe5 : les informations concernant les projets d'avenir.**

- Que retenez-vous de l'expérience de la maladie ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?et l'avenir de vos enfants ?
- Souhaitez-vous apporter, ou ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé ?

## 4.2 Le rorschach :

➤ **Histoire du rorschach :**

Herman Rorschach (1884-1922) naît à Zurich, d'une vieille famille suisse du canton de Thurgovie. Il est le fils aîné d'un peintre, professeur de dessin.

Le rorschach a été publié pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie, Hermann Rorschach, le test des taches d'encre est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative : l'auteur conçut de nombreuses taches puis sélectionna celles qui discriminaient au mieux les malades mentaux des sujets dits « normaux ». Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensives (plus actives et affectives, et sensibles aux couleurs) et les personnalités introverties (plus réservées et sensible au mouvement). **(Jean-Luc, B. 1998. P 87)**

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné communément appelé « planche ». Les images sont en fait des taches d'encre symétriques, aux teintes diverses : grises et noires pour les (I, IV, V, VI, VII) ; noires et rouges pour les (II, III) et colorées pour les trois dernières planches (VIII, IX, X) ; le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée

de I à X, correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration. Elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précis. **(Jacqueline. R. 2009. P 20)**

- **La consigne**

La consigne donnée au sujet ne présente pas de caractère immuable. La littérature en propose différentes versions, tantôt courtes. Chabert (2007) a proposé une formule similaire remettant à l'avant-plan de la tâche la notion d'imagination : « je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

On a traduit cette consigne en langue kabyle : « amdefkegh 3echra n les photos ayi zrithen iniyid dachui tezaret, swachu ikemdesmakthayent ».

Il peut être utile, au moment de la consigne de préciser qu'il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponses (au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficacité intellectuelle), et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite. **(Ibid. P23)**

- **La passation**

Le test est administré individuellement, planche par planche. Le sujet examiné est invité à dire « tout ce que l'on pourrait voir dans ces tâches » ; l'examineur prend en compte les réponses verbales et non-verbales, le temps mis pour la première réponse et pour chaque planche, l'orientation de la planche. Une enquête suit généralement la passation et se donne pour objectif d'apporter des précisions sur la nature des réponses et leur cotation. L'ensemble dure ainsi les trente minutes à deux heures. **(Jean-Luc, B, 1998. P87)**

- **Présentation du matériel**

Nous reprenons ici pour chaque planche le contenu latent qui la caractérise :

❖ **Planche I :**

Situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire (re) vivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu. Cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet. Par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation de l'image maternelle).

❖ **Planche II :**

Constitue autour de la lacune inter maculaire, en configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noir), est appréhendée, dans ses répercussions les plus archaïques, comme un tout éclaté : la lacune médiane est ressentie comme vide interne, faille corporelle fondamentale, les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors ont échoué.

Dans le registre des modalités de relations, ce type d'image de soi d'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et / ou destructrices.

❖ **Planche III :**

Met à l'épreuve la solidité du schéma corporel puisque le matériel manifeste offre une figuration claire de personnages humains.

Par ailleurs cette planche met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé. Les

conflits peuvent apparaître, le sujet se sentant tiraillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

❖ **Planche IV :**

Ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps. Elle est plutôt évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence.

Cette planche rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance : identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien passivité, réceptivité, à travers des productions significatives.

❖ **Planche V :**

Est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi. Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de « self » plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toutes formes de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques.

❖ **Planche VI :**

La planche VI comme toute planche unitaire ou l'axe de symétrie est marqué, est susceptible de renvoyer le sujet à sa capacité à se représenter un corps ou un objet entier est intégré. Toute fois ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbolisme sexuel qu'elle comprend.

❖ **Planche VII :**

La littérale de la planche VII lui confère à nouveau la possibilité d'amener le sujet à la représentation de relation, les deux formes gris-noir peuvent facilement évoquer des silhouettes humaines en mouvement ou non, il est cependant évident que chaque sujet y sera sensible ou pas en fonction de son niveau de fonctionnement. Etre capable de reconnaître la forme humaine de ces engrammes et qui est de les mettre en mouvement demande un certain niveau d'élaboration identitaire cette capacité ne sera donc pas rencontrée chez des sujets au fonctionnement psychique archaïque. Et donc la construction identitaire est plus fragile.

❖ **Planche VIII :**

Première planche couleur après quatre planches noires ou grises planche bilatérale, permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement sociales.

❖ **Planche IX :**

Ne présente pas d'engramme facilement identitaire et représentatif, elle est en tout caractérisée par un vide central marqué. Du fait de ces caractéristiques, elle sollicite plus expressément le vécu des relations précoces à l'imgo maternelle archaïque, la représentation de l'image maternelle dans son vécu prégénital est ici au premier plan. Les chocs, voire les refus, sont fréquents, cette planche met en évidence des fonctionnements limites ou psychotiques à travers des thèmes projectifs de toute puissance.

❖ **Planche X :**

Elle est caractérisé d'une part la dispersion des taches et des couleurs, d'autre part sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, certains se contenteront d'augmenter sensiblement ou plus franchement selon les cas, leur nombre de

réponses « détail » sans perdre pour autant en qualité formelle. Gérer à la fois la forme et les couleurs de façon adéquate renvoie à une bonne gestion des affects.

### **La méthode d'analyse du protocole du Rorschach :**

- **La cotation**

La cotation est réalisée manuellement pour chaque réponse produite. Elle peut éventuellement être assistée par l'apport d'une feuille de dépouillement (B. Gatier), d'un livret de cotation des formes (C. Beizman), voire d'un logiciel permettant d'établir le psychogramme.

La démarche classique prend en considération des critères généraux et quatre critères spécifiques à chaque réponse (localisation, déterminants, contenus, facteurs additionnels). Les critères généraux concernent le nombre total de réponses et le temps moyen par réponse.

La localisation indique quelle partie de la planche est décrite par le sujet. Ce dernier peut en effet proposer une réponse qui concerne la totalité de la tache (réponse globale ou G), un détail normal et bien délimité (D), un détail rare (Dd), un détail original ou oligophrénie (Do), un détail dans le blanc renversant le rapport figure-fond (Dbl). L'analyse des localisations permet de saisir le rapport au réel du sujet et la nature de ses processus intellectuels.

Le déterminant renvoie à la réponse du sujet : est-ce la forme (cotation f+, f-, +/- , en fonction de la qualité de la réponse) , le mouvement (cotation K, kp,kan, kob), la couleur (C, CF ou FC), l'estompage ou le clair-obscur (E, FE, EF, Clob). **(Jaqueline (R),2009, p87).**

Le contenu est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : réponses animales (A, Ad, les plus fréquentes), humaine (H, Hd), anatomiques, sexuelles, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographiques, symboliques, objets, ect.).

Les facteurs additionnels intègrent les « réponses banales », les « chocs » (réactions émotionnelles fortes), les refus de répondre, le symbolisme spatial et la succession des différentes réponses. **(Ibid. p88).**

**Le psychogramme :**

Le psychogramme est une synthèse quantitative de différentes observations précédentes. Il regroupe sous forme de pourcentages ou de quantités un certain nombre d'indices relatifs au type d'appréhension (localisations dominantes), aux déterminants (F%, F+%, etc) et aux contenus (A%, H%, etc.). **(Ibid. P89).**

**L'analyse qualitative**

Processus intellectuel (mode d'appréhension, analyse de la qualité de G, analyse de facteur de contrôle).

Facteurs de socialisation et le rapport au réel.

Dynamique affective.

Synthèse de test.

**5. Le déroulement de la pratique :**

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de deux (2) mois du 26 mars 2017 jusqu'au 31 mai 2017. Après avoir sélectionné le groupé d'étude, selon les critères fixés, nous nous sommes entretenus avec les femmes. Chaque entretien a été suivi de passation du test Rorschach de Herman Rorschach.

