

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE 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 :**

La qualité de la relation conjugale chez les  
couples dont la femme est mammectomisée

Réalisé par :

M<sup>lle</sup> HABHOUB Sabrina

Encadré par :

M<sup>me</sup> TOUATI Saida

L'année universitaire : 2013-2014

# Remerciements

*Ce travail n'aurait pu être réalisé sans la précieuse aide de plusieurs personnes que je tiens à remercier.*

*Je désire exprimer ma profonde gratitude à ma promotrice Madame TOUATI. S, pour sa générosité, sa patience et sa grande contribution dans la réalisation de ce mémoire.*

*Je remercie également tous les psychologues exerçant à l'établissement hospitalier d'Amizour qui nous ont permis de réaliser notre travail au sein de leur bureau, en particulier monsieur BEN MOUHOU. N, madame KASSIMI. R et YAHY. N, et mademoiselle BOUCHETOUTE. N.*

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

*Je tiens également à apporter des remerciements sincères aux femmes et leurs partenaires qui ont gentiment accepté de participer à cette étude. Je leur suis très reconnaissante de l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail.*

**SABRINA**

# Dédicaces

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

*A la mémoire de mon cher grand père « ABD EL MADJID » que dieu l'accueille dans  
son vaste paradis.*

*A ma chère grand-mère qui prie Dieu chaque matin pour ma réussite, que Dieu la protège.*

*A mes très chers parents ALI et MALIKA qui sont la source de mes ambitions et sans les  
valeurs qu'ils m'ont transmises et leur encouragement je n'accomplirai peut être pas  
ce travail.*

*A mes chers frères SAMIR, SAÏD et ma chère sœur FARAH qui m'a toujours soutenue.*

*A mon cher fiancé NADIR à qui je désire exprimer ma reconnaissance, pour son soutien  
considérable qu'il m'a apportée tout au long de la réalisation de ce travail.*

*Ainsi à ma belle famille en particulier, ma chère belle mère et mon cher beau père qui  
m'ont énormément aidée.*

*A ma chère amie SIHEM qui m'a beaucoup soutenue.*

*A mes chères amies, RIMA, LINDA, HANENE et RANIA.*

# Table des matières

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## PARTIE THEORIQUE

### **Chapitre I : Le cancer du sein aspect médical et psychologique**

#### **1. Le cancer du sein : aspect médical**

1.1. Définition de quelques concepts clés.....	5
1.1.1. Les tumeurs bénignes et malignes.....	5
1.1.2. Le cancer.....	5
1.1.3. Le cancer du sein.....	6
1.2. Aperçu historique du cancer .....	7
1.3.Épidémiologie de cancer du sein.....	9
1.3.1. Au niveau mondial.....	9
1.3.2. Au niveau national.....	10
1.4. Structure et physiologie du sein .....	10
1.5.Les symptômes de cancer du sein.....	11
1.6.Le diagnostic.....	11
1.7.Les facteurs de risque.....	13
1.8. Les stratégies thérapeutiques.....	14

## **2. Cancer du sein : aspect psychologique**

2.1. La représentation du sein chez la femme et l'homme.....	16
2.2. La représentation du cancer et de l'ablation.....	16
2.3. Les répercussions du cancer.....	18
2.3.1. Les répercussions physiques.....	18
2.3.2. Les retentissements psychologiques et sociaux.....	19
2.3.3. Les troubles psychiques.....	20
2.3.3.1. L'anxiété.....	20
2.3.3.2. L'état de stress post traumatique.....	21
2.3.3.3. La dépression.....	21
2.4. L'impact psychologique des stratégies thérapeutiques.....	22
2.4.1. La chirurgie.....	22
2.4.2. La chimiothérapie.....	23
2.4.3. La radiothérapie.....	23

## **Chapitre II : La relation conjugale chez les femmes mammectomisées**

1. Définition de quelques concepts clés.....	25
1.1. Le couple.....	25
1.2. La relation conjugale.....	25
1.3. La qualité de la relation conjugale.....	27
2. Les déterminants de la relation conjugale.....	27
2.1. La communication.....	27
2.2. La vie sexuelle .....	28
2.3. La responsabilité au sein du foyer et l'éducation des enfants.....	31

2.4. La situation économique.....	31
3. L'impact du cancer sur la relation conjugale.....	32
3.1. Sur la femme.....	32
3.2. Sur le partenaire.....	33
3.3. Sur la vie du couple.....	34
3.3.1. L'état émotionnel.....	34
3.3.2. La communication.....	34
3.3.3. Le fonctionnement sexuel.....	35
3.3.4. Le partage des rôles et des responsabilités.....	37
Conclusion de la partie théorique.....	38

## **Problématique et formulation des hypothèses**

1. La problématique.....	40
2. La formulation des hypothèses.....	44
3. Définition opérationnelle des concepts.....	44

# **PARTIE PRATIQUE**

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

1. La méthode utilisée.....	48
2. Le terrain de recherche.....	49
3. La population d'étude.....	50
3.1. Les critères de sélection.....	50
3.2. Les caractéristiques de la population.....	50
4. Les outils d'investigation.....	51
4.1. L'entretien.....	51

4.2. Le test de satisfaction conjugale (Locke wallace).....	53
5. Le déroulement de la pratique.....	53
5.1. Les difficultés rencontrées.....	53
5.2. La passation des entretiens.....	54
5.2.1. L'entretien avec les femmes.....	54
5.2.2. L'entretien avec les conjoints.....	56
5.3. La passation du test de satisfaction conjugale.....	58
5.3.1. Présentation du test.....	58
5.3.2. Le barème.....	61
5.3.3. Cotation et interprétation.....	62
Conclusion de la partie méthodologique.....	63

## **Chapitre IV : Description et analyse des résultats**

1. Présentation des données de l'entretien et des résultats du test.....	65
1.1. Couple n°1 : NABILA et NASSIM.....	65
1.2. Couple n° 2 : LILA et IDRIS.....	71
1.3. Couple n° 3 : LINDA et KARIM.....	77
1.4. Couple n° 4 : NADIA et CHERIF.....	83
1.5. Couple n° 5 : AMEL et DJAMEL .....	89
2. Synthèse des résultats et discussion des hypothèses.....	95
Conclusion générale.....	103

Liste bibliographique

Annexes



# Introduction

## Introduction :

L'annonce d'un cancer marque le début d'un long voyage pour le malade, mais également pour ses proches. Toute maladie entraîne un malaise, mais être confronté à un cancer qu'il soit curable ou incurable, quelles qu'en soient ses séquelles à court, moyen ou à long terme, met le malade au pied de ses forces. Un fardeau jalonné de différentes évocations capables de rendre la vie pénible, il suffit d'annoncer cette maladie ou de prononcer le mot « cancer » pour voir la personne ébranlée et désorientée.

Le cancer du sein occupe le premier rang de mortalité par tumeur maligne chez la femme, avec sa croissance, ce fléau aurait même parfois tendance à être considéré comme une maladie chronique. En dépit des avancées thérapeutiques constantes (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie), le cancer du sein garde un caractère menaçant aux yeux de la l'individu.

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 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.

Non seulement, il ouvre une crise individuelle, mais aussi la sphère relationnelle est bouleversée, c'est une atteinte qui constitue une onde de choc qui confronte la patiente à de déroutants questionnements pénibles, sur son mode de vie, son avenir, ses engagements et ses liens avec les autres, autrement dit, le cancer donne lieu à une remise en question de l'homéostasie du système familial, et plus spécifiquement, conjugal.

Notre travail porte sur la qualité de la relation conjugale chez les couples dont la femme est mammectomisée.

Pour traiter un tel problème, nous avons adopté la démarche descriptive dans l'objectif de décrire la qualité de la relation conjugale chez les couples dont la femme ayant subi une ablation du sein suite à l'atteinte cancéreuse.

# Introduction

---

Notre principale technique d'investigation est l'entretien clinique choisi dans le but de recueillir un maximum d'informations sur le sujet atteint et son partenaire. Les données de cette technique sont complétées par un deuxième outil d'investigation qui est le test de satisfaction conjugale, élaboré par **H. Locke** et **K. Wallace**.

Pour accomplir notre étude, l'établissement public hospitalier d'Amizour de la wilaya de Bejaïa était notre terrain de recherche.

La présentation de cette étude s'articule autour de deux parties, une partie théorique dont le premier chapitre est consacré à la présentation de l'aspect médical et psychologique du cancer du sein, et le second porte sur la relation conjugale chez les femmes mammectomisées.

Ensuite une partie pratique qui décrit la méthodologie de recherche que nous avons menée auprès de notre population d'étude, suivie par la description et analyse des résultats.

# Partie Théorique

**Chapitre I**  
**Cancer du sein :**  
**Aspect médical et**  
**psychologique**

**Chapitre I : Cancer du sein « aspect médical »**

Nous présentons dans ce premier chapitre deux aspects du cancer du sein. Le premier permettra d'exposer quelques données médicales sur le cancer du sein, le deuxième portera sur les conséquences psychologiques de cette maladie.

**1. Définitions :****1.1. Les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes :**

Les tumeurs bénignes ont un aspect morphologique normal, c'est-à-dire qu'elles présentent sous le microscope une structure proche de celle de leur tissu d'origine, leur ablation ou exérèse qui peut être nécessaire en raison du volume qu'elles occupent, ou à cause de la compression qu'elles exercent sur les organes voisins est toujours suivie de guérison, c'est le cas des fibromes de l'utérus et des polypes de l'intestin.

Quant aux tumeurs malignes, elles ont un aspect microscopique qui les différencie fondamentalement des tissus dont elles sont originaires, elles se caractérisent généralement par une désorganisation de l'architecture du tissu dans lequel elles ont pris naissance. Les cellules cancéreuses qui les composent présentent souvent des anomalies de forme, de taille et de structure, de plus elles vont progressivement acquérir la capacité d'envahir les tissus environnants pour pouvoir ensuite métastaser.<sup>1</sup>

**1.2. Le cancer :**

Sous le terme du cancer ; nombreuses et multiples sont les maladies, dont chacune a ses propres spécificités.

Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlable et incessante.<sup>2</sup>

Le cancer est une maladie de la cellule qui représente la perte des fonctions de régulation où les cellules ne répondent plus de façon adaptée aux demandes, et aux variations de l'environnement au sein duquel elles existent (La cellule cancéreuse échappe à tout contrôle, continue à se multiplier d'une façon anarchique).

---

<sup>1</sup> DELEHEDDE (M), Que sait-on du cancer ?, Paris, Ed science, 2006, p.7-8.

<sup>2</sup> MORIN (Y), Petit Larousse de la médecine, Paris, Larousse, 2001, p.144.

Le cancer se manifeste par une augmentation de la masse cellulaire qu'on appelle tumeur maligne. Dans certains cancers la tumeur primaire a tendance à quitter son tissu d'origine et donne lieu à une propagation de cellules qui envahissent d'autres tissus dans le but de former des tumeurs secondaires, appelées également métastases.<sup>1</sup> La capacité à former des métastases est une caractéristique propre au cancer et fait toute sa gravité.<sup>2</sup>

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces cancers, ceux qui sont d'un niveau environnemental ou exogène : en grand nombre, ils modifient la structure biochimique de l'ADN, qui est la cible essentielle de la carcinogénèse, d'autres qui sont d'une nature génétique ou endogène propre à l'individu lui-même tel que les gènes BRCA 1 et BRCA 2 pour les cancers du sein et de l'ovaire.<sup>3</sup>

### 1.3. Le cancer du sein :

Le cancer affectant la glande mammaire, principalement sous la forme d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire), parfois sous forme d'un sarcome (cancer du tissu conjonctif).

L'évolution du cancer du sein est comme la plupart des cancers, commence d'abord localement, ensuite se propage dans des organes voisins par voie lymphatique ou sanguine pour créer des métastases.<sup>4</sup> La tumeur affectant le sein prend comme point de départ la cellule de revêtement des canaux galactophores et siège volontiers dans le quadrant supéro-externe. Le temps de l'évolution de la tumeur est habituellement long, ce qui explique que le diagnostic n'est fait qu'après plusieurs années de développement (une tumeur n'est décelable que pour un volume de 1cm, ce qui n'est obtenu dans le sein qu'après 5 ans).<sup>5</sup>

Il existe plusieurs types de cancer du sein qui se développe à travers des cellules des canaux et des lobules, parmi ceux-ci :

Le cancer in situ qui se distingue par une prolifération épithéliale maligne soit au niveau du canal galactophorique sous la forme d'un carcinome intracanaux qui représente 85% à 90% des carcinomes in situ ; soit dans les lobules sous la forme d'un carcinome

<sup>1</sup> LACAVE (R) et al, Cancérologie fondamentale, Paris, John libbeyEurotest, 2005, p.3.

<sup>2</sup> ALEXANDRE (J), Cancérologie Hématologie, Paris, Masson, 2011, p18.

<sup>3</sup> MOLINIER (A), MASSOL (J), Pathologie médicale et pratique infirmière, Paris, Lamarre, 2008, p.79.

<sup>4</sup> MORIN (Y), Op.cit.p.837.

<sup>5</sup> MERIC (J.B) et al. Guide pratique de cancérologie, Paris, Masson, 2004, p.64.

intralobulaire (10% à 15%). Mais la membrane basale est toujours respectée, il n'y a pas d'infiltration.<sup>1</sup>

Le cancer infiltrant ou invasif est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale. On trouve, l'adénocarcinome canalire infiltrant (75%) c'est le plus fréquent et l'adénocarcinome lobulaire infiltrant est le moins fréquent (5-10%).<sup>2</sup>

La propagation métastatique se fait par voie hémotogène pour atteindre les os, les poumons, la plèvre et le foie. Elle marque sa présence à un stade infraclinique (asymptomatique) dans un nombre élevé de cas lors du diagnostic. En raison de leurs temps de doublement long, ces métastases ne seront cliniquement apparentes que plusieurs années après le traitement de la tumeur primitive. C'est cette évolution métastatique qui est responsable de la lourde mortalité à long terme de ces cancers.<sup>3</sup>

Donc, le cancer du sein est une maladie hétérogène avec des variations substantielles des temps de croissance et de développements métastatiques d'une patiente à l'autre. Il sera donc intéressant de mettre en évidence des critères cliniques et biologiques, qui permettront de distinguer les patientes à pronostic très favorable, qui bénéficieront de thérapeutique allégées, des patientes à pronostic d'emblée défavorable, qui devront être lourdement traitées (chaque femme a son propre traitement).<sup>4</sup>

## 2. Aperçu historique du cancer :

Contrairement à une idée reçue, le cancer n'est une maladie récente, apparue avec la civilisation moderne. Il semble même qu'elle atteigne les animaux et l'espèce humaine depuis des temps reculés. La première preuve de l'existence du cancer depuis la haute antiquité a été apportée par l'examen des momies égyptiennes. Son histoire proprement dite, comme catégorie du savoir médical, commence avec la Grèce classique.

**Hippocrate** (460-370 av. J-C) fit des descriptions précises du cancer et utilisa le terme grec «carcinoma», également «carcinome» en français pour désigner des ulcérations chroniques ou des grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes. D'après le dictionnaire **A. Bailly**, ce terme grec : «carcinoma» signifie respectivement écrevisse, chancre, cancer, tumeur.

<sup>1</sup> LORIENT (Y) et MORDANT (P), Cancérologie, Paris, Masson, 2011, p.497.

<sup>2</sup> Ibid, p.497.

<sup>3</sup> MERIC (J.B) et al. Op.cit, p.65.

<sup>4</sup> MONGE (M), Cancérologie et biologie, Paris, Masson, 2006, p.29.



Il y eut peu de progrès dans l'étude du cancer pendant les trois siècles après Hippocrate jusqu'à **Aulus Cornelius Celsus** qui traduisit le mot grec «carcinos» en «cancer», mot latin signifiant : 1) crabe, écrevisse et chancre, le terme «cancer » désignait plutôt des ulcères d'allure maligne avec pénétration profonde tandis que le terme «carcinoma» désignait plutôt nos lésions pré-malignes et malignes de type plus superficiel.

**Galien** (130-200 ap. J.-C.) utilisa le terme grec «oncos» pour désigner une grosseur ou une tumeur d'allure maligne. Ses théories furent valables pendant un millénaire. Il considérait que les tumeurs étaient dues à un excès «d'humeur», de bile noire, qui se solidifiait dans certaines parties du corps comme les lèvres, la langue, les seins. Son traitement consistait en l'administration de purges pour dissoudre la bile solidifiée. Si la lésion ne régressait pas, il pratiquait alors l'excision. Cette théorie des « humeurs » sera oubliée et il n'y aura plus de progrès notable pendant très longtemps. Seules des observations cliniques et la collecte des données quant au comportement des différentes tumeurs permettront de progresser très lentement.

Au Moyen-âge, les chirurgiens contribuèrent beaucoup à une meilleure compréhension du cancer : le chirurgien anglais **J. of Arderne**, durant la Guerre de Cent Ans, décrit les symptômes du carcinome du rectum avec ses hémorragies et obstruction. **G. de Chauliac**, de France suivit ses prédécesseurs. Il fit de larges excisions pour les lésions débutantes et soignait les lésions graves avec des onguents de manière palliative.<sup>1</sup>

Durant la Renaissance, les connaissances anatomiques augmentèrent énormément car les autopsies n'étaient plus interdites. Il a fallu attendre longtemps avant de comprendre que le système lymphatique a son rôle dans l'évolution du cancer et que prévenir les maladies métastatiques en retirant les ganglions lymphatiques loco-régionaux est une partie importante dans la thérapie du cancer. A cette époque, suite aux affirmations de certains médecins comme **Sennert**, la population croyait que le cancer était contagieux : les cancéreux furent exclus des hôpitaux par crainte d'épidémie. Face à cette situation **J. Godinot** fit construire un des premiers hôpitaux destinés exclusivement aux cancéreux à Reims en 1740. L'institut

---

<sup>1</sup> ZOZAYA (C), Déterminants des trajectoires de détresse pendant la première année qui suit l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant, thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de COUSSON- GELIE (F), l'université de Bordeaux, 2011, p 30-31.

appelé Hôpital St-Louis fut construit hors de la ville et n'accueillit que des cancéreux jusqu'à ce que l'on admette que le cancer n'était pas contagieux.

Au 18 et 19<sup>ème</sup> siècle, **H. F. le Dran** décrivit que le cancer débutait localement et s'étendait ensuite par les canaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques. **X. Bichat** découvrit que les différentes localisations du cancer ne sont qu'une seule et même maladie touchant le même tissu mais dans différents organes. **J. Hunter** fut le premier à évoquer des prédispositions au cancer comme l'hérédité, l'âge et peut-être le climat. Le cancer fut d'abord considéré comme une maladie de l'organisme, puis du tissu, puis devient une maladie de la cellule.

A partir du début du 20<sup>ème</sup> siècle, les connaissances et le traitement du cancer progressèrent à pas de géant : en 1895, la découverte des rayons X et, en 1898, la découverte de la radioactivité bouleversèrent les thérapeutiques. Par la suite, la chimiothérapie, qui utilise différentes drogues pour tuer les cellules malignes, se développa et continue toujours de se perfectionner. D'autres thérapeutiques continuent à voir le jour dans le traitement du cancer (Immunothérapie, greffe des moelles, radiofréquence, curiethérapie, etc...).

Le cancer est donc très ancien. Il est attribué à un grand nombre de maladies différentes avec une étiologie et des manifestations très variées impliquant des soins et des traitements différents. Le pronostic après traitement est également très différent. De plus, le mot cancer a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède une connotation très péjorative. La tendance actuelle vise à utiliser le plus justement la dénomination de « maladies oncologique ».<sup>1</sup>

## 3. L'épidémiologie du cancer du sein :

### 3.1. Au niveau mondial :

- Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins, avec plus de 800 000 nouveaux cas annuels dans le monde.
- Environ de 25% des cancers de la femme sont des cancers du sein.
- Une femme sur huit développera un cancer du sein.
- L'âge moyen du diagnostic est d'environ 60 ans.
- Il est rare avant 30 ans et diminue légèrement à l'âge de 85 ans.

<sup>1</sup>ZOZAYA (C), Ibid., p.32-33.

- La survie à 5 ans est d'environ 75%.
- L'incidence du cancer du sein augmente de façon constante depuis 25 ans.
- L'incidence des décès est en légère décroissance depuis 2000.
- Le cancer du sein est en premier rang des décès par cancer chez la femme de 35 à 55 ans (10 000 décès par ans) une femme sur 25 en meurt.<sup>1</sup>

### 3.2. Au niveau national :

- En Algérie 7500 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année.
- Le cancer du sein est diagnostiqué à un stade tardif avec un taux de survie bas, 50% des cas arrivent avec une tumeur de plus de 3cm.
- L'âge moyen au diagnostic se situe à 45 ans.
- 53% des cancers du sein surviennent avant l'âge de 49 ans.
- Environ de 3500 des cas en décèdent.
- Le taux de survie après cinq ans est de 39% en Algérie.<sup>2</sup>

## 4. Structure et physiologie du sein :

Le sein ou encore la glande mammaire, chez la femme, les seins sont centrés par un mamelon qui est entouré d'une zone pigmentée qu'on appelle l'aréole. La glande mammaire est constituée d'une vingtaine de lobes glandulaires noyés dans un tissu graisseux (qui donne au sein la forme qu'on lui connaît). Les canaux excréteurs de ces lobes (canaux galactophores), débouchent sur le mamelon. Les seins reposent en arrière sur le muscle pectoral.

A la puberté, les seins se développent et augmentent de volume, en réponse aux œstrogènes produits par les ovaires. Quant à la ménopause, la production ovarienne d'œstrogènes s'effondre, ce qui entraîne en suite une diminution du volume des seins. La principale fonction biologique du sein est la production du lait. Pendant la grossesse, les œstrogènes sécrétés par l'ovaire et la progestérone sécrétée par le placenta, provoquent le développement des glandes mammaires ainsi que l'élargissement des mamelons. Juste après l'accouchement, les seins produisent un liquide aqueux, le colostrum. Celui-ci fait place au lait maternel, au bout de 3 jours, sous l'influence de la prolactine. Outre sa fonction

<sup>1</sup> SAGLIER (J) et al, Cancer du sein « Questions et réponses au quotidien », Paris, Masson, 2009, p.5.

<sup>2</sup> MAHNANE (A), HAMDI (CH), Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, Registre du cancer de Sétif, 2012, p.12-18.

alimentaire, le sein féminin a un rôle esthétique et sexuel. L'érection du mamelon est la première manifestation de l'excitation sexuelle.<sup>1</sup>

## 5. Les symptômes du cancer du sein :

Plusieurs symptômes peuvent être décelés en matière de cancer du sein parmi ceux-ci :

- Une grosseur ou masse palpable dans les seins (nodularité).
- Une douleur ou gêne mammaire.
- Un écoulement mammaire.
- Une modification du contour des seins et changement de taille.
- L'apparition d'un capiton.
- Un plissement de la peau recouvrant les seins.<sup>2</sup>
- Une rétraction du mamelon.
- Une rougeur localisée ou diffuse.
- Un aspect de peau d'orange.<sup>3</sup>

## 6. Le diagnostic :

### 6.1. Les circonstances de la découverte :

Les deux fréquentes circonstances de découverte sont :

- Découverte fortuite lors d'une mammographie de dépistage (tumeur non palpable).
- Palpation d'un nodule du sein le plus souvent ou d'une adénopathie axillaire.

Plus rarement :

- Écoulement mamelonnaire.
- Anomalie du mamelon : maladie de Paget.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MORIN (Y), Petit Larousse de la médecine, Paris, Larousse, 2001, p. 836.

<sup>2</sup> BATES (B), Guide de l'examen clinique, Paris, Arnette, 2010, p.408-410.

<sup>3</sup> BERREBI (W), Diagnostic et thérapeutique, Paris, Estem, 2005, p.437.

<sup>4</sup> LORIOT (Y) et MORDANT (P), op.cit. p.499.

**6.2. Les méthodes du diagnostic :**

- La première méthode est l'interrogatoire ou l'anamnèse qui se fait dans le but de rechercher des facteurs de risque.
- La seconde est l'examen clinique, est capital et doit inclure l'inspection et la palpation bilatérale des seins, des aisselles et des creux claviculaires. L'inspection de la patiente se fait dans l'intention de détecter un signe du capiton, une rougeur ou une augmentation du volume du sein ou une anomalie du mamelon (rougeur, invagination) quant à la palpation des seins sur une patiente couchée, bras derrière la tête tente à rechercher un nodule et les caractères orientant vers la malignité (nodule irrégulier, signe du pli).
- Ensuite une mammographie est essentielle en raison de sa fiabilité élevée, elle se fait par des spécialistes et doit être bilatérale.
- L'échographie est un examen qui complète la mammographie quand celle-ci n'aboutit pas avec succès par exemple devant un nodule invisible. L'échographie est particulièrement utile dans le diagnostic des kystes.
- Après cette étape, la patiente doit passer à la ponction qui se fait à l'aide d'une aiguille fine en évacuant un liquide séreux et en l'analysant pour finaliser le diagnostic de lésion kystique. La micro biopsie se fait sous anesthésie locale, ramène de tissu tumoral. L'étude histologique détermine le diagnostic, elle est d'une fiabilité supérieure par rapport à la Cytoponction.
- Afin d'obtenir la preuve et le degré de la malignité pour classer le cancer (un adénocarcinome par exemple), une Biopsie chirurgicale est importante, elle est réalisée en cas de résultat non significatif des deux examens.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> DALY SCHVEITZER (N) et al, Cancérologie clinique, Paris, Masson, 2003, p.218-220.

## **7. Les facteurs de risque de cancer du sein :**

Un certain nombre de facteurs de risque ont été envisagés en matière du cancer du sein

### **7.1. Le risque familial :**

Le risque familial est considéré depuis longtemps comme un facteur très important et persistant de manière intense dans l'apparition du cancer du sein. Une histoire familiale de cancer du sein est fréquemment retrouvée : le risque est représenté par l'existence d'un cancer du sein chez une parente au premier degré (mère, sœur, fille), il s'accroît chez une femme ayant une parente atteinte du cancer du sein bilatéral, de même si une parente présente un cancer du sein qui s'est déclaré de manière précoce. Ce risque diminue en suite en cas de lien de parenté au second degré (cousine, grand-mère, tante). On considère que les cancers génétiques par mutation de gènes BRCA1 ou BRCA 2 représentent environ 5% des cancers du sein. Ces cancers surviennent de plus beaucoup plutôt que les tumeurs sporadiques (parfois avant 30 ans).

### **7.2. Le risque histologique :**

Il est reconnu que les tumeurs malignes évoluent progressivement par différents stades initialement bénin puis atypique et malin. Le risque histologique est déterminé par l'existence d'une lésion histologique bénigne qui peut donner lieu à un cancer du sein ultérieur. Le risque plus élevé des lésions précancéreuses est représenté par l'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire qui multiplie par 4 la probabilité de survenue d'un cancer du sein par rapport à la population générale.

### **7.3. Le risque hormonal :**

Il correspond à de multiples facteurs, endogènes ou exogènes. Les facteurs endogènes, consistent en une puberté précoce (avant 12 ans), une ménopause tardive, une nuliparité, une pauciparité, ou encore une grossesse tardive chacune de ces situations constituent un facteur de risque dans l'apparition de cancer du sein. Quant aux facteurs exogènes, plusieurs études ont montré que la contraception orale ne fait pas augmenter le risque du cancer du sein quelles que soient la dose et la durée de la prise de contraceptifs. En ce qui concerne le traitement substitutif hormonal (TSH) de la ménopause, le risque de cancer du sein s'accroît avec la durée de prise de ces traitements.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> SAGLIER (J), BEUZÉBOC (P) et al, Cancer du sein « Questions et réponses aux quotidien », Paris, Masson, 2009, p.5-6.