**5.1. Les difficultés rencontrées :**

Durant la réalisation de notre étude, on a rencontré plusieurs difficultés. Certaines sont relatives au groupe sollicité, dont la plupart ont refusé de faire part à notre recherche, et celles qui ont accepté mais étaient très fatiguées, et avaient du mal à s'exprimer, d'autres sont plus en rapport aux conditions de travail offertes par le service dans lequel nous avons mené notre recherche. Le manque d'un local dans lequel nous pouvons recevoir nos patientes.

**5.2. La passation des entretiens :**

Nous nous sommes entretenues avec les patientes après avoir parlé l'objectif de notre étude, et avoir obtenu leur consentement..

**5.3 Les conditions d'application du guide :**

Les femmes de notre groupe d'étude ont accepté avec enthousiasme de participer à notre recherche. On a réalisé nos entretiens dans les chambres de soin au niveau du service d'oncologie.

Au cours des entretiens elles, étaient à l'aise et s'exprimaient d'une manière spontanée à propos du vécu de leur maladie, parfois elles anticipaient même sur les réponses aux questions prévues, ce qui nous a évités de les poser ultérieurement.

Nous avons laissé aux femmes la possibilité de s'extérioriser le plus possible, avec la langue de leur choix qui était souvent la langue Kabyle.

La durée des entretiens réalisés avec ces femmes allait de 20 à 25 minutes.

**Synthèse :**

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive.

Pour le recueil des données, nous avons recouru à deux outils d'investigation, l'entretien semi directif et le test de « Rorschach ».

Notre recherche s'est déroulée au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour de la wilaya de Bejaia. Notre groupe d'étude est constitué de quatre femmes qui ont subi une ablation du sein.

Nous nous sommes entretenues avec ces femmes, chaque entretien était suivi de la passation du test « Rorschach ». Notre pratique s'est étalée sur une durée de deux (2) mois, les données recueillies sont analysées dans la pratique suivante.

### **1. présentation et analyse des résultats :**

#### **a. analyse du cas de Bachra :**

- **présentation du cas de BACHRA :**

BACHRA, est une femme âgée de 40 ans, célibataire, fille unique parmi 3 frères, d'un niveau d'instruction terminal (BAC), sans emploi. Atteinte d'un cancer du sein depuis 2008, la mammectomie de son sein droit date déjà de 10 ans.

- **Analyse de l'entretien :**

Nous nous sommes entretenues avec elle une matinée après sa visite médicale, car elle souffrait d'une métastase cérébrale qui lui a causé des douleurs au niveau des pieds, elle se sentait paralysée, incapable de bouger, mais malgré sa fatigue et sa souffrance elle a accepté chaleureusement notre entretien.

A propos des informations liées à sa maladie et son état de santé, BACHRA nous a révélé qu'elle a vécu sa vie sans problèmes de santé jusqu'à l'âge de 30 ans, ou elle a remarqué une boule au niveau de son sein droit, cela ne l'a pas inquiéter car ça ne lui faisait pas mal, mais le lendemain elle a consulté un gynécologue qui lui a demandé d'effectuer une échographie et une mammographie.

Le résultat de la mammographie a dévoilé un cancer du sein. A l'annonce de cette mauvaise nouvelle, Bouchra nous a dit « trough missligh lekhberayi khel3egh zrigh elmouth guar walniw » « j'ai pleuré quand j'ai entendu cette nouvelle j'ai eu peur j'ai vu la mort entre mes yeux ». Elle a dit aussi : « tewarwigh ikel » « ça m'a totalement bouleversée », mais elle avait confiance en elle surtout que sa cousine était atteinte de la même maladie, elles étaient inséparables l'une soutenait l'autre.

Les séances de la chimiothérapie ont été effectuées au niveau de l'hôpital MUSTAPHA BACHA à Alger. BACHRA a été toujours accompagnée par sa cousine et vice versa, cela l'a beaucoup aidé psychologiquement, elle se sentait pas seule.

Les premières cures ont été bien vécues, et supportable, sauf quelques bouffées de chaleur et une fatigue normale, elle a remarqué qu'elle était moins

fatiguée par rapport aux autres femmes qu'elle voyait en même état qu'elle, cela l'a un peu inquiété et l'a poussé à voir son médecin et lui posé quelques questions : « pourquoi je suis moins fatigué que les autres femmes ? est-ce que mes cures sont différentes ? et ce que je suis un cas exceptionnel ? »

La réponse de son médecin traitant l'a soulagé et a effacé ses inquiétudes « vous êtes forte et courageuse et peut-être parce que vous êtes encore jeune et optimiste ».

Sept mois plus tard, en revoyant son médecin, il lui a révélé avec délicatesse en mettant l'accent sur la gravité de cette maladie et qu'une intervention est nécessaire pour éviter toute récurrence.

A l'annonce de cette mauvaise nouvelle, elle s'est écartée en sanglots, en retournant à la maison elle passait toutes ses journées à pleurer, en attendant le jour de l'ablation elle nous a dit : « khesbegh athefakegh wathekssegh lehlakayi iyetemenacin elecariw » « je suis pressée d'en finir et mettre fin pour cette menace dans mon corps », elle a continué à parler : « aghori ateroh tabouchtiw wala elmouth » « pour moi perdre un sein mieux que mourir ».

Elle n'avait pas l'intention de continuer à vivre avec un seul sein ; donc elle s'est renseignée sur tout ce qui concerne la reconstruction mammaire. Le médecin l'a rassurée et il lui a promis de lui réaliser ce qu'elle souhaite.

Sa famille (sa mère, ses frères, ses belles sœurs) l'ont beaucoup soutenus, un encouragement total lui a permis d'être forte pour faire face à cette situation. C'était très important pour elle.

Le regard de son entourage l'intéressait, elle avait toujours peur d'être rejetée surtout qu'elle n'était pas encore mariée (c'est normal elle était encore jeune). C'est pour cela qu'elle a caché sa maladie et elle n'a rien avoué aux autres.

Après être convaincue par son médecin et sa famille surtout sa cousine, BACHRA a accepté la mammectomie. Elle a ressenti un changement dans son corps, le manque de son sein droit était très remarquable pour elle (forme, poids) c'était difficile pour elle. En rentrant chez elle, elle a évité dès le premier jour ses frères elle ne voulait pas être vue dans cet état ; son apparence l'a gênait, elle était mécontente de la cicatrice laissée par l'opération.

Après deux ans, on lui a remplacé le sein manquant par une prothèse. Elle s'est sentie enfin complète. Elle avait confiance en elle.

En parlant de ses souhaits elle nous a avoué qu'elle voulait se marier et fonder une famille, mais malheureusement elle n'avait pas trouvé une personne qui l'accepte telle qu'elle est.

BACHRA se voit sans avenir : « osse3ighara l'avenir 40 sena wacho l'avenir itheadremte » « j'ai aucun avenir à 40 ans ! De quel avenir parlez-vous ».

**- Synthèse de l'entretien :**

Après notre entretien avec BACHRA on a constaté qu'au début qu'elle était une femme courageuse optimiste qui a affronté cette maladie, mais après avoir subi l'intervention chirurgical du sein on a constaté un changement radicale, elle est devenu une femme pessimiste, fatiguée, elle n'espère rien de cette vie.

**- Présentation du protocole et cotation de BACHRA :**

N° des planches	Discours	Enquête	Cotation
I	-(2'') <i>Regarde, là je vois deux mains ouvertes.</i> (30'')	Saillies médianes supérieures et mamelons centraux (D1)	<b>D F+ Hd</b>
II	-(4'') Je vois deux ourses. (1').	Les deux parties latérales noires (D1)	<b>D F+ A ban</b>
III	-La c'est deux êtres humains -Je vois un papillon.(53'').	Les deux parties noires latérales (D1) Rouge médian (D3)	<b>G F+H ban</b> <b>D F+A ban</b>
IV	-(5'') C'est inquiétante cette planche. (31'').	Toute la planche (G)	<b>G ClobF+Abstr</b>
V	(2'')C'est une chauvesouris à deux têtes. (1').	Toute la planche (G)	<b>G F+A ban</b>
VI	-(3'') C'est comme	Parties	<b>D F- A</b>

	un chat qui a deux ailles. (30'').	supérieure (D3)	
VII	-Je vois deux lapins l'un face à l'autre (1').	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>eme</sup> tiers (D2)	<b>D F+ A</b>
VIII	-(1'') Je vois deux chiens à 4 pattes -Je vois un terrain d'arbre. (1'30'')	Partie rose latérale (D1)  Gris et bleu (1 <sup>er</sup> et 2 <sup>eme</sup> tiers) (D8)	<b>D F+ A ban</b>  <b>D CF Pay</b>
IX	-(2'') Je vois une colonne vertébrale, c'est tout. (31'')	Grand axe médian (D5)	<b>D F+ Anat</b>
X	-(3'') Je vois des reins  -C'est des seins (1')	Rose latérale (D9)  Bleu médian (D6)	<b>D F- Anat</b> <b>D F- Hd</b>

- **Enquête des limites:**

**Choix + : P III :** « ici c'est du rouge j'aime cette couleur »

**Choix - : P v:** « ça me fait peur c'est horrible »

**Planche X :** « est -ce-que cela ne ressemble pas a quelque chose ? »

« Non ça me dis rien »

« Ce ne sont pas des animaux ? »

« Non pas pour moi »

- **Psychogramme :**

<b>Synthèse</b>	<b>Mode d'appréhension</b>	<b>Déterminant</b>	<b>Contenus</b>
R : 13 Tps. Total :8' Tps /Réponse :52'' Tps. L.M :22'' F%:85% F+ %:81%	G :3 G% :23% D :10 D% :77%	F:11 F+:8 F-:3 A:5 Hd:2 Cf:1	A:7 H:1 Hd:1 Anat:2 Pay:1 Abst:1

F-%:19% A%: 38% H%:8 % Hd%:8% Cf:8% TRI =0k/1c FC=0Kan/0E RC=38% F%= 84%		ClobF:1	Ban:5  Refus 0
--	--	---------	----------------------

**L'impression générale:**

Madame Bachra nous a donné 13 réponses, dans un temps total qui est 9minutes, le temps par réponse est de 52secondes, et le temps latence moyen est de 22secondes. D'après ces données on constate que Bachra nous a donné des réponses rapides, avec un langage simple, elle a une pauvreté fantasmatique (ses réponses qui se composent de phrases simples et courtes) elle nomme seulement, sans essayer de nous décrire tout ce qu'elle remarque.

**Processus de la pensée :**

**Les modes d'appréhension :**

On remarque que les réponses globales (G=23.07%) données par Bachra sont dans la norme (20à 23%), d'une qualité positive (GF+) ex : la planche V elle témoigne d'un contrôle de réalité intérieure.

Concernant les réponses détaillées (D=76.92%) sont supérieure à la norme (60 à 68%) d'une présence très importante ce qui indique une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

**Les déterminants :**

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est (F%=85%) qui dépasse la norme (50à70%), les F+% dominant le protocole (F+% =81%) ce qui montre que Bachra a un contrôle rigide de soi et de sa réalité intérieure.

Concernant la réponse clob on l'interprète comme un sentiment d'angoisse, de peur et de menace senti par le sujet.

**Traitement des conflits :**

On remarque que madame Bachra nous a pas donné des réponses K ce qui pose l'hypothèse du contrôle rigide et l'évitement des conflits par crainte d'effondrement des limites ou par crainte de castration.

**Les réactions sensorielles :**

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=5) elles témoignent d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que Bachra soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

**L'image du corps du Rorschach :**

La réponse de madame Bachra dans la cinquième planche (qui est une planche reconnue comme étant celle de l'identité et de la représentation de soi), est une réponse banalité et positive ce qui témoigne d'une intégrité corporelle.

La réponse donnée dans la sixième planche (qui a un rapport avec la sexualité) est d'une mauvaise qualité (F-), ce qui montre une dévalorisation du côté sexuel.

Les réponses données dans la dixième planche sont de mauvaises qualités, le sujet a perdu contrôle, ce qui signifie qu'elle est touchée par l'angoisse de morcellement.

Le nombre inférieur des réponses H renvoie à une difficulté de s'identifier à un être humain, avec une mauvaise perception de soi.

On note aussi à travers l'absence de K la difficulté d'intégrer une image humaine et la fragilité de l'image du corps.

**Synthèse du Rorschach :**

Après l'analyse du protocole de madame Bachra, on constate qu'elle a une fragilité et une image du corps négative.

L'augmentation de facteur de contrôle laisse penser à un fonctionnement rationnel exagéré.

L'absence des K indique une identification instable, et un évitement de tous conflits.

### **Conclusion du cas de BACHRA :**

Durant l'entretien BACHRA était souriante, elle vit avec la mammectomie depuis 10 ans, mais après sa maladie son corps est souvent en état de fatigue, elle a une image négative de son corps, et un faible estime de soi.

La production générale de BACHRA est caractérisée par une inhibition qui apparaît dans le nombre de réponses. On remarque que le sujet a une pauvreté fantasmatique désintéressée par rapport au test , elle n'arrive pas à accepté son nouveau corps.

Le contrôle rigide n'a pas permis l'apparition de la vie affective comme il révèle d'un problème de sexualité et d'une image du corps confuse.

### **b.l'analyse du cas de Hassiba**

- **Présentation du cas de HASSIBA :**

HASSIBA est une femme âgée de 49 ans, mariée, sans enfants (elle a fait deux fausses couches), elle est la cadette de sa fratrie, d'un niveau d'étude 4<sup>ème</sup> année, femme au foyer. Atteinte d'un cancer du sein depuis trois ans. La mammectomie de son sein droit date de deux ans.

- **Analyse de l'entretien :**

Notre entretien avec HASSIBA, s'est déroulé lors de sa séance de traitement. Elle avait le visage pale, la voix basse, presque incapable de parler, mais malgré ça, elle a accepté de participer à notre recherche et affirmer qu'elle avait vraiment besoin d'extérioriser ce qu'elle vivait depuis le début de sa maladie.

HASSIBA a découvert des kystes au niveau de son sein droit, qui ne lui faisait pas mal. Le lendemain en consultant un gynécologue il lui a demandé d'effectuer de différentes analyses, le résultat était négatif, mais son médecin lui a demandé de faire d'autres analyses pour en savoir plus, une fois les résultats des examens obtenus, le médecin a informé le mari que sa femme était atteinte

d'une tumeur, mais ce dernier a préféré dissimulé la vérité, donc pour elle s'était de simple kystes qui vont disparaître en prenant un traitement normal.

HASSIBA n'était pas au courant que la chimiothérapie s'effectue en cas d'un cancer, donc elle a subi quatre cures, elles se sont mal vécues car elle souffrait de beaucoup d'effets secondaires (vomissements, nausées, fatigue, avait du mal à marcher, trouble de sommeil). Elle était accompagnée par son mari à l'établissement hospitalier pour accomplir ses cures, et parfois par sa mère ou sa sœur lorsque celui-ci travaillait.

HASSIBA nous a dit que : « ghorî le cancer oyedi9are omathekera otekhayaleghara imaniw halkegh lahelak igo3ren am wayi » « pour moi le cancer du sein ne me disait rien, je ne me suis jamais imaginé atteinte d'une telle maladie si grave ».

Un an et demi plus tard, le médecin l'a informé qu'une ablation du sein est nécessaire, c'est là que son mari lui a tout avoué, c'était le choc, un véritable traumatisme s'est produit. HASSIBA a dit : « othomineghara trough 3aytegh gayen iligh ma3ena, rssigh memba3d » « je ne l'est pas cru, j'ai pleuré, hurlé de toutes mes forces, mais je me suis calmée par la suite », son mari l'a encouragé et soutenu, lui a promis d'être toujours là avec elle, Sa famille aussi, mais sa belle-mère lui a dit des mots blessants cela lui a fait très mal au cœur car elle ne s'attendait pas à ce qu'elle lui dise ça. Sur le coup elle s'est sentie faible et incapable surtout qu'elle avait aussi un problème d'accouchement.