## 7.4. Le risque nutritionnel :

Le mode de vie et en particulier le régime alimentaire joue un rôle certain dans la survenue du cancer, mais il reste que se sont des facteurs intriqués et difficiles à être analysés. Les apports lipidiques ont souvent été incriminés, ainsi que la consommation d'alcool aurait également un rôle néfaste. Les facteurs de risque nutritionnel dans le cancer du sein commencent à être mieux identifiés, ce qui permet une possibilité de prévention primaire.<sup>1</sup>

## 8. Les stratégies thérapeutiques :

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

### 8.1. La chirurgie :

La chirurgie peut consister en :

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

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

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

<sup>1</sup> SAGLIER (J), BEUZEBOC (P) et al, Ibid. p.9.

<sup>2</sup> BROWN (Z), FREEMAN (H), Le cancer du sein, Paris, EDP science, 2008, p.913.

**8.2. La chimiothérapie :**

Elle est devenue un traitement standard pour une majorité de patientes. Elle est plus efficace en pré-qu'en post ménopause. Le traitement de référence est une polychimiothérapie avec anthracyclines, par voie intraveineuse, en six cycles espacés de 3 semaines.

**8.3. La radiothérapie :**

C'est une autre arme qui permet un traitement loco-régional, en utilisant essentiellement une radiothérapie externe par le cobalt, parfois une radiothérapie de contact par les fils d'iridium.<sup>1</sup> Elle est réalisée en postopératoire. Son but est de détruire le risque de récidives locales. Elle peut cependant augmenter le risque de décès à long terme par maladie cardiovasculaire.

**8.4. L'hormonothérapie :**

L'objectif thérapeutique de l'hormonothérapie est de priver le tissu tumoral d'œstrogènes, soit en supprimant la production centrale, ou la synthèse intratissulaire, soit en occupant le site de liaison intracellulaire. Le Tamoxifène est un anti-œstrogène périphérique, agissant sur la prolifération cellulaire par blocage des récepteurs hormonaux. C'est un traitement efficace uniquement pour les patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs. Il est prescrit après la chimiothérapie à la dose de 20mg par jour pendant 5 ans.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> BENZIDANE (N), Cancer du sein « Diagnostic et Traitement », Alger, Office des publications universitaires, 2004, p.17.

<sup>2</sup> MONGE (M), Cancérologie et biologie, Paris, Masson, 2006, p.50-51.



## 1. La représentation du sein pour la femme et l'homme :

Le sein est un organe de la féminité tout autant que de la séduction, le sein porte une place d'une très haute importance dans la sexualité des femmes comme dans celle des hommes. Il se développe à la puberté, et change de volume tout au long de la vie génitale des femmes y compris son excitation sexuelle. Il représente bien davantage qu'un simple élément de l'anatomie féminine, physiologiquement dédié à la reproduction et à l'allaitement il est aussi un signal sexuel fort et prioritaire, dans la sexualité de l'homme.

C'est un attracteur visuel, s'il existe plusieurs dimensions du corps des femmes, le sein en est certainement la meilleure illustration. Le sein nourricier est le plus célèbre depuis les origines, mais il sait aussi se faire érotique. C'est un organe de consommation masculine, est offert à l'homme et destiné à inspirer son désir et à satisfaire son plaisir.

Le sein objet de concupiscence pour l'homme peut être aussi un organe de plaisir purement sexuel pour la femme, et pas seulement dans l'acte sexuel, nous dit le psychanalyste Donald Winnicott, qui parle de «l'orgie de la tétée», la stimulation sexuelle du sein est toujours l'une des grandes étapes du plaisir et de la volupté, au féminin comme au masculin.

Ainsi qu'il a toujours été l'objet de représentations graphiques, de fétichisation dans la culture sexuelle. Les publicistes savent l'utiliser largement pour faire consommer pleins de produits. Mais il est différemment perçu ; dans certains pays du monde rien n'empêche de le montrer sur une plage ou autre part, dans d'autres parties telle que l'Afrique (Cameroun) le sein devient dangereux, où il faut quelques fois savoir le cacher pour ne pas être trop vite remarqué par les garçons et perdre sa virginité précocement.<sup>1</sup>

## 2. La représentation du cancer et de l'ablation :

Le sein, c'est éros car il est l'un des plus beaux chants d'amour et d'érotisme, mais le cancer c'est thanatos. Avec lui, tout d'un coup, on rentre dans un autre monde qui surgit absolument contraire à celui du sein, finit la joie, le rire, le plaisir et la paix. On entre dans un nuage d'inconnaissance, tout devient obscurité et non sens, la personne souffre d'être malade et souffre de faire souffrir ceux qu'elle aime, car eux même sont touchés par cette épreuve. Avec le sein la femme vit dans la tranquillité, elle sait bien qu'elle mourra un jour mais elle

---

<sup>1</sup>COLSON (M-H), La sexualité féminine, Paris, Le Cavalier Bleu, 2003, p69-72.

vit sans inquiétude. Subitement le cancer sonne comme un rappel qui lui met les yeux en face sa propre finitude.<sup>1</sup>

Le mot cancer résonne comme synonyme de mort dans l'imaginaire collectif. Il suffit de le prononcer dans une assemblée pour voir les visages pâlir, les discours se font chuchotant, l'effroi détourne les regards... comme si la mort « en personne » venait de pénétrer les lieux, le mot cancer est encore lourd d'anticipation glacée. Malgré l'évolution des systèmes thérapeutiques fonctionnant à l'opposé du cancer et malgré les immenses avancées sur sa causalité, ce qui a le moins évolué se sont sans doute les représentations de cette maladie.<sup>2</sup>

L'historique du cancer nous a appris que face à l'insondable, l'humain sait toujours développer des représentations qui le confrontent certes à l'horreur, mais qui lui permettent d'échapper à l'angoisse du néant. Aujourd'hui les grandes enquêtes sur cette maladie montrent une volonté de se débarrasser des images novices paralysantes pour entrer dans une phase d'action. Les patients actuels, mais aussi toute la population, se sentent concernée par des attitudes qui permettraient de faire face au cancer.<sup>3</sup>

Le sein est une composante anatomique, narcissique et érotique, la perte de cet organe renvoie à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure, voire un effondrement narcissique.<sup>4</sup>

Perdre un sein est considéré comme insupportable pour toute femme. Dans l'imaginaire collectif, la mastectomie est un geste tragique, presque sacrilège. La symbolique du sein est trop immense pour qu'on puisse imaginer une femme insensible à cette perte. Chacune des femmes ayant perdu un sein à une représentation subjective, singulière et unique, chacune a sa propre manière d'être, de penser et d'aimer, les une subissent cette ablation sans le moindre trouble les autres se disent d'elle un supplice. Le vécu de l'ablation n'est pas immuable, il se modifie avec le temps. Avant l'opération, c'est souvent le désarroi, larmes, tristesse,

---

<sup>1</sup> GROS (D), Cancer du sein entre raison et sentiment, Paris, Springer, 2009, p 24.

<sup>2</sup> BACQUÉ (M.F), BAILLET (F), La force du lien face au cancer, Paris, Odile Jacob, 2009, p 9.

<sup>3</sup> Ibid., p 29.

<sup>4</sup> REICH (M.), « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », Travail présenté lors des 27 Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Volume 85, 2008, p 251.

prostration, révolte et refus. Vivre sans sein peut être insupportable et inacceptable. Après l'opération, les choses changent. La souffrance psychologique demeure ou au contraire disparaît. Certaines pleurent en découvrant leur poitrine plate, d'autres n'osent pas la regarder, d'autres se disent au médecin fièrement « regardez, docteur, ma cicatrice est belle ».<sup>1</sup>

### 3. Les répercussions du cancer :

Le cancer du sein constitue un événement de vie majeur qui vient effectivement perturber la vie des patientes.

#### 3.1. Les répercussions physiques :

Après l'annonce d'un cancer du sein et de l'ablation, beaucoup de séquelles surgissent, la douleur est ainsi une des séquelles cliniques les plus fréquentes du cancer, elle se manifeste par sa chronologie à toutes les étapes de la maladie, du diagnostic à la récurrence, au cours des complications et pendant la période de la fin de vie. Elle est globale lorsqu'elle touche en premier lieu le patient et retentit sur la famille, spécifique à la maladie cancéreuse quand elle est manifestée par des métastases osseuses à titre d'exemple. Elle est en effet un élément fragilisant dans la mesure où elle accentue l'état d'instabilité et de détresse émotionnelle de la patiente.<sup>2</sup>

La fatigue est aussi un symptôme subjectif par excellence, car ce n'est pas aisé de la mesurer. Elle est manifestée après le diagnostic annoncé, l'opération et pendant le traitement adjuvant. De nombreuses femmes se plaignent de fatigue, même de long mois après la fin des traitements. Elle est aggravée par un état dépressif ainsi que par d'éventuelles séquelles douloureuses.<sup>3</sup> Plusieurs facteurs favorisent l'apparition de ce symptôme chez les femmes cancéreuses, comme la perturbation du sommeil, les nausées, le stress ainsi que l'angoisse. L'expérience du cancer demande donc à la personne atteinte de s'adapter à plusieurs changements qui ont affecté sa santé physique.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> GROS (D.), « Les bien portants face au cancer du sein, Fuite, indifférence, amour », In Revue française de psychosomatique, n° 31, 2007, p84-85

<sup>2</sup> MORICEAU (M), « La douleur du patient atteint de cancer : du diagnostic de la récurrence au traitement adapté », Revue internationale de soins palliatifs, Vol. 21, 2006, p 143-144.

<sup>3</sup>SAGLIER (J), La femme et le cancer du sein, Paris, Odile Jacob, 2005, p 184.

<sup>4</sup>ROSMAN (S), « l'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer », Santé Publique, vol.16, 2004, p 511.

### 3.2. Les retentissements psychologiques et sociaux :

Face à l'annonce d'un cancer du sein, surgit le plus souvent un temps de sidération, d'absence à soi-même, dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours, jusqu'à ce que cet enlèvement de la pensée cède la place à divers systèmes de défense dont l'excitation est sans doute l'un des plus remarquables.

La psyché se trouve alors envahie par un débordement en cascade d'affects désordonnés. Du vide au trop plein, dans l'excès, en proie à une avalanche de questionnements intérieurs (pourquoi moi, qu'ai-je fait pour mériter ça, pourquoi maintenant) d'autant plus vains que, sous l'effet du traumatisme, aucune réponse satisfaisante ne peut être trouvée. Les pensées s'entrechoquent, incapables de remettre de l'ordre dans ce bouillonnement désordonné, faisant tout au plus émerger un sentiment mêlé d'injustice et de culpabilité.

L'annonce d'un cancer du sein contient, dans sa formulation même, une attaque violente contre cet emblème de l'identité féminine. Symbole de beauté, de séduction et de fertilité, le sein est aussi sur le corps de la femme la marque visible d'une différence sexuelle, accueillie avec plus ou moins de bonheur par la fille à la puberté. Favorisant les fantasmes de castration, voire d'intrusion, l'idée de la perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable.<sup>1</sup>

Le diagnostic de cancer, les traitements, le contenu psychologique et social du mot constituent une expérience traumatique. Suivant leur histoire, leur relation avec leur corps, leur personnalité, leur entourage les patientes vont pouvoir plus ou moins facilement édifier des mécanismes de défenses psychologiques. Chacun en a besoin. Ils peuvent aller du déni de la maladie à toutes les constructions psychologiques que chacun peut élaborer pour tenter de comprendre un vécu toujours éprouvant.<sup>2</sup>

Quant aux enfants, qu'ils aient ou non été informés de la maladie de leur mère, ils savent fort bien qu'elle est gravement malade. L'angoisse de leurs parents les contraignant au silence, ils vont parfois s'exprimer de façon indirecte par des troubles du comportement, mais

---

<sup>1</sup>BRULLMANN, « Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée », *le carnet psy*, n° 119, 2007, p 46-47.

<sup>2</sup>ZELEK (L.), *Aider à vivre après un cancer*, Springer, Paris, 2010, p 13-14.

ils peuvent également poser des questions crûment « Est-ce que tu vas mourir ? ». <sup>1</sup> La peur de ne pas avoir grandir ses enfants est fréquemment rapportée par les patientes, ce qui peut retenir sur la relation mère-enfant. <sup>2</sup>

### 3.3. Les troubles psychiques :

Les troubles les plus manifestés par les femmes suite à un cancer du sein sont :

#### 3.3.1. L'anxiété :

C'est une réaction psychologique déclenchée en réponse à un événement traumatique comme l'annonce du diagnostic du cancer du sein. Des critères ont été établis dans la nosographie actuelle pour diagnostiquer l'anxiété normale de l'anxiété pathologie : le nombre de symptômes, la durée, l'intensité et la fréquence des manifestations anxieuses.

L'anxiété dite normale est une expérience commune et fondée, étroitement liée à l'annonce du diagnostic du cancer et de ses traitements. Ses manifestations seront de courte durée (moins de 7jour), d'intensité et de fréquences modérées avec un nombre faible de symptômes (moins de 3). L'anxiété pathologique est définie par un état de tension chronique, une attitude de doute et un sentiment d'insécurité permanent (durée plus de 6 mois).

De nombreux symptômes vont entraîner un caractère disproportionné et inhabituel des réactions émotionnelles du patient (sentiment de honte, d'échec).

L'annonce du diagnostic de cancer ainsi que ses traitements sont une source importante d'anxiété qui pourra être renforcée ou inhibée tout au long du parcours thérapeutique du patient.

Cette annonce va être vécue comme une souffrance non maitrisable par le patient. L'anxiété peut interférer non seulement avec la qualité de vie du patient mais également avec celle de son entourage proche. Elle est souvent un processus normal d'adaptation à la maladie mais si cet état se prolonge ou s'intensifie, il requiert un traitement adapté. <sup>3</sup>

<sup>1</sup> ESPIÉ (N), « la vie après le cancer du sein : le vécu psychologique du cancer du sein », Coalition européenne contre le cancer du sein, 2006, p 4.

<sup>2</sup>BAIZE (N), MOUNIER (N) et al, « Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie », Bulletin du cancer, vol.95, n° 9, 2008, p 223-224.

<sup>3</sup>BACQUÉ (M.), Annoncer un cancer : diagnostic, traitement, rémission, rechute, guérison, abstention, Paris, Springer, 2011, P 83.