Après quelques jours HASSIBA a accepté l'ablation avec l'aide de son mari, et son médecin et un psychologue, elle savait qu'elle n'avait pas le choix.

Après l'ablation, elle se sentait mieux et plus sécurisée, même si elle regrettait cette partie d'elle-même, très valorisée. Elle avait l'impression que son corps à changer, mais elle a fini par accepté cette nouvelle image, elle n'accorde pas une importance au regard des autres.

Au niveau de sa relation intime avec son mari, la fréquence de l'activité sexuelle n'a pas diminuer lors des rapports, elle se sentait pas gêné par la cicatrice, car son mari faisait tout pour la rassurer.

Actuellement, HASSIBA est sous traitement psychiatrique parce que malheureusement elle à finit par rechuter et perdre sa confiance en soi.

Concernant son avenir HASSIBA dit qu'elle souhaite avoir un avenir sans problèmes de santé et pouvoir au moins avoir un enfant malgré son âge avancé.

• **Synthèse de l'entretien**

Dans l'entretien avec HASSIBA on a remarqué, qu'elle a été fatiguée suite à cette maladie, qui lui a causé une dépression.

Son image du corps est d'une mauvaise qualité, ce qui dénote une difficulté de l'intégrité du corps.

**-Analyse du test de rorschach :**

N° des planches	Discours	Enquête	Cotation
I	4'' C'est inquiétant cette planche 53''	Toute la planche (G)	G Clob F+ A
II	3'' Des clowns qui jouent avec les ballons rouges 1'30''	Toute la planche (G)	G K C H ban
III	5'' Cella comme si c'est une femme qui n'a pas de sein 40''	Dbl, grand lacune autour du rouge médian	G bl F+ H
IV	3'' Je vois un géant qui fait peur avec sa mesure 59''	Toute la planche (G)	G Clob F+ (H)
V	2'' C'est une femme, qui manque de rien manque rien les deux seins sont la 30''	Toute la planche (G)	G F+ H
V1	C'est une colonne vertébrale 20''	Toute la ligne médiane	D F+ Anat

		entière (D5)	
VII	4'' La femme n'est pas malade, elle a les deux seins <i>1m30s</i>	3 Tiers entier (D4)	D F- H
VIII	Je vois des lions qui marchent dans la forêt 37''	Toute la planche (G)	D Kan+ A
XI	4'' Je vois du feu 14''	Rose du 3 tiers (D4)	D CF+ Elem
X	3'' je vois des seins, Et des craps 22''	Bleu médian (D6) Bleu latéral (4)	D F- Hd D F+ A Ban

**-Enquête des limites:**

**-Choix + : p II:** «ça me plait parce que j'aime les clowns et la couleur rouge » -

**Choix - : PX :** « Ça me plait pas parce que ça me fais penser à ma maladie »

**- Psychogramme:**

<b>Synthèse</b>	<b>Mode d'appréhension</b>	<b>Determinants</b>	<b>Contenus</b>
R:11 Tps.Total:8' Tps.R:48'' T.L.M:28'' A: 18. % F%:45% F+%: 27% F-%: 18 % H:45% TRI:1k/2C Fc:1kan/0E RC:36%	G:5 G%:45 D:6 D%: 55% Gbl: 1	F:5 F+:3 F-:2 Kan: 1 CF: 1 C: 1 Clob:2	A:3 H:5 Hd:1 Anat:1 Elem:1 Ban:2 Pay:0 Refus:0

### **Impression générale:**

Le protocole de Madame Hassiba contient 11 réponses qui est inférieur à la norme  $R=(20\text{à}30)$  dans un temps total de 8 minutes, temps par réponse 48 secondes et le temps latence moyen est de 28 secondes, Hassiba était très brève dans ses réponses, elle était hésitante dans les réponses qu'elle nous a fournis. D'après ce protocole on a remarqué que Hassiba souffre d'une pauvreté fantasmatique.

### **Processus de la pensée :**

#### **Les modes d'appréhension :**

Les réponses (G) figurent dans ce protocole avec un pourcentage  $G=(45.45\%)$  qui est supérieur à la norme, les réponses détaillées  $D=(54.54\%)$  dominant le protocole avec un pourcentage presque dans la norme, donc on pourrait évoquer à cet égard, un moindre intérêt pour le concret, le factuel et le banal, et une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique et l'accrochage aux détails.

#### **Les déterminants :**

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est de  $F=45\%$  qui est inférieur à la norme (50-70%), les  $F+$  dominant le protocole ce qui témoigne que Hassiba a un contrôle rigide et une difficulté à appréhender le monde.

La qualité de ses réponses montre une image du corps altérée ex : planche III (une femme qui n'a pas de seins), mais cette image est reconstruite une autre fois dans la planche V (c'est une femme, qui manque de rien, les deux seins sont là) et dans la planche VII (la femme n'est pas malade, elle a les deux seins) ce qui témoigne d'un contrôle très rigide.

#### **Traitement des conflits :**

Les identifications de Clowns nous met face à une identification immature comme elle nous rend compte de sa blessure narcissique planche III « cella comme si c'est une femme qui n'a pas de seins » et un déni de cette réalité planche VII « la femme n'est pas malade, elle a les deux seins » et la planche V « c'est une femme qui manque de rien, elle a les deux seins ».

La première RC apparaît à la planche II « des clowns qui jouent avec les ballons rouges » qui est une réaction contrôlée par une (K).

### **Les réactions sensorielles :**

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2) ce qui témoigne d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que Hassiba soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

### **L'image du corps du Rorschach :**

L'absence d'une banalité dans la planche V remet en question l'intégrité de l'image du corps de Hassiba.

Les contenus (H) nous rend compte sur une image du corps altérée ainsi l'utilisation du déni confirme notre hypothèse.

### **Synthèse du rorschach :**

Le protocole de Hassiba est caractérisé par une forte inhibition, et par l'axé de rapidité interprété par le nombre inférieur des réponses.

La prédominance des (D) qui renvoie à une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique et l'accrochage aux détails.

La fragilité narcissique et le déni de la réalité permettent la maintenance d'une image du corps ambivalente.

### **La conclusion du cas de Hassiba :**

Durant l'entretien, madame Hassiba, était fatiguée, elle avait un visage pale, son cancer du sein remonte à 3 ans de cela, sa mammectomie et faite après 1 an de sa maladie.

Après sa mammectomie elle a un manque de confiance en soi et a une mauvaise image car elle se voit différente par rapport aux autres femmes.

Concernant les résultats du test de rorschach, la production générale de Hassiba est caractérisée par une inhibition ou elle donne 11 réponses. On remarque qu'elle a une pauvreté fantasmatique dans ses réponses et qu'elle utilise un langage simple. Elle regrette cette partie de son corps qu'elle a perdu.

**c. l'analyse du cas de Nassima**

**-Présentation du cas de Nassima :**

NASSIMA est l'aînée de ses parents, âgée de 42ans mariée, mère de cinq enfants (2 garçons et 3 filles), femme au foyer, vit dans une famille nombreuse, son niveau scolaire 4<sup>ème</sup> année primaire. La mammectomie de son sein gauche date de 05 mois.

**-compte rendu de l'entretien :**

Nous nous sommes entretenues avec NASSIMA, une matinée lors de sa séance de traitement (vaccins), elle avait l'air très triste avec des yeux pleins de larmes.

A propos de la découverte de sa maladie, elle nous a dit qu'un jour en prenant une douche, qu'elle a découvert un bouton au niveau du sein gauche, le lendemain elle a consulté un médecin qui l'a orienté pour effectuer des analyses et une mammographie pour en savoir plus.

Une fois les résultats obtenus, son médecin lui a directement annoncé qu'elle a une tumeur, elle dit : «9eblegh lahelakiw ayen idifka rebi mrahba zyes wayi delmaktouviw » « j'ai accepté ma maladie tous passe par dieu, c'est ça mon destin ».

Les séances de chimiothérapie ont été effectuées quelques jours plus tard, les cures de chimiothérapies ont été mal vécus (fatigue, incapacité de marcher), mais elle était courageuse : « da3ough rebi ay issahlo tamnegh zyes » « je priais dieu qu'il me guérisse j'ai confiance en lui ».

A propos de la réaction des autres par rapport à sa maladie NASSIMA dit qu'elle n'accorde aucune importance au regard des autres, au contraire elle aimait les gens qui venaient lui rendre visite. Son père est médecin c'était lui et toujours lui qui l'accompagne à l'hôpital.

Le soutien familial est très important pour NASSIMA, elle attend toujours leurs encouragement qui lui remonte le moral et l'aide beaucoup à lutter contre sa maladie, son traitement et ses effets secondaires.

Cinq mois après l'annonce de la maladie, le médecin lui annonce qu'une intervention chirurgicale est nécessaire pour éviter tous les risques.

Cette mauvaise nouvelle a bouleversé NASSIMA et tous ses proches. Elle dit : « imi sligh beli dayen ayethetwakes tabochtiw trouh zyï dounith, zerigh koulech daverkan » « quand j'ai su que je vais perdre mon sein j'ai perdu le goût de la vie tout est devenu noir à mes yeux ».

Avec l'encouragement de son mari de sa famille et du psychologue du service d'oncologie, elle a accepté l'opération.

Quant à l'image de son corps après la mammectomie NASSIMA dit qu'elle a ressentie un changement très important, le sein manquant à changer l'image qu'elle avait de son corps. Elle est gênée par la cicatrice laissée par l'ablation de son sein, elle a perdu confiance en elle. Mais n'a pas l'impression de ne pas être acceptée telle qu'elle est. Et ça est dû à l'amour de son mari qui n'a pas changé avec elle dans tous les côtés, et ses enfants qui prenaient soin d'elle.

Pour l'expérience de sa maladie NASSIMA, elle nous à dit qu'elle a vécues des moments très difficiles dont elle ne souhaiterait pas qu'une autre femme passent par la même période et elle souhaite donnée de l'aide pour celle qui on a besoin.

Concernant son avenir, NASSIMA nous dit : « vghigh ath3ichegh belalahelakayidenideryawdorgaziw » « je veux vivre sans cette maladie pour mes enfants et mon mari ».

**- Synthèse de l'entretien :**

D'après l'analyse de l'entretien, on peut conclure que NASSIMA est traumatisée par cette ablation. On a constaté qu'elle est dans le déni et durant l'entretien passé elle nous cachait quelque que chose.

**- Présentation du protocole rorschach et du psychogramme :**

<b>N° des planches</b>	<b>Discours</b>	<b>Enquête</b>	<b>Cotation</b>
I	Je vois un corps sous forme d'animal	Toute la planche (G)	G F+ A

## **Chapitre IV      présentation des cas et analyse des résultats**

	43''		
II	2'' Je vois deux lapin qui tien leurs main 53''	Les deux parties latérales noires (D6)	D Kan+ A
III	2'' Je vois deux lapin qui se battes, aux milieux y'a un papillon 1'	-Les deux parties noires latérales (D1) -Rouge médiane (D3)	D Kan- A  D F+ A Ban
IV	6'' Un monstre avec de grands pieds, un géant 34''	-Toute la planche (G)	G F+ Clob (H)
V	Je vois une chauve-souris qui vole 30''	Toute la planche (G)	G F+ Kan A Ban
VI	5'' Je vois la peau d'un chat 44''	Toute la planche (G)	G F+ E A
VII	3'' Je vois un collier, il est joli 53''	Toute la planche (G)	G F+ Obj
VIII	2'' Je vois deux chiens qui courent 1'30''	-Partie rose latérale (D1)	D Kan A Ban
IX	Non je ne vois rien du tout 4''	Refus	Refus
X	5'' Je vois deux craps, Et des poumons 1'40''	-Bleu latérale (D1) -Rose latérale (D9)	D CF+ A Ban  D F- Anat

- **Synthèse durorschach :**
- **Psychogramme :**

<b>Production</b>	<b>Mode d'appréhension</b>	<b>Déterminants</b>	<b>Contenus</b>
R :11 Tps.Total : 10 m	G : 5 G% : 38%	F : 4 F+ :3	A:8 H :1

Tps.Réponse :52s Tps.L.M: 49s TRI=0k/1C FC: 4Kan/0,5E RC:27% F%:36% F+ :27% F- :9% A: 72% Obj :9% Anat :09% Ban :27%	D : 6 D% : 55%	F- : 1 CF+ :1 E : 1 F clob : 1 Kan :4	Anat:1 Obj:1 Kan :27.27% Ban: 3 Refus: 1
---	-------------------	---	--

**L'impression générale:**

Madame Nassima nous a donnée 11 réponses, dans un temps total de 10 minutes, le temps par réponse est de 52 secondes, le temps latence moyen est de 49 secondes. D'après ces données on constate que Nassima nous parlait avec un langage très simple, dans la plupart de ses réponses elle nomme seulement, elle a une inhibition fantasmatique.

**Processus de la pensée :****Les modes d'appréhension :**

Dans ce protocole on remarque les réponses (G=38%) donnée par Nassima ne sont pas dans la norme qui est de (20 à 23%), d'une qualité positive (GF+) ex : la planche I elle témoigne d'un contrôle rigide.

Concernant les réponses détaillées (D=55) sont inférieur à la norme qui est (60 à 68%), on pourrait évoquer à cet égard, un moindre intérêt pour le concret.

**Les déterminants :**

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est de F=36% qui est inférieur à la norme (50 à 70%), qui peut être interprété comme une mise à distance des aspects affectifs avec attachements aux caractères objectifs de la planche. Le pourcentage donnée des (F+=27%) est inférieur à la norme ce qui témoigne un statut de facteur d'adaptation et de socialisation.

On ce qui concerne les réponses animales sont d'un pourcentage de (A%=72%) qui est supérieur à la dans la norme 45%, ça témoigne d'un faux self et d'une adaptation superficielle et rigide.

### **Traitement des conflits :**

Des réponses kinesthésiques apparaissent dans ce protocole, donc il semble bien que Nassima exprime un vécu corporel tellement intense.

### **Les réactions sensorielles :**

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2) ce qui témoigne d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que Hassiba soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

La réponse (Clob) indique, que le sujet ressent un sentiment de peur d'angoisse et de menace.

### **L'image du corps du Rorschach :**

La réponse donnée dans la sixième planche est d'une bonne qualité F+ (qui a un rapport avec la sexualité), ce qui montre qu'elle valorise son côté sexuelle.

### **Synthèse du rorschach :**

Le protocole de Nassima est marqué par une forte inhibition, la prédominance des (D) renvoie à une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

L'absence des réponses (H) témoigne de l'incapacité du sujet à s'identifier, avec une problématique d'identité.

L'absence des réponses (H) à la planche 3 (trois) indique un trouble concernant l'identification

Le Rorschach indique la fragilité de son image du corps.

**Conclusion du cas de Nassima :**

Entre l'entretien et le Rorschach, nous avons constaté que le sujet est traumatisé de cette perte inattendue, qu'elle a interprétée par un déni de la réalité, une rationalisation et les sentiments de culpabilité.

Nassima est fatiguée souffre d'une dépression, elle a du mal à accepter la réalité et sa nouvelles image du corps est très négative.

**d. l'analyse du cas d'Assia :**

**Présentation du cas d'Assia :**

ASSIA est une femme âgée de 53 ans, petite de taille un petit peu ronde, d'un niveau d'étude de 6<sup>ème</sup> année primaire, femme au foyer, ASSIA est mariée depuis 30 ans, qui a accouché de 05 enfants, mais perdu 02 enfants suite à un accident de voiture, elle est veuve, son mari souffrait de deux maladies chroniques (tension et diabète), mais son état s'est aggravé juste après l'annonce de la maladie de son épouse. ASSIA est atteinte d'un cancer du sein depuis deux ans, la mammectomie de son sein droit date de trois(03) mois.