### 3.3.2. Etat de stress post traumatique :

Parmi les troubles anxieux, on trouve l'état de stress post traumatique ; il s'agit d'un état organisé et durable répondant à plusieurs critères, dont la cause est l'exposition à un événement traumatique durant lequel le sujet aurait pu mourir, être gravement blessés ou menacés de mort. La réaction du sujet à l'événement se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, l'événement traumatique est constamment revécu ; souvenirs et/ou rêves répétitifs, impression que l'événement va se reproduire, des flash-back, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique en présence d'éléments rappelant l'événement, évitement persistant des éléments rappelant l'événement.

La pathologie cancéreuse peut effectivement être vécue comme un événement traumatique dans le sens où elle peut entraîner la mort à moyen terme, la réaction du sujet suite au diagnostic est souvent apparentée à un choc, des pensées intrusives peuvent devenir nombreuses et fréquentes, les sujets s'occupent souvent de manière à ne pas y penser, le fait de penser à la maladie entraîne parfois des réactions physiologiques intenses.<sup>1</sup>

Une complication essentielle de l'état de stress post traumatique est la possibilité de comportement d'évitement lié à la prise en charge et pouvant retentir sur l'accès aux soins ; refus de retourner à l'hôpital, de poursuivre une chimiothérapie etc. La comorbidité dépressive associée peut également compliquer considérablement la reprise des investissements antérieurs comme l'activité professionnelle<sup>2</sup>

### 3.3.3. La dépression :

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une perte de l'élan vital. Des symptômes dépressifs sont largement retrouvés chez les femmes traitées pour un cancer du sein et peuvent être aggravés par les traitements systémiques.<sup>3</sup>

C'est une atteinte spécifique, il est établi selon les critères du DSM-IV, qu'elle affecte 15 à 45 % des malades du cancer.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SEGRESTAN-CROUZET (C), Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein, Thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de RASCLE (N), l'université de bordeaux 2, 2010, p 33.

<sup>2</sup>MORÉRE (J.), Le cancer du sein, Springer, Paris, 2007, p296.

<sup>3</sup>ZELEK (L.), Aider à vivre après un cancer, Springer, Paris, 2010, p 109.

<sup>4</sup>BEN SOUSSAN (P), DUDOIT (E), Les souffrances psychologiques des malades du cancer : Comment les reconnaître, comment les traiter ?, Paris, Springer, 2009, p 42-43.

La tristesse et les symptômes dépressifs sont fréquemment rencontrés à l'annonce d'un cancer du sein et peuvent resurgir à différents moments tout au long du suivi. Toutes les femmes ne sont pas égales devant leur adaptation à l'épreuve du cancer et un point critique est de pouvoir poser correctement le diagnostic d'une dépression sévère nécessitant une prise en charge. La dépression majeure touche 25% des femmes atteintes d'un cancer du sein et le clinicien devra être attentif aux éléments suivants : des antécédents de dépression, l'absence de support social (pas de compagnon ou mari, peu d'amis et un environnement professionnel non valorisant).

Si la dépression sévère est plus fréquente dans le cas d'une maladie à pronostic sombre, il serait faux de penser qu'elle ne touche pas les femmes atteintes de petites tumeurs à meilleurs pronostics. Les symptômes dépressifs sont présents chez les femmes hospitalisées pour traitement chirurgical de leur cancer du sein. Ces symptômes ne sont pas influencés par l'âge, le type de chirurgie et le pronostic de la maladie. Mais nous pensons que le choc de l'annonce du cancer du sein a déjà une grande part de responsabilité dans cette morbidité psychologique en confrontant l'individu à l'idée de mort.<sup>1</sup>

### **3.4. L'impact psychologique des stratégies thérapeutiques :**

#### **3.4.1. La chirurgie :**

Le geste chirurgical engendre des réactions psychologiques aiguës, qui se déclenchent aussi bien dans la phase préopératoire que postopératoire. Les réactions psychologiques rencontrées ne sont pas toujours simples à détecter, en effet, il n'est pas toujours aisé d'identifier le mode particulier d'expression des préoccupations et des émotions, et les mécanismes de défense comme l'évitement et le déni propre à chaque malade.

Des émotions comme l'insatisfaction, l'irritabilité et la colère peuvent être exprimées suite à l'intervention et aux changements liés à cette maladie. La mutilation sexuelle associée à la mastectomie entraîne également une détresse importante, dans ce cas la présence d'un partenaire sera le déterminant principal du type de conséquences psychologiques, même en cas de diminution significative des rapports sexuels du couple.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> ZELEK (L.), op. cit, p117-118.

<sup>2</sup> RAZAVI(D), DELVAU (N.), Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille, Paris, Masson, 2002, p78-79.

## **3.4.2. La chimiothérapie :**

La chimiothérapie suscite un certain nombre d'effets secondaires altérant le fonctionnement social et modifie la vie sexuelle des patients, ce qui peut mener à une détresse psychologique importante, dans certaines circonstances particulières les conséquences de ce traitement peuvent devenir une préoccupation centrale des malades et entraîner des désordres émotionnels et certains comportements de fuite ou d'évitement (refus du traitement).<sup>1</sup>

## **3.4.3. La radiothérapie :**

Le traitement par irradiation est à la base d'une détresse psychologique du fait qu'il est accompagné par un nombre d'effets secondaires tel que fatigue, troubles sexuels, nausées, perte de pilosité etc. les réactions psychologiques associées à la radiothérapie sont caractérisées par des peurs diverses concernant les effets secondaires, les procédures d'administration et l'efficacité du traitement, un sentiment de malaise, voire d'une certaine irritabilité.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> RAZAVI (D), DELVAU (N.), Ibid., p 80.

<sup>2</sup>Ibid., p 77.



**Chapitre II**  
**La relation Conjugale**  
**chez les femmes**  
**mammectomisées**

## Chapitre II : La relation conjugale chez les femmes mammectomisées

Notre deuxième chapitre englobe quelques définitions des concepts clés, les déterminants d'une relation conjugale, l'impact du cancer sur la patiente, sur son partenaire ainsi sur leur vie de couple et les différentes sphères de la vie conjugale.

### 1. Définitions des concepts :

#### 1.1. Le couple :

Le couple désigne l'union de deux partenaires sexuels, homme et femme vivant ensemble dans un logement.<sup>1</sup>

Nous vivons une période ou plusieurs manières de vivre en couple coexistent : le mariage, l'union libre ou concubinage et l'union de personnes de même sexe (homosexualité).<sup>2</sup>

Le couple est généralement perçu comme le produit d'un processus d'institution qui conduit chaque partenaire à partager un esprit commun et une vision particulière du monde. Toutefois, le couple est également formé par deux individus aux envies et besoins différents et parfois contradictoires.<sup>3</sup>

**A. Ruffiot** a donné une réponse phénoménologique et psychanalytique lorsqu'il a écrit sur le lien d'amour. Selon lui le couple est un groupe de deux êtres humains créé par l'amour et en rapport avec le genre. Par le lien d'amour, quelque chose de neuf est créé, quelque chose qui n'a jamais existé auparavant.<sup>4</sup>

#### 1.2. La relation conjugale :

La relation conjugale est une relation qui s'exprime par deux séries de vocables qui marquent les deux étapes de l'union matrimoniale, les fiançailles et le mariage : sponsa/sponsus d'une part et uxor/coniux d'autre part. Donc cet engagement solennel conduit parfois à donner à sponsus et sponsa le sens d'époux/épouse. Les vocables uxor/coniux désignent l'épouse légitime, par opposition au concubinage qui est une union marginale. La relation

---

<sup>1</sup> ZAY (N), Dictionnaire. Manuel de gérontologie sociale, Québec, Les presses de l'université de Laval, 1981, p.134.

<sup>2</sup> LE GALL (D), Genres de vie et intimités, Paris, L'Harmattan, 2005, p.101.

<sup>3</sup> HENCHOZ (C), Le couple, l'amour et l'argent, Paris, L'Harmattan, 2008, p.15.

<sup>4</sup> MOHRING (P), « Dynamique des couples et thérapie dans le cas de cancer », In Press, le Divan familial, n°14, 2005, P.79-88.

conjugale est une relation fondamentale puisqu'elle constitue la base du tissu social, c'est une relation d'échange de solidarité et de prévention contre l'atomisation.<sup>1</sup>

La relation conjugale est une forme de relation dyadique où chacun des membres va savoir surmonter la souffrance et les conflits pour durer. Citer par **BIOY(A), FOUQUES(D)** que selon **J. LEMAIRE** le couple conjugale se définit de la façon suivante : « un lien amoureux marqué par une intention avouée ou non avouée de durée et non un engagement irréversible et institutionnel concernant l'existence entière ». En effet le terme conjugale ne renvoie pas à la notion de mariage, lien légal, mais à son acception dans une forme de couple en tant que lieu affectif d'échange plus au moins pérenne.<sup>2</sup>

Si certaines personnes se contentent de quelques amis, la plupart d'entre nous recherchent une relation privilégiée : c'est l'âme sœur à qui nous pouvons confier totalement et qui nous permet le plus de nous découvrir. C'est elle qui nous aide à surmonter la solitude inhérente à la condition humaine, aussi autonome et forte que nous puissions être. La relation privilégiée donne un sentiment d'appartenance qui renforce la confiance en soi même si, au bout du compte, cette dernière ne peut dépendre exclusivement d'un tiers. Une relation saine aide simplement à mieux s'accepter et à croire en soi.<sup>3</sup>

Ce rapport entre conjoints se transforme avec l'âge au fur et à mesure que la composition de la famille et le statut social des époux se modifient. L'évolution de la relation conjugale a été explorée sous divers aspects, pour savoir jusqu'à quel point les conjoints sont d'accord sur les valeurs essentielles et sur leur rôles respectifs, comment réagissent-ils devant les tensions et quelles sortes d'efforts ils font pour réajuster leur comportement.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> LE JAN (R), Famille et pouvoir dans le monde Franc, Paris, Publication de la Sorbonne, 1957, p.168.

<sup>2</sup> BIOY(A), FOUQUES(D), Manuel de psychologie du soin, Paris, Bréal, p.161.

<sup>3</sup> BOURNE(J), Manuel du phobique et de l'anxieux, Paris, Eyrolles, 2011, p.303.

<sup>4</sup> ZAY (N), op.cit. p.445.

### 1.3. La qualité de la relation conjugale :

Le concept de qualité de relation conjugale reste très compliqué et entraîne une certaine confusion au sein de la littérature. La qualité de la relation conjugale peut être considérée comme un indicateur synthétique du fonctionnement conjugal et comme un concept très proche de celui de la satisfaction conjugale. En effet ils sont deux termes souvent employés comme synonyme. Les couples caractérisés par une qualité de relation conjugale élevée sont considérés comme « satisfaits », par contre, les couples caractérisés par une basse qualité de relation conjugale sont considérés comme « insatisfait ».<sup>1</sup>

Selon **C. BELANGER** et **S. SABOURIN**, la qualité de la relation conjugale est définie comme « l'évaluation subjective du bien être perçu, ressenti et exprimé par les partenaires en ce qui a trait leur relation de couple ». La satisfaction, quant à elle, se réfère au degré de satisfaction éprouvé par les conjoints en regard de certaines composantes spécifiques de leur relation conjugale telle qu'intimité, amour, communication et la qualité de leur relation conjugale.<sup>2</sup>

## 2. Les déterminants de la relation de conjugale :

Le couple est aujourd'hui un ensemble de pesanteurs sentimentales, familiales, économiques, religieuses et culturelles ; c'est là autant de pressions qu'une jonction de deux destinés peut assumer, autant qu'elle peut en souffrir ou les surmonter.<sup>3</sup>

### 2.1. La communication :

La qualité de la communication est un facteur important de cohésion du couple. Nous savons tous que la parole fait partie de la communication ; mais la parole ne suffit pas pour qu'il y ait communication. La communication, c'est l'art de créer une intimité avec l'autre ; c'est une façon de partager en profondeur et de se sentir solidaires. Une communication de qualité permet à l'autre de nous connaître tel que nous sommes, de nous fournir des réponses et un appui quand nous en avons besoin. Une communication de qualité représente une des grandes joies de l'existence. Ceux qui communiquent le mieux sont ceux qui écoutent le

---

<sup>1</sup>RODET(CH), La transmission dans la famille : secrets, fictions et idéaux, Paris, l'Harmattan, 2000, p.231.

<sup>2</sup>DESROCHERS(J), La communication conjugale dans le contexte du cancer, thèse du doctorat en psychologie, Sous la direction BLAIS (M.C.), université du Québec À Trois-Rivières, 2012, p.8.

<sup>3</sup>AREZKI (D), Sens et non sens de la famille algérienne, Paris, Publisud, 2004, p 23.

mieux ; l'écoute efficace exige de s'intéresser à l'autre, de faire preuve de patience et de concentration.<sup>1</sup>

On pense que le langage oral est le mode de communication le plus expressif, mais bien que constituant le mode dominant, la parole n'est pas seule à l'œuvre dans l'échange ; en effet, le langage corporel à travers des gestes, des mimiques, des postures, des attitudes, grimaces et autres manifestations somatiques (rougeurs, sudations, horripilation) occupe une place de choix au niveau de la vie affective.<sup>2</sup>

### 2.2. La vie sexuelle :

Le modèle occidental nous enseigne que l'une des qualités majeures d'un couple, c'est l'attrait sexuel réciproque des conjoints. Pour **S. FREUD**, l'ensemble des pulsions sexuelles ne se limitent pas à la génitalité adulte, mais s'exprime depuis la toute première enfance dans des formes variées, dont le but était de permettre à la pulsion d'atteindre l'objet d'amour. Ce choix d'objet d'amour doit répondre à deux critères : il doit être l'origine de la satisfaction de la plupart de nos désirs inconscients et en même temps contribuer à renforcer notre moi.<sup>3</sup>

Donc l'âge adulte arrive après une série de stades et périodes qui ont permise de constituer la personnalité et l'identité du sujet. A cette étape de vie, il n'y a pas d'apprentissages nouveaux, mais plutôt reproduction de ce qui a été appris subséquentement ; il y'aura en particulier une reproduction des « aspects, propriétés ou attributs » empruntés aux premières relations d'objets. L'adulte utilisera sa structure psychique élaborée précédemment pour faire face aux différentes situations de vie. Les enjeux qui n'auront pas été résolus précédemment seront très souvent répétés dans les comportements adultes et pourront même conduire à l'apparition de certaines pathologies. On parlera alors de l'impact de fixations précoces. Chez le sujet qui a évolué d'une manière saine, ses choix demeureront en accord avec ses choix primitifs.<sup>4</sup>

Selon l'approche Kleinienne, c'est aussi par le désir de vouloir maintenir une image intériorisée de l'objet idéalisé que beaucoup de sujets tentent de limiter leur vie amoureuse et la relation à l'objet à certains aspects réducteurs. En effet, il y peut avoir risque de perte de

---

<sup>1</sup> MC MAHON (S), Le psy de poche, Paris, Marabout, 2005, p 270.