• **Compte rendu de l'entretien :**

Notre entretien avec ASSIA s'est déroulé après son contrôle médical. Lors de cette rencontre nous découvrons une femme dynamique souriante et d'accueil chaleureux, un climat de confiance et de coopération s'est installé, le discours de notre patiente était chargé d'émotion tout au long de cet entretien.

ASSIA à découvert un nodule au niveau de son sein droit en s'allongeant à plat ventre, un soir quand elle allée se coucher. Le lendemain elle consulta un gynécologue qui lui demanda d'effectuer une mammographie le plus vite possible.

Le spécialiste lui a annoncé qu'elle avait une tumeur, c'était un vrai choc elle a dit « miydina teviv terough khel3egh 3aytegh daghen » « quand le médecin m'a dit j'ai pleuré, j'avais peur, j'ai hurlé aussi », puis elle nous a dit : « mi omba3d 9eblegh lemaktoubiw » « mais après j'ai accepté mon destin », elle était courageuse ses enfants étaient là toujours pour elle, elle était la bien aimée de son mari.

A propos du cancer du sein et la façon dont elle le voyer elle nous a dit : « lahkakayi iw3er mi 3almegh wina iyedawane imanis atheyahlo » « cette maladie est difficile mais je sais que celle qui se soignent elle va guérir ».

Sa famille, et sa belle-famille étaient bouleversées face à cette mauvaise nouvelle.

Son traitement à débiter juste après deux jours, ce dernier n'avait pas d'effets secondaires, ça ne l'a pas fatigué contrairement aux autres patientes qui étaient avec elle dans la même chambre.

Les séances de chimiothérapies ont étaient bien passées, elle était optimiste guérir était son seul but et souhait surtout qu'elle avait des cousines et une tante atteintes de cette maladie, qui ont réussis à guérir et d'en faire face.

Elle était soutenue beaucoup plus par ses enfants qui sont devenus plus attentionnés à son égard, sa famille et ses voisines qui lui rendaient souvent visite, même les femmes et les hommes qui avaient déjà vécu la même expérience venaient la rassurée et l'encouragée.

Son époux était toujours le même, et devenu une très bonne source d'aide et de soutien pour elle. D'ailleurs elle l'a perdu après deux mois de sa mammectomie, elle avait les larmes aux yeux en nous disant ça. Il était tout pour elle, l'homme que chaque femme rêverait d'avoir.

Quant à l'expérience qu'elle retire de sa maladie, elle nous a dit : « vghigh asente3alegh le courage ilkhalath iten iyehalken lahlakayi iyesserwine tafamilte » « je veux encourager les autres femmes atteintes de cette maladie qui bouleverse toute une famille ».

Parlant de son avenir, elle aimerait avoir un heureux avenir avec ses enfants et ses belles filles, et de vivre une vie stable, loin de tout types de problèmes de santé.

### **- Synthèse de l'entretien :**

Ce qu'on peut conclure de l'analyse de ce cas, c'est qu'ASSIA a eu une peur comme toutes les femmes qui ont subi une mammectomie, mais avec le temps elle a pu se remettre de cette maladie grâce à son mari et sa famille. On a remarqué qu'elle a été alaise en nous parlons de sa maladie.

- **Présentation du protocole rorschach et du psychogramme :**

<b>Planche</b>	<b>Texte</b>	<b>Enquête</b>	<b>Cotation</b>
I	3''  (...), c'est quoi ? je ne peux pas, je ne vois rien  1'25''	Toute la planche	Refus
II	Je vois une gorge c'est tout  1'00''	Médiane supérieure (D4)	D F+Anat
III	2''  -(...), regarde c'est des têtes  -des êtres humains, regarde leurs pieds, c'est des garçons  35''	-Partie supérieur latérale (D6)  -Les deux parties noires latérales (D1)	D F+HD  G F+H ban
IV	3''  -(...), Je ne vois rien du tout  35''	-Toute la planche	Refus
V	2''  -(...) Il ressemble à un animal, un papillon avec des ailes, il vole  58''	-toute la planche (G)	G Kan+ A ban

VI	4''  -(...), je vois une colonne vertébrale  31''	-Toute la ligne médiane entière (D5)	D F+ Anat
VII	-C'est un collier, c'est tout  31''	-Toute la planche (G)	G F+Obj
VIII	-C'est claire ça, c'est des lions  35''	-partie rose latérale (D1)	D F+ A
IX	9''  -(...), C'est comme des feux d'artifice c'est tout  37''	-Toute la planche (G)	G CF+ Frag
X	-C'est une gorge (...)  3''  -Regarde c'est des poumons  40''	-partie supérieur (D1)  -les bleu a l'intérieur	D F- Anat     D F- Anat

**-Enquête des limites :**

-choix + : P VII : « ça me plait parce que j'aime les colliers »

-choix - : P IV : « ça me plait pas parce que ça me fait peur »

**Psychogramme :**

Synthèse	Mode	Déterminants	Contenus
----------	------	--------------	----------

	<b>d'appréhension</b>		
R : 10	G : 4	F : 8	A% : 10%
Tps. Total : 8'	G% : 40%	F+ : 6	Ban: 2
Tps. R : 57''	D : 6	F- : 2	A:2
T.L.M : 47''	D% : 60%	Kan : 1	H:2
T.R.I:0K/1C		CF : 1	Hd: 0
FC: 1kan/0E			Anat: 4
RC: 40%			Obj: 1
F%:60%			Frag: 1
F-% : 30%			Elem : 0
H : 20%			Pay : 0
Hd : 10%			Refus: 2
Anat : 40%			
Frag : 10%			
Ban : 20%			

**Impression générale:**

Le protocole de Madame Assia contient 10 réponses un nombre qui est inférieur à la norme, dans un temps total de 8 minutes, temps par réponse est de 47 secondes et le temps latence moyen est de 47 secondes, Assia nous parlait avec un langage simple, elle souffrait d'une pauvreté fantasmagique.

**Processus de la pensée :**

**Les modes d'appréhension :**

Les réponses globales figurent dans ce protocole avec un pourcentage G= 40% qui est supérieur à la norme de (G=20 à 23%), ce qui témoigne d'une conduite mentale particulièrement sthéniques.

Les réponses détaillées (D= 60%) qui sont dans la norme de (D= 60 à 68%) ce qui marque le maintien du contrôle par la réalité objective.

### **Les déterminants :**

Le pourcentage formel donnés par Assia est de (F%=60%) qui est dans la norme de (F%=50 à 70%), qui peut être interprété comme une mise à distance des aspects affectifs.

### **Traitements des conflits :**

Une réponse kinesthésique est permet de différencier les organisations mentales riches en représentation de cellules dont les capacités sont réduites.

### **Les réactions sensorielles :**

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2) ce qui témoigne d'une préoccupation inhabituelle pour les conventions, il se pourrait que Hassiba soit trop désireuse de détecter les indices relatifs aux comportements socialement attendus ou acceptables.

### **L'image du corps du Rorschach :**

La réponse donnée par madame Assia dans la cinquième planche est d'une bonne qualité kan+ qui est une planche reconnue comme étant celle de l'identité et de la représentation de soi.

La réponse donnée dans la sixième planche est d'une bonne qualité F+.

Les réponses anatomiques liées à une mauvaise forme et qui sont des réponses liées à des parts du corps (poumons), ainsi l'absence des réponses qui désigne le corps comme entier qui indique que Assia trouve des difficultés à ce qui concerne l'intégrité de son corps et sa représentation comme entière.

### **Synthèse du rorschach :**

Le protocole de madame Assia est caractérisé par une forte inhibition interprétée par le nombre insuffisant des réponses (10 réponses).

La prédominance des (D) renvoie à une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique et l'accrochage aux détails.

Le Rorschach montre une altération de l'apparence et son image du corps, et qu'elle souffre d'un contrôle rigide.

### **Conclusion du cas d'Assia :**

Lors de l'entretien nous avons constaté une souffrance psychique, une modification de l'humeur dans le sens de la tristesse, et une dévalorisation de soi, perte de confiance en soi.

La production générale d'Assia est caractérisée par une inhibition, elle donne 10 réponses. On remarque qu'elle a une pauvreté fantasmatique dans ses réponses et qu'elle ne nomme seulement ces réponses.