<sup>2</sup> BAUMGARTEN (S), L'enfant porte symptôme : couple, parentalité, éducation, école, Paris, L'Harmattan, 2008, p 38.

<sup>3</sup> Ibid., p 27.

<sup>4</sup> THERRIEN (E), La transmission intergénérationnelle chez le couple et ses limites, thèse du doctorat en psychologie, sous la direction de MARINEAU (R), l'université du Québec A Trois-Rivières, 2012, p 36-39.

l'objet idéalisé si celui-ci devait être rencontré dans d'autres contextes, à d'autres endroits ou à un autre moment.

C'est ainsi pour **M. KLEIN**, que les vestiges de la position paranoïde et de position dépressive mal franchie peuvent entraver ce travail de deuil indispensable à chacun, pour pouvoir s'engager dans une relation de longue durée en matière de vie amoureuse. Il y'aurait donc lieu de considérer comme se protégeant contre des risques dépressifs majeurs des sujets qui se comportent de manière à ne pas avoir à s'engager de façon durable et profonde dans une relation amoureuse, mais il y'a aussi d'autres personnes, qui se sentant probablement, sur un mode inconscient, trop fragiles pour se risquer dans un engagement amoureux chargé d'émoi (de surcroit dans un contexte social actuel potentiellement vécu comme dangereux et instable) auront tendance à porter leur choix sur un partenaire qui leur sera assez semblable, source de suffisance existentielle pour mener une vie somme toute routinière, banale mais terne manifestement marquée par l'absence de buts, désir et d'échange peu pour que la vie matérielle soit simplement satisfaisante.<sup>1</sup> C'est le mécanisme inconscient de projection qui permet au sujet de se protéger de la pulsion de mort, de s'en débarrasser en la rejetant à l'extérieur et en l'attribuant à ses objets comme par exemple le conjoint. Les pulsions sexuelles relèvent des mécanismes d'auto conservation tout comme le désir du nourrisson se fonde sur le besoin exclusif d'appropriation, d'incorporation du sein maternel.

C'est **M. KLEIN** qui avait introduit le terme d'incorporation alors que par ailleurs c'est la notion de dévoration qui se trouve être utilisée dans le langage amoureux (dévorer du regard, avoir envie de dévorer). Certains individus anxieux ou fragiles vont avoir tendance à rechercher des partenaires dont les comportements et les attitudes font penser que le risque d'en être absorbé est moindre ou inexistant. Cette symbiose est inaccessible dans la mesure où elle représente le retour vers un état de désorganisation psychique et corporelle et donc d'une mort tant physique que psychique. Cette réaction défensive individuelle et inconsciente contre l'envahissement par le partenaire peut prendre des formes brutales, aussi violentes qu'impulsive (violence conjugale).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> BAUMGARTEN (S), L'enfant porte symptôme : couple, parentalité, éducation, école, Paris, L'Harmattan, 2008, p 28.

<sup>2</sup> Ibid., p 35.

La compatibilité sexuelle ajoute certainement une dimension merveilleuse à la vie du couple, mais elle ne suffit pas à en assurer une pérennité. **A.GREELEY** a décrit la sexualité comme une sorte de jeu et de répétition qui conduisait à l'unification ; elle permet de devenir un avec l'autre. L'expérience sexuelle réussie constitue une des grandes joies de la vie, un cadeau qui nous rend heureux d'être vivants et exutoire providentiel à toutes les tensions nerveuses et mentales. Elle nous donne l'occasion de jouer, de partager, de nous découvrir nous-mêmes et de découvrir l'autre dans une dimension naturelle non verbale, véritablement unique. Une vie sexuelle épanouie renforce les liens d'un couple équilibré, mais elle ne peut remettre d'aplomb un couple qui se déchire.<sup>1</sup>

L'amour comprenant les éléments sexuels et de plaisir est l'un des fondements d'une relation conjugale, mais il est insuffisant. Ce n'est pas l'amour seul ou les relations sexuelles qui maintiennent le couple dans la durée, c'est la qualité de la relation que les partenaires peuvent se proposer l'un à l'autre. La question de la fidélité dans le couple est centrale.<sup>2</sup> Les attentes de chacun des partenaires se greffent autour du même noyau dur constitué par une confiance réciproque, une estime, un respect mutuel, une compréhension et un soutien réciproque.<sup>3</sup>

La vie de couple est maintenant porteuse de fortes attentes réciproques, chacun doit s'engager à faire le bonheur de l'autre, les exigences de communication, de partager des responsabilités et de partage de valeurs communes sont en croissance.<sup>4</sup>

Donc les personnes formant un couple équilibré donnent à la sexualité le rôle naturel qui lui convient, elles ne tiennent pas de statistique sur la fréquence de leur épanchement, pas plus qu'elles ne recherchent la prouesse ni l'exploit. Les expérimentés savent que la sexualité est comme tant d'autres aspects de la vie de couple ; il ya des périodes où cela marche mieux qu'a d'autres.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> MC MAHON (S), op.cit, p 228.

<sup>2</sup> SALOMÉ (J), TREMBLAY (S), *Vivre à deux*, Québec, Fides, 2004, p 23-24.

<sup>3</sup> GUILLAUME (J-F), *Aventuriers solitaires en quête d'utopie : les formes contemporaines de l'engagement*, Québec, Ulg, 2005, p 10.

<sup>4</sup> Ibid., p 102.

<sup>5</sup> MC MAHON (S), op.cit.,p 230.

### 2.3. La responsabilité au sein du foyer et l'éducation des enfants :

Au sein d'un couple, c'est la femme qui se charge souvent des tâches domestiques et des soins portés aux enfants<sup>1</sup>, peu de changements sont survenus concernant la répartition des tâches par l'implication accrue des femmes sur le marché du travail. Mais il est à noter que le modèle traditionnel attribué aux couples où la femme est au foyer, demeure le plus répondeur.<sup>2</sup>

Le passage de la dyade conjugale à la triade familiale place les adultes dans des rôles de parent et de conjoint (e), ce qui exige de faire face aux changements liés à la croissance des enfants et de leurs besoins comprenant les services scolaires, de loisirs et médicaux. De nombreux parents acquièrent d'une manière ou d'une autre, et sans problème grave ou tensions sévères sur leur relation conjugale, des connaissances et compétences suffisantes pour guider adéquatement leurs enfants au cours des diverses phases du développement.<sup>3</sup>

### 2.4. La situation économique :

La vie solitaire des célibataires est plus difficile, autant sur le plan affectif que sur le plan matériel, se mettre ensemble correspond donc, dans de nombreux cas, à une tentative dont l'un des buts est de faciliter l'existence matérielle. En effet, les problèmes du logement, des revenus ou encore de partage des tâches encourageant fortement à l'union.

Chaque conjoint peut espérer une modification de sa situation sociale grâce au mariage.<sup>4</sup> Les couples contemporains ne se consacrent pas uniquement aux liens affectifs, les biens, les services et l'argent continuent de circuler dans la sphère conjugale. L'argent s'inscrit directement dans la construction matérielle et symbolique du couple et de la famille.<sup>5</sup> L'homme tient souvent le rôle de chef de famille, son revenu est considéré comme central pour le bien être familiale, par contre le revenu féminin est défini comme un revenu personnel ou comme une aide temporaire.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> WERNLI (B) et HENCHOZ (C), « Fin de l'union conjugale, genre et tâches ménagères en Suisse », I.N.E.D./ Population, Vol. 66, 2011, p. 72.

<sup>2</sup> HUPPÉ (M), CYR (M), « Répartition des tâches familiales et satisfaction conjugale de couples à double revenu selon les cycles familiaux », Revue canadienne de counselling, Vol. 31.2, 1997, p 146.

<sup>3</sup> BANDURA(A), Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, Paris, De Boeck, 2003, p 288.

<sup>4</sup> MONTOUSSÉ (M), RENOARD (G), 100fiches pour comprendre la sociologie, Paris, Bréal, 2006, p182.

<sup>5</sup> HENCHOZ(C), Le couple, l'amour et l'argent, Paris, L'Harmattan, 2008, p 12-16.

<sup>6</sup> Ibid., p 32.



### **3. L'impact du cancer sur la relation conjugale :**

#### **3.1. Sur la femme :**

Dès l'annonce du diagnostic, en effet, tout est drastiquement remis en question dans la vie d'une patiente. Tous ses liens affectifs (conjoint, enfants, parents, amis, collègues, etc.) sont bousculés ; mais ceux-ci joueront souvent un rôle actif dans la reprise narcissique et le regain pulsionnel qui viendront rapidement remplacer l'angoisse massive du début. Dans cette perte des repères, une seule certitude : la nécessité d'agir, d'agir vite. Agir qui vient en quelque sorte prendre le relais de l'angoisse. Débordées, désorganisées dans leur fonctionnement habituel, catapultées dans l'inconnu, les patientes n'ont pas d'autre choix que de se laisser entraîner dans le tourbillon de soins qui leur est proposé. Sauver leur peau devient l'unique enjeu. Et pour ce faire, l'obligation de s'en remettre à d'autres. Accepter la proposition du chirurgien, accepter l'inacceptable, accepter de perdre son sein.

Après l'ablation, l'image du sein chargé de sève, capable d'éveiller le désir et d'être nourricier, fait place à une image désolante évoquant le manque et la blessure, synonyme de honte, de tristesse, d'un corps à dissimuler. Se regarder dans le miroir est presque toujours une épreuve qui tient de l'effroi. L'impossibilité de regarder ce qui manque, impossibilité de toucher aussi. Peut-on encore parler de corps ? Une femme sans sein est-elle encore une femme ? Le miroir renvoie désormais l'image d'une perte de chair, d'une dissymétrie, d'un déséquilibre corporel auquel répond un déséquilibre psychique, un sentiment d'étrangeté. Hantée par la crainte fantasmatique de perdre l'amour de l'objet, équivalent chez la femme de l'angoisse de castration masculine selon S. Freud, sera-t-elle jamais la même dans le regard des autres, se demande la femme dans une angoisse multiple, inextricable.<sup>1</sup>

Peu importe l'âge auquel survient la maladie cancéreuse, 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

---

<sup>1</sup> BRULLMANN « Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée », le carnet psy, n° 119, 2007, p47- 48.

proches, la peur du rejet, d'infidélité et de séparation, sont des sentiments souvent retrouvés dans de telles situations.<sup>1</sup>

### 3.2. Sur le partenaire :

Même si les conjoints sont vus comme une première source de soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein, ceux-ci rapportent autant de problèmes d'adaptation que les patientes elles mêmes. Leur vie semble même liée à celle de leur compagne. Les recherches ont permis de démontrer l'impact non négligeable du cancer du sein sur la vie des patientes, mais aussi sur celle de leur conjoint ; le vécu de l'un ayant un impact sur le second et inversement.<sup>2</sup>

Les conjoints de personnes atteintes de cancer sont à risque de vivre des difficultés d'adaptation. Celles-ci peuvent se détecter par des symptômes physiques et psychologiques. L'étude de **D. WELLISCH** et **R. PASNAU** rapporte que 27% à 43 % des hommes vivent une ou plusieurs des difficultés suivantes: trouble du sommeil, perte d'appétit et diminution de la concentration au travail. Les résultats des études récentes abondent toujours dans le même sens. En dépit du fait qu'on retrouve une stabilité émotionnelle chez l'ensemble des conjoints, la prévalence pour eux de vivre une détresse modérée à grave, un trouble de l'humeur ou des difficultés psychologiques varient de 20% à 30%.

Tout comme c'est le cas pour la patiente, la détresse des conjoints peut être influencée par le poids des demandes d'adaptation relatives à la maladie et les inquiétudes qu'elle soulève. **C.G. BLANCHARD** et **R.W. TOSELAND** ont identifié quatre inquiétudes prédominantes chez les conjoints de personnes atteintes de cancer. Le conjoint doit vivre avec la peur et les menaces que représentent le cancer ainsi que les conséquences négatives qu'il entraîne ; la peur de la maladie, de la mort car le cancer confronte toujours à la perte possible, et l'adaptation aux changements physiques du malade ; aider la personne à faire face aux impacts émotionnels du cancer (laisser place aux émotions, accompagner et consoler l'autre) ; gérer les changements et les perturbations de la vie quotidienne suite à la maladie (cuisiner, faire le ménage, prendre soin des enfants) et vivre avec la crainte de discuter ouvertement des inquiétudes et des problèmes à propos de la maladie de leur partenaire. Par exemple, il peut

---

<sup>1</sup> PERIERA (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 infirmiers, Belfort, 2010, p 14.