### **Discussion de l'hypothèse :**

Notre objectif est de vérifier notre hypothèse, soit de la confirmer ou bien de l'infirmer.

D'après l'entretien et le test du Rorschach que nous avons soumis à un échantillon qui contient (04) quatre cas, âgée entre 40 à 53 ans, le résultat trouvé confirme notre hypothèse qui suppose que le cancer du sein altère l'image que les femmes ont de leurs propres corps après s'être mammectomisées, elle est confirmée dans tous les quatre cas rencontrés.

Commençant par le premier cas qui est celui de (Bachra) 40 ans, après l'analyse de son protocole madame Bachra on a constaté qu'elle a une fragilité de l'image du corps, elle souffre d'une augmentation de facteur du contrôle ce qui laisse penser à un fonctionnement rationnel exagéré.

Après sa maladie, son corps été souvent en état de fatigue l'apparition des complications physiques comme incapacité de marcher et de bouger.

Sa mammectomie qui date déjà de (10 ans), l'a carrément affecté et l'a rendue triste ou elle à sentie un changement dans son corps, ce qui a engendré un manque de confiance en soi.

La prédominance d'une inhibition dans les réponses signifie qu'elle a une image négative de son corps.

Ensuite, le deuxième cas qui est celui de (Hassiba) 49 ans, après l'analyse de son protocole on a constaté qu'il est caractérisé par une forte inhibition, et par l'axé de rapidité interprété par le nombre des réponses.

Cette maladie, été la cause de son hospitalisation dans un centre de psychiatrie, d'ailleurs même dans l'entretien passé avec elle on a remarqué qu'elle a du mal à accepté sa maladie.

Hassiba a beaucoup utiliser les mécanismes de défenses, elle été très fatiguée et blessée par son entourage familial.

Le Rorschach indique que Hassiba a une très mauvaise image du corps qu'elle n'arrive pas à accepter.

Dans l'analyse du protocole du troisième cas qui est celui de Nassima, on a constaté qu'il est marqué par une forte inhibition, la prédominance des D renvoie à une difficulté à appréhender les situations de la façon globale.

L'absence des réponses H témoigne de l'incapacité du sujet à s'identifier, avec une problématique d'identité.

La fragilité de l'image du corps de madame Nassima est très claire, elle nous l'a dit durant l'entretien et le Rorschach nous l'a confirmé.

Pour le dernier cas qui est celui de (Assia) âgée de 53ans, le résultat de l'analyse de son protocole Rorschach contient les mêmes caractéristiques que les cas précédents, Assia souffre d'un contrôle rigide, une très forte inhibition, et a du mal à s'intégrer.

Elle a du mal à accepter son image du corps, et une incapacité d'appréhender l'unité de son corps.

En effet, notre hypothèse est bien confirmée, car tous les cas rencontrés montrent que le cancer du sein altère l'image du corps des femmes mammectomisées suite à un cancer du sein.

### **Problématique :**

Etre sain est le meilleur bonheur de la vie, mais qui n'est ni ressenti ni valorisé par l'individu qu'après tomber malade. Peu importe que l'atteinte soit de nature corporelle ou psychique, l'important soit le mal qu'elle fait au sujet qui en est porteur et à ses proches.

Le cancer, et tous ses types occupent une très grande importance selon le discours **de Théo-Ley-Denbach** « le cancer représente une double effraction violente dans notre vie : effraction biologique d'une part, au sein du corps réel, et d'autre part effraction dans notre organisation subjective qui nous met brutalement face à l'essentiel ».

Les cancers font partie des maladies les plus graves et meurtrières qui constituent un problème majeur de santé. (**Herron, J, F, 2003**).

A l'annonce du mot cancer se brisent les ailes du désir et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux c'est mourir dans un univers déchainé.

Tous les registres du cancer dans le monde ont noté une augmentation de l'incidence du cancer du sein au cours de ces 20 dernières années. Chaque année 7500 cas de cancer du sein sont enregistrés, avec environ 3500 décès enregistré chaque année.

Les cancers du sein représentent 30%, et occupent la première place dans l'ensemble des tumeurs. (**Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, 2012**).

Dans le monde le cancer du sein ou cancer de la femme « représente un ensemble hétérogène qui a pour point commun le rôle essentiel du gynécologue ». (**Alexander, J, 2011**).

La peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments les plus fréquents déclenchés par la maladie. Toutes ces réactions s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, conjugal, social ou professionnel et avec leur propre corps. (**Razavi, D, Delvaux N, 2000**).

Les traitements des cancers du sein peuvent affecter considérablement sur l'image du corps, qui introduit un changement de regard de soi-même. Des modifications corporelles sont généralement vécues comme très déstabilisantes sur le plan psychologique, portant atteinte à la confiance et à l'estime de soi.

Malheureusement le traitement chirurgicale est le plus adapté pour cette maladie est certainement contradictoire à ce que les femmes désire, c'est un traitement radical consistant en l'ablation du sein, cette stratégie est à la base suite au caractère d'évolution du cancer et que seule cette chirurgie radicale peut le contraire. **(GAUDREAULT, A, 1995).**

Le cancer et ses traitements sont le plus souvent agressifs pour le corps et peuvent en modifier l'apparence : perte ou modification d'une partie du corps changement de sensation, impression d'être incomplet, difficulté d'ajustement aux prothèses, limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarches, difficulté à aligner les bras) et effets secondaires de ces traitements (perte des cheveux, fatigue, décoloration de la peau).

En effet le cancer du sein, ainsi la mutilation liée à la mammectomie, modifie l'image du corps de la femme et pose la question de la pérennité, de la perception de son image, un problème d'identité, une perturbation de l'image du schéma corporel, pouvant être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté.

La mammectomie ou la mastectomie est donc vécues très souvent comme une atteinte à l'image de soi, une menace de l'intégrité du moi, qui va au-delà des simples regrets esthétiques.

Ce n'est pas affaire de coquetterie féminine, s'il s'agissait que de cela, la pose de prothèse mammaire peut la satisfaire. C'est le sentiment du pouvoir de séduction qui est touché et avec lui tout l'investissement narcissique, la vie fantasmatique et sexualité. **(CHENE P, A, p177).**

La perte du sein renvoie à un vécu de castration ce qui oblige la patiente à faire faire le deuil de son sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale. **(REICH, M, 2009).**

L'image du corps et son altération constituent un problème crucial en oncologie tant pour les patientes que pour les équipes soignantes.

Tout au long du traitement du cancer du sein, d'importants troubles de l'image du corps sont observés chez la patiente. Ils provoquent une remise en cause de son identité psychique, corporelle, et sexuelle.

Les patientes confrontée physiquement par une reconstruction ou la mise en place d'un appareil prothétique pour suppléer à l'ablation de la partie du corps atteinte par le cancer du sein. (MICHEL, K, 2008).

Pour les femmes ayant subi une mastectomie, le concept de l'estime de soi occupe une place importante, car l'estime de soi est une composante essentielle de l'image de soi, qui représente l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de lui-même et qui guide ses réactions spontanées comme ses conduites organisées.

La problématique de l'image du corps occupe une place importante dans le cancer du sein chez les femmes atteintes.

A partir de ce qui précède, la question qu'on pose dans le cadre de notre recherche est la suivante :

### **La question générale :**

La mammectomie suite à un cancer du sein, altère- elle l'image du corps des femmes atteintes ?

### **La formulation de l'hypothèse :**

La mammectomie suite à un cancer du sein altère l'image du corps des femmes atteintes.

### **Opérationnalisation des concepts :**

#### **1-Le cancer du sein :**

-Le cancer du sein représente un mamelon rétracté peau de sein rouge grosseur non douloureuse

- . -Une multiplication anarchique de cellules anormales au niveau du sein.
- Une maladie qui touche généralement les femmes.
- Une présence d'anomalie au niveau du sein.

-Une multiplication rapide est considérable des cellules malignes.