<sup>2</sup> SEGRESTAN-CROUZET (C), Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein, Thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de RASCLE (N), l'université de bordeaux 2, 2010, p 29.

arriver que le conjoint hésite à parler de ce qu'il vit pour ne pas inquiéter l'autre ou encore pour ne pas inquiéter la famille élargie. Il doit aussi souvent répondre aux questions des proches, ce qui peut quelquefois constituer pour lui des situations difficiles à gérer. Bref, le cancer du sein n'affecte pas seulement la patiente mais également son conjoint.<sup>1</sup>

### 3.3. Sur la vie du couple :

#### 3.3.1. L'état émotionnel :

Le cancer du sein peut perturber le bien être de chacun des membres du couple ce qui peut entraîner des changements au niveau de leur relation maritale.<sup>2</sup>

Plusieurs études auprès des femmes atteintes de cancer du sein et de leur conjoint indiquent que les partenaires vivent généralement une amélioration graduelle et constante de l'état émotionnel avec le temps. **J.W. HANNUM** suggère que le cancer est une crise qui est résolue durant la première année suivant la chirurgie, tandis que **L.L. NORTHOUSE** et **B.L. WALKER** maintiennent que l'adaptation à cette épreuve est un processus à long terme dont les effets émotionnels peuvent demeurer évident deux à trois ans suite à la chirurgie. Le couple est considéré comme un système interdépendant dont les deux conjoints s'influencent dans leur niveau de détresse. Selon **L.L. NORTHOUSE**, le bien être émotionnel des partenaires dépendrait du niveau de détresse émotionnelle de la patiente, lorsqu'un des deux conjoints est en détresse l'autre le devient. Plusieurs résultats de recherches démontrent effectivement que le niveau de détresse est similaire chez les deux partenaires ou encore que la détresse de l'un augmente avec celle de l'autre. En effet, l'adaptation à la maladie cancéreuse est effectivement associée à une détresse émotionnelle moindre pour les deux membres du couple.<sup>3</sup>

#### 3.3.2. La communication :

Le cancer peut également affecter la communication entre les partenaires. Les résultats de **R.E CARTER** et **R.R. LICHTMAN** indiquent que dans la plupart des cas, même si les femmes se considèrent dans une relation satisfaisante, elles ont en plus de difficulté à communiquer avec leur partenaire suite à la maladie. Les problèmes de

---

<sup>1</sup> LYSON (M), L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein, mémoire de maîtrise en psychologie, L'université du Québec À Trois-Rivières, 2001, p 8-9.

<sup>2</sup> SEGRESTAN-CROUZET (C), op.cit, p103.

<sup>3</sup> LYSON (M), op.cit, p 10-11.

communication peuvent survenir lorsque les conjoints ne parlent pas suffisamment de leur inquiétudes face au cancer ou encore lorsque les patientes ont besoin d'exprimer davantage leurs peurs à propos d'une récurrence.<sup>1</sup> Dans le cas du cancer du sein, une communication ouverte entre la patiente et son partenaire est une attitude favorable à un bon ajustement du couple à la maladie. La relation maritale est meilleure lorsqu'il existe une introspection familiale, c'est-à-dire lorsque la famille est ouverte à la discussion, à la réflexion et au feedback. Inversement, plus les problèmes de communication sont nombreux, plus la relation du couple est affectée. Seule une communication ouverte serait donc bénéfique aux patientes mais aussi à leurs conjoints.<sup>2</sup>

### 3.3.3. Le fonctionnement sexuel :

Après le diagnostic et le traitement d'un cancer, l'effroi face au diagnostic, la dépression, la perte de confiance, la crainte d'une récurrence, la mutilation, la cicatrice, sont autant d'ennemis d'une sexualité heureuse. Le sein est un organe à part, doté d'une inestimable valeur de l'ordre de l'esthétique et de la sensualité. En fait, l'un des facteurs prédictifs les plus importants de la sexualité semble être la perception par la femme de sa propre attractivité sexuelle. Dès lors que celle-ci est perçue comme réduite (que ce soit en raison d'une mammectomie, d'une cicatrice considérée comme inesthétique, d'une alopécie ou d'une prise de poids) sa sexualité sera moins satisfaisante.<sup>3</sup>

La chirurgie mammaire va interférer pour beaucoup de femmes avec le plaisir des caresses mammaires. Certaines femmes se plaignent de douleurs au niveau de la poitrine, de la cicatrice et de l'épaule après l'intervention et ne souhaitent pas que ces zones soient touchées ou caressées par le partenaire. Après cet acte chirurgical plusieurs femmes considèrent qu'elles sont devenues moins attirantes pour leur mari et pour l'ensemble des hommes. Certaines se considèrent comme mutilées, peu désirables, peu attirantes. **T. MORRIS** et **P. WHITE**, ont démontré que les femmes mariées atteintes de cancer du sein, présentent des difficultés dans leur relation conjugale. Certaines femmes présentent des

---

<sup>1</sup> LYSON (M), L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein, mémoire de maîtrise en psychologie, L'université du Québec À Trois-Rivières, 2001, p 14.

<sup>2</sup> SEGRESTAN-CROUZET (C), Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein, Thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de RASCLE (N), l'université de bordeaux 2, 2010, p 104.

<sup>3</sup> ZELEK (L.), Aider à vivre après un cancer, Springer, Paris, 2010, p 253-255.

réactions vives comme le refus de se dévêtir devant leur conjoint et de discuter du cancer, de leur sein et de leur vécu intérieur. Plusieurs femmes refusent même de dormir avec leur conjoint après une chirurgie du sein.<sup>1</sup>

La peur de ne plus être attrayante et d'être rejetée peut détruire l'initiative de contacts sexuels à l'intérieur de la relation conjugale. Lorsque une mastectomie est choisie, les femmes se sentent moins désirables sexuellement et ressentent de la honte à propos de leur sein. Heureusement, les relations ne se sont pas basées uniquement sur les attributs physiques et plusieurs partenaires se disent attirés par leur conjointe après l'intervention.<sup>2</sup> Aussi avec un cuir chevelu visible, blanc et clair le cancer devient visible aux yeux des autres, désormais, impossible de le cacher. Perdre les cheveux, c'est-à-dire une partie de la peau, du corps peut modifier le corps dans sa totalité. Cette mutilation est aussi vécue par autrui, notamment par les proches (conjoint...). Donc la relation à autrui s'exprime essentiellement dans l'expérience de la honte, mais c'est à travers le regard de l'autre que la conscience d'être abimée va se renforcer ou bien être dépassée.<sup>3</sup>

Les dysfonctions sexuelles qu'amène le cancer peuvent être observées soit par une diminution de l'intérêt sexuel, de la fréquence des rapports ou encore, par des difficultés orgasmiques. Après le traitement, plusieurs femmes arrêtent les relations coïtales à cause de la douleur, de la peur de la douleur et de l'anxiété. De plus un arrêt des menstruations et l'apparition des symptômes de la ménopause, conduisait à une baisse de désir. Selon **L.R. SCHOVER**, une des causes principales de difficultés sexuelles chez les femmes atteintes du cancer du sein peut être les changements rapides et importants attribuables à la ménopause prématurée plutôt qu'à la perte d'un sein.<sup>4</sup>

Ainsi qu'il est important de savoir si la sexualité était ou non de bonne qualité avant le cancer, car, pour certaines femmes, les difficultés physiques, psychologiques et morales de cette période peuvent servir de prétexte à mettre fin à un exercice auparavant peu apprécié, peu satisfaisant ou même redouté et ce, d'autant plus que les traitements peuvent le rendre

---

<sup>1</sup>GAUDREAU (A), Étude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée atteinte de cancer du sein et de sa relation de couple, mémoire de la maîtrise en psychologie, l'université du Québec À Trois-Rivières, 1995, p 7.

<sup>2</sup>TRUDEL (G), Les dysfonctions sexuelles : Evaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique, Québec, Presses de l'université, 2000, p 509.

<sup>3</sup>JOLY (I), Le corps sans représentation : De Jean-Paul Sartre à Shaun Gallagher, Paris, L'Harmattan, 2011, p 142.

<sup>4</sup>TRUDEL (G), op. cit, p505-507.

plus difficile encore. A l'inverse, un état de santé satisfaisant, une bonne intégration sociale et une perception positive de leur attractivité sexuelle seront des facteurs influençant positivement la sexualité des femmes après un cancer du sein.<sup>1</sup>

### 3.3.4. Le partage des rôles et des responsabilités :

Le traitement du cancer du sein du fait qu'il bouleverse le schéma corporel, il entraîne un bon nombre de dommages sur la vie quotidienne, la douleur et la fatigue se sont des séquelles manifestées après l'opération et pendant les traitements et qui peuvent restreindre les activités ménagères<sup>2</sup>

Le stress du diagnostic et des traitements créent des demandes qui entravent les habiletés du couple à sauvegarder les rôles assumés par chacun des conjoints avant la maladie, en même temps qu'il peut requérir du conjoint d'assumer de nouveaux rôles tout en maintenant ses fonctions habituelles à l'intérieur de la famille. Ce bouleversement des rôles et des responsabilités se situe au plan pratique et émotionnel. Par exemple, étant donné l'état de santé de la femme et les absences relatives aux traitements, le conjoint aura à assumer une plus grande part des responsabilités en ce qui a trait aux tâches quotidiennes et domestiques et à la prise de soin des enfants. Pour ce qui est de l'aspect émotionnel, **F.M. LEWIS**, **E.S. ELLISON** et **N.F. WOOD** rappellent que les femmes sont généralement éduquées à jouer un rôle de mère nourrissante et que faire face à une maladie qui représente une menace pour la vie, peut impliquer davantage de repli sur soi et moins de temps émotionnel à consacrer à la famille.<sup>3</sup>

Pour les enfants, ceux-ci sont plutôt occupés par la difficulté d'avoir assumer une part plus importante des responsabilités familiales que celles normalement assumées à leurs âges.<sup>4</sup> Donc la maladie cancéreuse représente en soi un facteur de stress majeur et perturbe les rythmes familiaux, les rôles de chacun et l'équilibre financier.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> ZELEK (L.), op. cit, p 255.

<sup>2</sup> PERIERA (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 infirmiers, Belfort, 2010, p17.

<sup>3</sup> LYSON (M), op. cit, p 10-13.

<sup>4</sup> BAIZE (N), MOUNIER (N) et al, « Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie », Bulletin du cancer, vol.95, n° 9, 2008, p. 223-224.

<sup>5</sup> FOUILLERON (V.) et al, « Accompagnement d'une famille dont l'un des membres présente une maladie dans sa Phase terminale », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°47, 2011, p179.

### Conclusion de la partie théorique :

La maladie touchante un organe symbole de la féminité ; le cancer du sein, non seulement il détruit cet organe, il peut aussi quitter sa zone principale pour susciter une atteinte dans d'autres parties de l'organisme. Un nombre important de nouveaux cas est diagnostiqué chaque année et une gamme de traitements est mise en place afin de lutter contre cette menace qui bouleverse les différents aspects de la vie d'une personne.

Quand un tel diagnostic frappe un de nos proches, c'est l'équilibre de la cellule familiale qui est remis en cause, et la relation de couple qui est à la base de cette cellule peut être affectée.

La survenue d'un cancer du sein constitue un état d'incertitude et de vulnérabilité, est une situation pénible à vivre par la patiente, mais aussi par son conjoint. Les traitements subis par la femme peuvent entraîner une modification de l'aspect physique et être responsables d'une ménopause anticipée qui engendre une altération de quelques fonctions sexuelles pouvant toutefois aller jusqu'à ébranler la relation conjugale.

Être face à ce crabe, la femme est dans une situation qui demande implicitement à être rassurée et le mieux placé pour le faire c'est bien évidemment son conjoint, or ce dernier n'est pas souvent en état d'être rassurant, sachant qu'il est aussi confronté à cette épreuve et subit un certain changement dans sa vie personnelle et interpersonnelle.

En effet, lorsque le cancer du sein est détecté à un stade précoce, il se soigne beaucoup mieux et comporte moins de risques, alors rien n'est aisé qu'un auto-examen du sein, ou d'y avoir un peu d'audace pour aller dépister tôt au centre le plus proche et réduire les séquelles de ce grand problème de santé physique, psychologique et social.

# Problématique



## Problématique et formulation des hypothèses :

### 1. La problématique :

Être sain est le bonheur de la vie, mais qui n'est ni ressenti ni valorisé par l'individu qu'après être tombé malade. Tout au long de la vie, ce dernier est confronté à de nombreux événements qui peuvent entraîner des conséquences mineurs ou majeurs sur sa santé. Peu importe que l'atteinte soit de nature corporelle ou psychique, l'important est le mal qu'elle fait au sujet qui en est porteur et à ses proches, ces derniers seront dans l'obligation de vivre la douleur, la fatigue ainsi que la perte des capacités.

Parler du cancer, ce n'est pas du tout comme d'autres maladies ; car le contenu psychologique et social du mot (cancer est égale à la mort) constitue une expérience traumatique pour la personne atteinte, notamment le cancer du sein qui est le plus commun chez la femme dans les pays développés et la même tendance est observée dans les pays en voie du développement. En Algérie, plusieurs nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année avec un nombre important de décès, mais elle reste une pathologie sous estimée par les femmes du fait que plus de la moitié des cas arrivent en consultation médicale avec une tumeur de plus de 3cm.<sup>1</sup>

Le cancer du sein est une maladie organique grave, qui impose en conséquence un traitement médical traumatisant. L'annonce du diagnostic, plus de risque de mort qu'elle fait peser, entraîne toujours une réaction émotionnelle aigue, un désarroi affectif et une sidération intellectuelle. Brusquement la patiente est envahie par un sentiment de vulnérabilité, d'insécurité, d'avenir précaire, mais aussi un sentiment de profonde injustice, voire de trahison de son propre corps et de pensées pessimistes qui perturbent toute activité comme le souligne N .Alby.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> BENZIDANE (N), Cancer du sein « Diagnostic et Traitement », Alger, Office des publications universitaires, 2004, p 21.

<sup>2</sup> FERRERI (M), NUSS (PH) et al, La dépression au féminin, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p 61.

<sup>3</sup> RAZAVI (D), DELVAUX (N), La Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille, Paris, Masson, 2000, p 70.