-Une maladie qui entraîne des changements et des modifications au niveau du corps comme la chute des cheveux ou encore la perte d'un ou des deux seins.

-Une maladie qui se présente sans douleur avant la prise des traitements.

-Le cancer du sein aboutit à des conséquences très sévères.

### **2-L'image du corps :**

-L'image corporelle est l'image que toute personne a de soi-même depuis l'enfance.

-L'image corporelle est la perception qu'une personne a de son corps.

-C'est l'attitude que nous avons envers notre corps et son apparence.

-Elle peut être positive ou négative.

-L'image corporelle change au cours de la vie. Elle se module au fil du temps, de son évolution personnelle et de celle de son environnement.

-L'image du corps influence sur l'estime et la confiance en soi

### Conclusion

L'image du corps chez les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein, est un thème de recherche très important, prenant en compte que le cancer est une maladie qui prend naissance dans nos cellules.

Le cancer existe fort probablement depuis l'origine de la vie humaine, parmi les types qu'on peut trouver le cancer du sein qui figure parmi la principale cause de morbidité et de mortalité chez les femmes.

Le cancer du sein est de nature difficile, car il peut laisser des cicatrices dans le cas où une intervention chirurgicale est obligée, car elle pose des problèmes pour la femme, elle-même ou par rapport aux autres, qui peut provoquer des troubles et d'avoir une sensation d'être mal dans sa peau, ce qui mène à avoir un manque de confiance en soi et une faible estime de soi.

Nous avons choisi un groupe d'étude de quatre cas des femmes mammectomisées suite à un cancer du sein au service d'oncologie au niveau de l'établissement hospitalier d'AMIZOUR. La revue de la littérature concernant cette étude nous a permis de mieux cerner la problématique et les différents aspects liés au thème. La construction du guide d'entretien et le choix du Rorschach nous ont aidés à mieux cerner le sujet de recherche.

Après la passation du test du Rorschach et les entretiens cliniques semi-directif on a constaté que les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein se caractérisent par une évaluation négative de leurs images du corps.

On peut dire que les femmes mammectomisées vivent des modifications que ce soit dans le côté psychologique ou dans le côté physique qui est dû à l'ablation du sein qui est pour chacune des femmes, un organe très importants.

D'après les résultats obtenus on a constaté que tous les quatre cas cliniques n'acceptent pas facilement leur nouvelle image du corps, ce qui provoque chez elles une sorte de dépression.

Le test du Rorschach passé à notre groupe de recherche a déduit que les femmes mammectomisées ont une image du corps négative et une faible estime de soi.

Pour conclure il faut souligner que les résultats obtenus au cours de notre recherche ne peuvent pas être généralisés à toutes les femmes qui ont subi un

cancer et une mammectomie, puisque notre groupe de recherche a été réservé uniquement à quatre (04) résidentes sur la wilaya de Béjaia. Donc on ne peut pas conclure nos affirmations sur toutes les femmes.

Il serait souhaitable qu'une autre équipe d'étudiants, chercheurs puissent mener une enquête plus large en matière d'échantillonnage.

### Liste bibliographique :

- 1-ALEXANDRE (J), « **Cancérologie Hématologie** », paris, Masson, 1999.
- 2- Baqué (M.F), «*Annoncer un cancer : diagnostic, traitement, rémission, rechute, guérison, abstention* », Paris, Springer, 2011.
- 3-Bates (B), « **Guide de l'examen clinique** », Arnette, France, 2010.
- 4-Ben Soussan (P), (2004),« *Les souffrances psychologiques des malades de cancer* », Springer, Paris.
- 5-Benzidane (N), « **Cancer du sein** », O.P.4, Alger, Office des publications universitaires, 2004.
- 6-B.Hoerni, « **Cancerologie et hématologie, pour le praticien** », Masson, paris, 2001.
- 7-Chéné (P-A), « **Sophrologie : champs d'application** », paris, Ellébore, 1999.
- 8-Chahraoui (K), Benony (H), « **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », 1<sup>er</sup> édition, Dunod, paris, 2003.
- 9-Catherine Chabert, « **Le rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique** », 3<sup>ème</sup> édition Dunod, paris, 2012.
- 10-Didier Anzieu, Catherine Chabert, « **Les méthodes projectives** », Puf, paris, 2004.
- 11-Dolbeault (S), Marx(E), et coll..., (2007), « **Vivre pendant et après un cancer** », Guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches, Ed savoir, Paris.
- 12- Elisabeth Luporsi (É), Leichtnam-Dugarin (L), (2007), « **Comprendre le Cancer du sein** », 1<sup>ère</sup> réédition, Institut national du cancer, Paris
- 13-Fitoussi (A) et coll, « **Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein** », Springer, France, 2008.
- 14-Gros (D), « **Cancer du sein : entre raison et sentiments** », Springer, Paris, 2009.

- 15-Guillaume (J-F), « **Aventuriers solidaires en quête d'utopie : les formes contemporaines de l'engagement** », Québec, Ulg, 2005.
- 16- Henry (M) et coll, « *Chirurgie clinique, technique et pratique* », De Book, Bruxelles, 2001.
- 17- Honore (S), « *Cancer du sein* », Seuil, Paris, 2005.
- 18-Horde (P), « **Cancer du sein-symptômes et traitements** », 2014.
- 19-Isabelle Joly, « **Le corps sans représentation :De Jean-paul Sartre à shaun Gallagher** », paris, L'Harmattan, 2011.
- 20-Jacqueline (R), « **Manuel de test rorschach** », Bruxelles, Boeck, 2009.
- 21-Jean-luc (B), « **Les méthodes d'évaluation de la personnalité** », Dunod, paris, 1998.
- 22-Josiane de saint paul, « **Estime de soi, confiance en soi, les fondements de notre équilibre personnel et social** », inter-Editions, paris, 1999.
- 23-Nevid (J), (2009), « *Psychopathologie* », Pearson, France.
- 24-Pascal (A), Frecon Valentin (E), (2006), « *Diagnostics infirmiers, interventions etrésultats* », 3ème édition Masson, Paris.
- 25-Pedinielli (J.L), « **introduction à la psychologie clinique** », Armand Collin, 2005.
- 26-Razavi (D), Delvaux (N), « **psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille** », paris, Masson, 2002.
- 27- Ricardat (E) Taieb (L), (2009), « *Après le cancer du sein, Un féminin à reconstruire*», Paris.
- 28-Paul Schilder, « **L'image du corps** », paris, Edition Gallimard, 1968.
- 29-Scotte (E) et all, « **Cancérologie** », Ellipses, 2002.
- 30-Trupel (G), et coll, (2005), « *Dysfonctions sexuelles ; évolution et traitement par des méthodes psychologiques interpersonnelles et biologiques* », De beok, Québec.
- 31- Valanchon (H), « *Femmes et cancer : récit de maladie* » ; Harmattan, Paris, 2010.

**Dictionnaires :**

32-Morin (y), « **Le petit Larousse de médecine** », Paris, Larousse, 2011.

33-Roland Doron et Françoise Parot, « **Dictionnaire de psychologie** », août, 2005, France.

34-Bloch (H) et all, « **Grand dictionnaire de la psychologie** », éd Larousse-Bordas, 1999.

**Thèses :**

35. **Pareira (L)**, « **La mammectomie, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle** », travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état infirmier, institut de formation en soins infirmier, Belfort, 2006 /2010.

**Revue :**

36-Reich (M), « **Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, l'information psychiatrique** », volume 85, 2009.

**Articles :**

37-Mahnane (A), Hamdi Cherif (M), « **Epidémiologie du cancer du sein en Algérie** », 18 Février, 2012.

# Sommaire

# **Partie théorique**

# **Introduction**

# **Cadre général de la recherche**



# **Chapitre I :**

## **Cancer du sein : mammectomie**

## **Chapitre II :**

### **L'image du corps**

# **Partie pratique**

## **Chapitre III :**

### **La méthodologie de la recherche**

## **Chapitre IV :**

### **Présentation et analyse des résultats**

# **Discussion de l'hypothèse**

# Conclusion

# **Liste bibliographique**