## Problématique et formulation des hypothèses

La crainte de la femme se focalise ensuite sur le sein et la peur de perdre celui-ci, canalise l'angoisse vitale et masque la peur de perdre la vie. Tout faire pour garder ce double symbole de la sexualité et de la fécondité.<sup>1</sup>

Malheureusement le traitement chirurgical le plus adapté pour cette maladie est certainement contradictoire à ce qu'elle désire, c'est un traitement radical consistant en l'ablation du sein, cette stratégie est à la base suite au caractère évolutif du cancer et que seule cette chirurgie radicale peut le contenir.<sup>2</sup>

Selon **S. Freud** cité par **J. LANOUZIERE** « la femme est fière de ses organes génitaux et que l'amour propre joue là un rôle particulièrement important, ajoutant que, « lorsque ces organes sont atteints de quelque affection propre, croit-on, à provoquer de la répugnance et du dégoût, l'amour-propre féminin en est blessé et humilié à un degré incroyable ». Une preuve en est apportée par les réactions dépréciatives et dépressives des femmes atteintes d'affections gynécologiques et mutilées par une intervention chirurgicale telle que la mastectomie.<sup>3</sup>

Les seins sont considérés comme étant le symbole de la féminité. Le sein est un organe esthétique et un élément de séduction érotique important tout au long de la vie de chaque femme et également un symbole de la maternité.<sup>4</sup> Mais les bouleversements corporels entraînés par cette intervention touchent et parfois brisent la patiente à travers ce corps abimé dans l'image qu'elle a d'elle-même.<sup>5</sup>

Donc après ce geste chirurgical, les femmes en souffrance sont touchées dans leur schéma corporel, plus que cela leur identité est atteinte.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> FERRERI (M), NUSS (PH), op.cit, p 61.

<sup>2</sup> GAUDREAU (A), Etude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée atteinte de cancer du sein et de sa relation de couple, mémoire de la maîtrise en psychologie, l'université du Québec À Trois-Rivières, 1995, p2.

<sup>3</sup> LANOUZIERE (J), « Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine », Revue française de psychosomatique, n° 31, 2007, p 52.

<sup>4</sup> ERALDI FINOT (P), De l'autre côté de la barrière, Paris, Société des écrivains, 2012, p 27.

<sup>5</sup> FISCHER (G-N), La psychologie du cancer : un autre regard sur la maladie et la guérison, Paris, Odile Jacob, 2013, p 99.

<sup>6</sup> BRUILLON (V), MAJESTE (M), Le sein : images, représentations, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 7.

## Problématique et formulation des hypothèses

Cité par **I. JOLY** que la psychanalyste **D. Deschamps** nous rapporte que la femme dont le corps est mutilé par la maladie souhaite cacher son corps, car elle vit la détérioration de celui-ci. Le fait de se cacher à cause de ce corps endommagé, pose la question de l'identité corporelle.<sup>1</sup>

La mastectomie est donc vécue 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 la sexualité.<sup>2</sup>

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, ce qui oblige la patiente à 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.<sup>3</sup>

Mais il reste que la mastectomie a un sens tout différent pour les patientes selon le degré de réalisation et d'épanouissement sexuels et maternels atteints, et selon celui de l'investissement de leur féminité. Une même séquelle va représenter un drame absolu pour certaines patientes et être relativement supportée par d'autres.

Donc, le vécu de la maladie varie en fonction de l'histoire psychoaffective de chaque femme, de sa structure et de sa relation avec son conjoint et bien d'autres facteurs.<sup>4</sup>

Le traitement par chimiothérapie est capable d'induire chez la femme atteinte, une fatigue, bouffées de chaleur, des douleurs, une sécheresse vaginale, une dyspareunie, une baisse de la libido et une ménopause prématurée, difficile alors de se rendre accessible à l'autre, autrement dit, cela peut provoquer une situation d'évitement sexuel dans la relation conjugale.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> JOLY (I), Le corps sans représentation : De Jean-Paul Sartre à Shaun Gallagher, Paris, L'Harmattan, 2011, p 141.

<sup>2</sup> CHÉNÉ (P-A), Sophrologie : champs d'application, Paris, Ellébore, p 177.

<sup>3</sup> REICH (M), « Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique », l'information psychiatrique, volume 85, 2009, p 251.

<sup>4</sup> MATILLON (Y.), Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté, Paris, EDK, 2000, p 15.

<sup>5</sup> TRUDEL (G), Les dysfonctions sexuelles : Evaluation et traitement par des méthodes psychologiques, interpersonnelles et biologique, Québec, Presses de l'université, 2000, p 508.

## Problématique et formulation des hypothèses

L'alopecie semble être l'effet secondaire le plus redouté. Elle entraîne un changement physique très important, stigmatisant, qui vient rappeler la réalité de la maladie. Le fait de perdre ses cheveux serait également plus dur à vivre pour certaines patientes ayant subi une mastectomie que de perdre un sein. Parfois ce changement paraît difficile à assumer dans les relations intimes et sociales.<sup>1</sup>

En effet, si la maladie cancéreuse bouleverse la patiente, savoir sa conjointe atteinte d'un cancer est également un stress existentiel profond, marqué par des préoccupations concrètes concernant l'organisation familiale, les changements de rôles et de responsabilités, avec un tissu d'inquiétude financière et de choix de la bonne équipe médicale. Au-delà de ces préoccupations bien pratiques, le diagnostic réveille toujours des angoisses d'incertitude, de mort, de souffrance, de risque de perte et de séparation.<sup>2</sup>

Le soutien du conjoint a toujours été considéré comme une source d'aide d'un grand intérêt pour la patiente, du fait qu'il est susceptible de lui apporter des aides ponctuelles. Or, celui-ci n'est pas toujours en état d'être un soutien efficace, car il peut parfois être plus éprouvé que son épouse.<sup>3</sup>

La qualité de vie de la patiente est donc très altérée par la maladie cancéreuse et ses traitements, c'est par là qu'un support surtout émotionnel et une aide instrumentale est sollicitée. Le sentiment d'être soutenue émotionnellement aurait une influence positive directe sur la perception de bonnes relations et de là sur le bien être psychologique de la patiente. Le cancer donc n'est pas un problème individuel mais un problème qui affecte le couple.

À partir de ce qui précède, les questions qu'on se pose dans le cadre de notre recherche sont les suivantes :

### **La question générale :**

Les couples dont la femme a subi une mammectomie préservent-ils la qualité antérieure de leur relation conjugale ?

---

<sup>1</sup> SEGRESTAN-CROUZET(C), Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein- Rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade, thèse de doctorat en psychologie, sous la direction de Nicole RASCLE, 2010, p 56.

<sup>2</sup> REYNAERT (CH), LIBERT (Y) et al, « Cancer et dynamique du couple », Service de Médecine Psychosomatique Cliniques universitaires de saint-luc, Belgique, 2006, p 468.

<sup>3</sup> BEN SOUSSAN (P), DUDOIT (E), La souffrance psychologique des malades du cancer : Comment les reconnaître ? Comment les traiter ?, Paris, Springer, 2009, p 174.

## Les questions partielles :

Les couples dont la relation antérieure était satisfaisante, se rapprochent-ils davantage après la maladie ?

Les couples dont la relation était insatisfaisante, présentent-ils plus de difficultés ou finissent-ils par se séparer ?

## 2. La formulation des hypothèses :

Pour répondre aux questions posées nous avons formulé les hypothèses suivantes :

### L'hypothèse générale :

Les couples dont la femme a subi une mammectomie préservent la qualité antérieure de leur relation conjugale.

### Les hypothèses partielles :

Les couples dont la relation antérieure était satisfaisante se rapprochent plus après la maladie.

Les couples dont la relation antérieure était insatisfaisante présentent plus de difficultés et préfèrent se séparer.

## 3. Opérationnalisation des concepts :

La relation conjugale se fonde sur certains déterminants qui peuvent mener à une satisfaction conjugale et à une continuité harmonieuse entre conjoint.

### 3.2. La relation conjugale satisfaisante après une ablation du sein :

Une relation conjugale peut être qualifiée de satisfaisante lorsque :

- Le conjoint prend en charge les soins prescrits à sa femme.
- Il l'accompagne souvent pour ses traitements.
- Il l'aide à fin d'accomplir les tâches domestiques et s'occupe des enfants plus qu'avant.
- Il comprend la douleur de sa femme, il est à son écoute, attentionné et rassurant.
- Il accepte la nouvelle image de sa partenaire et la rassure.

## Problématique et formulation des hypothèses

- La femme prend en considération les efforts faits par son conjoint et se montre plus optimiste.
- Elle communique ses difficultés avec son époux et lui confie sa souffrance.
- Le couple partage plus de temps ensemble.
- Le couple maintient son activité sexuelle, malgré l'impact de la maladie et des traitements.
- Le couple partage encore ses attentes, ses rêves et ses projets.

### 3.3. La relation conjugale insatisfaisante :

On peut dire qu'une relation conjugale est insatisfaisante lorsque :

- Le conjoint accompagne sa femme pour ses traitements, mais il manifeste souvent une indifférence à sa souffrance.
- Il n'aide pas sa femme au sein du foyer.
- Il réclame sa fatigue et sa difficulté à prendre la responsabilité.
- Il ne prend pas en considération l'état psychologique et physique de sa partenaire et la traite avec agressivité.
- La femme évite souvent les rapports sexuels avec son conjoint.
- Le conjoint n'accepte pas l'indisponibilité de sa femme et la considère comme inutile.
- Le couple communique moins entre eux.
- Ils passent moins de temps ensemble.
- Le couple ne souhaite pas réaliser des projets ensemble, ils préfèrent plutôt se séparer.

# Partie Pratique

# **Chapitre III**

## **Méthodologie de la recherche**



## Chapitre III : méthodologie de la recherche :

Dans cette partie, on va présenter la démarche adoptée dans notre étude, les moyens d'investigation utilisés, ainsi que le déroulement de la recherche sur le terrain.

### 1. La méthode utilisée :

Afin d'élaborer une recherche scientifique, une démarche bien déterminée est indispensable. Celle-ci s'appuie, sur des outils d'investigation qui permettent au chercheur de récolter des données sur le thème étudié.

Pour effectuer notre recherche, on s'est basé sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, définie par **J.P. BEAUGRAND** en tant que : « une des méthodes qui intervient en milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, qui a pour objectif d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes »<sup>1</sup>

La méthode descriptive inclut les études de cas chargées de rapporter les comportements d'un sujet pendant une période de temps déterminée, ainsi que différents types d'observation effectuée dans le terrain de recherche ou en laboratoire. Ce type d'étude est employé en vue de comprendre la manière dont un phénomène se met en place. Elle consiste en l'analyse approfondie d'un seul ou de plusieurs sujets, afin d'en dresser un portrait psychologique complet en rapport avec les événements qui ont marqué sa vie.<sup>2</sup>

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 la genèse de ces problèmes »<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> CHAHRAOUI (KH) et BENONY (H), Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, Paris, Dunod, 2003, p125.

<sup>2</sup> GODEFROID (J), Psychologie science humaine et science cognitive, Bruxelles, De Boeck, 2008, p97.

<sup>3</sup> PEDINIELLI (J.L), Introduction à la psychologie clinique, Paris, Armand Colin, 2005, p64

C'est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de tests psychologiques. Elle comporte habituellement des informations sur l'enfance de la personne étudiée, ses rêves, ses fantasmes, ses expériences ainsi que ses relations avec ses proches. L'étude de cas est employée par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide de portrait détaillé d'un individu.<sup>1</sup>

On a utilisé cette méthode dans notre recherche, à fin de décrire la qualité de la relation conjugale chez les couples dont la femme est mammectomisée.

## 2. Le terrain 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 EL MEKKI** qui domine la ville d'Amizour, qui se situe à 25km du centre de la willaya de Bejaia. L'hôpital **BENMERAD EL MEKKI** 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 de sein.

### 2.1. La structure du service :

C'est un service qui comprend :

1. Bureau des médecins.
2. Bureau des infirmiers.
3. Pharmacie.
4. Salle des soins et de préparation du traitement.
5. Bureau du personnel médical et du secrétaire.
6. Quatre petites chambres de deux (2) lits, une autre 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.

<sup>1</sup> TAVRIS (C), WADE (C), Introduction à la psychologie « les grandes perceptives », Bruxelles, De Boeck, 1999, p 39.

7. Une grande salle d'attente.
8. Un sanitaire.

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

Le service dispose de :

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

### **3. La population d'étude :**

#### **3.1. Les critères de sélection :**

Notre population d'étude a été sélectionnée selon les critères suivants :

- a- Il s'agit de couples mariés dont les femmes sont atteintes d'un cancer du sein.
- b- Les femmes ont subi une mastectomie d'un seul sein.
- c- Elles sont toutes en phase de chimiothérapie.
- d- Tous les couples ont des enfants.

#### **3.2. Les caractéristiques de la population d'étude :**

Notre population de recherche est constituée de cinq (5) couples mariés, qui ont été choisis au sein du service d'oncologie de l'établissement public hospitalier **BENMERAD EL MEKKI** d'Amizour. Le tableau suivant résume l'ensemble des caractéristiques de la population d'étude.

**Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude :**

Sujets / Caractéristiques	Couple (1) « Nabila et Nassim »	Couple (2) « Lila et Idris »	Couple (3) « Linda et Karim »	Couple(4) « Nadia et Cherif »	Couple (5) « Amel et Djamel »
<b>Age</b>	F : 29 ans H : 33 ans	F : 44 ans H : 50 ans	F : 45 ans H : 49 ans	F : 48ans H : 50ans	F : 40 ans H : 42 ans
<b>Niveau d'instruction</b>	-Secondaire -primaire	- primaire - secondaire	- moyen - primaire	- illettrée - primaire	- moyen - moyen
<b>Situation professionnelle</b>	-styliste  -gérant d'un Parc à matériaux	-couturière  -retraité	-femme au Foyer  -commerçant	-couturière  - maçon	-femme au Foyer  -agent de sécurité
<b>Durée de la vie maritale</b>	7 ans	27 ans	27 ans	15 ans	20 ans
<b>Nombre d'enfants</b>	2	4	4	2	2

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

A partir de ce tableau, nous constatons que l'âge des femmes se situe entre 29 et 48 ans, celui de leurs partenaires entre 33 et 50 ans. Le niveau d'instruction est variable, la plupart sont d'un niveau primaire ou moyen, la durée de la vie maritale est aussi variable, allant de 7 à 27 ans, tous les couples ont deux (2) enfants et plus.

## 4. Les outils d'investigation :

### 4.1. L'entretien :

L'entretien est employé comme méthode de production de données dans la recherche psychologique ainsi que dans les autres disciplines des sciences humaines et sociales. C'est un

outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus (anamnèse, événements vécus, émotions, etc.).<sup>1</sup>

L'entretien clinique se situe dans la clinique à mains nues du fait que le psychologue n'emploie aucun instrument que lui-même pour comprendre ce qui se passe et éventuellement intervenir.<sup>2</sup>

Cette méthode d'investigation consiste souvent à faire parler les sujets dans le cadre d'une enquête psychosociale ou dans une recherche en psychologie clinique.<sup>3</sup>

Il est décrit par **C. CHILLAND** comme étant : « une communication entre deux interlocuteurs ou un moyen d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». <sup>4</sup>

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'entretiens sont à la disposition du psychologue clinicien, 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

---

<sup>1</sup> CHAHRAOUI (KH), BENONY (H), op. cit, p 141.

<sup>2</sup> CASTARDE (M.F), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Belin, 2003, p 131.

<sup>3</sup> LAVARDE (A.M), *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*, Bruxelles, De Boeck, 2008, p 92.

<sup>4</sup> CHILLAND (C), *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 1983, p 119.

mesure où c'est au clinicien d'en proposer un cadre et une trame par lesquels le sujet va pouvoir dérouler son récit.<sup>1</sup>

Son objectif dans notre recherche est de recueillir des informations qui peuvent nous renseigner sur la qualité de la relation conjugale avant et après la mammectomie.

### 4.2. Le test de satisfaction conjugale :

Pour mesurer le niveau de satisfaction conjugale, on a recouru à un deuxième instrument d'évaluation qui est le **Test de satisfaction conjugale**, qui a été élaboré par **H. Locke** et **K. Wallace** en **1959**. Il est utilisé pour confirmer de manière « objective » la perception qu'ont les couples de leur satisfaction ou de leur insatisfaction conjugale.

Le test est rempli individuellement et se compose d'une échelle de l'adaptation conjugale allant de « très malheureux » jusqu'à « parfaitement heureux ». Il comprend également 14 questions concernant l'organisation budgétaire, les loisirs, les marques d'affection, les amis, les relations sexuelles, etc.

Le questionnaire **Locke-Wallace** est encore très pertinent et possède une bonne validité ainsi qu'une bonne fidélité et peut encore être utilisé de nos jours.<sup>2</sup>

## 5. Le déroulement de la pratique :

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de six mois, du 11 juin 2013 jusqu'au 11 novembre 2013. Après avoir sélectionné la population d'étude, selon les critères fixés, nous nous sommes entretenus avec les deux membres du couple séparément. Chaque entretien a été suivi de passation du test de satisfaction conjugale de Locke-Wallace.

### 5.1. Les difficultés rencontrées :

Durant la réalisation de notre étude, on a rencontré plusieurs difficultés. Certaines sont relatives à la population sollicitée, dont la plupart ont refusé de faire part à notre recherche, 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 les

<sup>1</sup> CHAHRAOUI (KH), BENONY (H), Op.cit, p 141-143.

<sup>2</sup> BOUVARD (M) et COTTRAUX (J), Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Paris, Masson, 2002, p. 219-220.

couples, nous a obligé souvent à les faire attendre, le temps que le bureau des psychologues soit libre, ou de leur faire fixer un autre rendez-vous.

### **5.2. La passation des entretiens :**

Nous nous sommes entretenus avec les patientes et leurs partenaires après avoir parlé l'objectif de notre étude, et avoir obtenu leur consentement. Deux guides d'entretiens ont été élaborés, l'un pour les patientes, l'autre pour leurs partenaires afin de décrire la qualité de leur relation de couple.

#### **5.2.1. L'entretien avec les femmes :**

##### **a) présentation du guide d'entretien :**

##### **Renseignements personnels :**

- nom, prénom.
- Age.
- Niveau d'instruction.
- Situation professionnelle.
- Durée de la vie maritale.
- Nombre d'enfants.

#### **1. Réaction à l'annonce du diagnostic :**

- 1.1. Comment avez-vous su que vous étiez malade ?
- 1.2. De quelle manière vous a-t-on informé ?
- 1.3. Quelle était votre réaction à cela ?
- 1.4. Comment avez-vous réagi à l'annonce de l'ablation ?
- 1.5. Étiez-vous seule ou accompagnée par votre mari ?
- 1.6. Comment a-t-il réagi à cette nouvelle ?

#### **2. L'état de santé actuel :**

- 2.1. Comment vous sentez-vous depuis que vous êtes opérée ?
- 2.2. Comment anticipez-vous l'arrivée de chaque séance de traitement ?
- 2.3. Comment le vivez-vous ? Et quels sont ses effets secondaires ?
- 2.4. Êtes-vous accompagné par votre mari ou par une autre personne ?
- 2.5. Comment vivez-vous ce changement dans votre vie ?

**3. La relation conjugale antérieure et actuelle :**

- 3.1. Comment était votre relation avec votre mari avant que vous soyez malade ?
- 3.2. Arrivez-vous à vous entendre souvent avec lui ?
  - Sur quels plans ? comment ?
- 3.3. Quel genre de difficultés rencontrez-vous souvent dans votre vie de couple avant que vous soyez malade ?
- 3.4. Arrivez-vous souvent à les surmonter ? comment ?
- 3.5. Comment était votre relation intime ?
- 3.6. Avez-vous constaté des changements depuis que vous êtes tombé malade ?
  - Sur quels plans ? comment ?
- 3.7. Communiquez-vous avec votre mari à propos de vos difficultés ?
- 3.8. Avez-vous quelqu'un dans l'entourage proche avec qui vous parlez de cela ? lequel ?

**4. Les relations familiales et sociales :**

- 4.1. Comment votre famille et vos proches ont vécu la nouvelle ? et vos enfants savent-ils que vous êtes malade ? comment ont-ils réagi ?
- 4.2. Par qui étiez-vous soutenu le plus ? comment ?
- 4.3. Comment occupez-vous votre temps pendant cette période ?
- 4.4. Avez-vous des activités et des loisirs ? lesquels ?
- 4.5. Quand est-ce allez-vous reprendre votre travail ?
- 4.6. Comment anticipez-vous cette reprise ?
- 4.7. Pensez-vous que cette reprise vous aidera à mieux gérer vos difficultés ? comment ?
- 4.8. Comment vous projetez vous dans l'avenir ?
- 4.9. Avez-vous quelque chose d'autre à nous rajouter ?

**b) les conditions d'application du guide :**

Les femmes de notre population d'étude ont accepté avec enthousiasme de participer à notre recherche. En premier lieu, nous avons exigé un endroit qui respecte le cadre clinique afin de réaliser nos entretiens au niveau de service d'oncologie.



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

Nos interventions se limitaient à des relances d'approbation, tel des hochements de tête, « mmm », « oui » ou « c'est-à-dire » pour plus d'explication.

La durée des entretiens réalisés avec ces femmes allait d'une heure jusqu'à une heure et demi.

### **5.2.2. L'entretien avec le conjoint :**

#### **a) présentation du guide d'entretien :**

##### **Renseignements personnels :**

- Nom, prénom.
- Age.
- Niveau d'instruction.
- Situation professionnelle.

#### **1. Réaction à l'annonce du diagnostic :**

- 1.1. Etiez-vous avec votre femme lors de l'annonce de la maladie ?
- 1.2. Quelle était la réaction de votre femme ?
- 1.3. Quelle était votre réaction ?
- 1.4. Comment avez-vous réagi à l'annonce de l'ablation ?

#### **2. Le vécu de la période du traitement :**

- 2.1. Comment avez-vous réagi après l'intervention ?
- 2.2. Etiez-vous informé sur le traitement de votre femme ?
- 2.3. L'accompagnez-vous souvent pour cela ?
- 2.4. Comment anticipe-t-elle l'arrivée de chaque séance ?
- 2.5. Comment vivez-vous les moments d'attente lors des séances du traitement de votre femme ?

2.6. Comment se sent-elle à la fin de chaque séance de traitement ? Et comment réagissez-vous à cela ?

2.7. Comment vivez-vous ces changements qui se sont produits dans votre vie ?

### **3. La relation conjugale antérieure et actuelle :**

3.1. Comment était votre relation avant que votre femme soit atteinte de cette maladie ?

3.2. Arrivez-vous à vous entendre souvent avec elle ?

3.3. Quel genre de difficultés rencontrez-vous souvent dans votre vie de couple avant l'arrivée de cette maladie ?

3.4. Arrivez-vous souvent à les surmonter ? Comment ?

3.5. Comment était votre relation intime avant que votre femme soit malade ?

3.6. Avez-vous constaté des changements depuis qu'elle est atteinte de cette maladie ?

- Sur quels plans ? comment ?

3.7. Communiquez-vous avec votre femme à propos des difficultés induites par la maladie ?

3.8. Comment vous projetez-vous dans l'avenir ?

3.9. Avez-vous quelque chose d'autre à nous rajouter ?

### **b) Les conditions d'application du guide :**

Nous avons facilement obtenu le consentement des conjoints après leur avoir expliqué l'objectif de notre étude.

Nous nous sommes entretenus avec ces derniers dans le bureau des psychologues, selon leur disponibilité, en leur offrant la liberté de s'exprimer dans la langue de leur choix.

Pendant l'entretien, les conjoints étaient à l'aise, attentifs, intéressés par ce qu'on faisait, et trouvaient la séance comme une opportunité qui leur est offerte pour exprimer ce qu'ils ont vécu depuis l'atteinte de leurs femmes, à l'exception d'un seul cas qui était agité et pressé.

Nos interventions se limitaient toujours à des relances d'approbation « oui, mmm, d'accord » et d'explication « comment » et « pourquoi ».

La durée des entretiens allait d'une heure à une heure et demi, à l'exception du cas de « Djamel », avec qui nous avons fait deux séances, car il était agité et pressé la première fois, ce qui nous a obligé de le revoir une deuxième fois afin de compléter notre entretien.

## 5.2. La passation du test de satisfaction conjugale :

Nous avons choisi ce test comme support afin de connaître la perception qu'ont les couples examinés de leur satisfaction ou insatisfaction conjugale.

### a) Présentation du test de satisfaction conjugale :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Date :

1. Encerchez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.<sup>1</sup>

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

<sup>1</sup> BOUVARD (M) et COTTRAUX (J), Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Paris, Masson, 2002, p 228.

**2 à 9.** Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial						
3. Loisirs						
4. Marques d'affection						
5. Amis, Ami(e)s						
6. Relations sexuelles						
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)						
8. Philosophie de la vie						
9. Relations avec la belle-famille						

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BOUVARD (M) et COTTRAUX (J), Ibid., p 229.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu
- d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment.
- b) occasionnellement.
- c) rarement.
- d) jamais.

**14.** Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

**15.** Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>BOUVARD (M) et COTTRAUX (J), Ibid., p 229- 230.

**b) Barème :**

(Faites le total des points obtenus à chaque question)

Question 1.

Questions 2 à 9.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation Du budget familial	5	4	3	2	1	0
3. Loisirs	5	4	3	2	1	0
4. Marques d'affection	8	6	4	2	1	0
5. Amis, Ami(e)s	5	4	3	2	1	0
6. Relations sexuelles	15	12	9	4	1	0
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	5	4	3	2	1	0
8. Philosophie de la vie	5	4	3	2	1	0
9. Relations avec la belle-famille	5	4	3	2	1	0

Question 10. - a) 0 -b) 2 -c) 10

Question 11. -a) 10 -b) 8 -c) 3.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BOUVARD (M) et COTTRAUX (J), Ibid., p.30.

Question 12.

Si vous et votre conjoint préférez rester à la maison: 10

Si vous et votre conjoint préférez des activités extérieures: 3

Si vous ne vous entendez pas sur ce point: 2.

Question 13. -a) 0 -b) 3 -c) 8 -d) 15.

Question 14. -a) 15 -b) 0 -c) 1

Question 15. -a) 0- -b) 2 -c) 10 -d) 10.

### c) Cotation et interprétation :

Le barème de correction de chaque item est donné après le questionnaire. Il suffit ensuite de faire la somme des notes obtenues à chacun des items. Cette cotation a été modifiée par HUNT 1978 de telle sorte que la cotation soit plus homogène entre item.

- a- Si vous obtenez **plus de 100 points** au test, vous jouissez d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple. Il serait surprenant que vous et votre conjoint songiez à divorcer.
- b- Si votre résultat se situe **entre 80 et 100 points**, vous éprouvez des difficultés marquées, qu'il faudrait résoudre le plus rapidement possible.
- c- Si vous obtenez **moins de 80 points**, vos problèmes de couple sont très sérieux et, à moins de les régler, vous risquez fort de vous retrouver bientôt dans une situation de crise.
- d- Si vous obtenez moins de 80 points, ca indique des problèmes de couple très sérieux.<sup>1</sup>

### d) Les conditions d'application du test :

L'application du test aux patientes et à leurs partenaires s'est faite individuellement, elle venait après avoir achevé la passation de l'entretien. Nous leur expliquons d'abord les items du test, ensuite, nous l'administrons à chacun d'eux selon la langue de son choix. En ce qui concerne le remplissage, les sujets qui avaient un bon niveau d'instruction, ils le remplissaient, dans le cas inverse, nous les remplissons nous même, selon les réponses apportées. La durée de passation du test, allait de 22 à 25 minutes.

---

<sup>1</sup> BOUVARD (M) et COTTRAUX (J),Ibid. p 231.

### **Conclusion de la partie méthodologique :**

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 satisfaction conjugale.

Notre recherche s'est déroulée au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour de la wilaya de Bejaïa. Notre population est constituée de cinq (5) couples mariés dont les femmes ont subi une ablation du sein, suite à leur atteinte du cancer, ces femmes mammectomisées sont en phase de chimiothérapie. Nous nous sommes entretenus avec elles et leurs partenaires séparément et selon leur disponibilité. L'entretien était suivi de la passation du test de satisfaction conjugale. Notre pratique s'est étalée sur une durée de six (6) mois, les données recueillis sont analysées dans la partie suivante.



**Chapitre IV**  
**Description et**  
**analyse des**  
**résultats**

## **1. Présentation des données de l'entretien et des résultats du test (satisfaction conjugale) :**

### **Couple n°1 : NABILA et NASSIM**

#### **1.1. Cas de Nabila :**

##### **1.1.1. Présentation générale du cas :**

Nabila est une femme âgée de 29 ans, d'une taille moyenne et charmante. Elle occupe le troisième rang de sa fratrie, elle est d'un niveau secondaire et couturière de profession. Nabila est mariée depuis 7ans, mère de 2 enfants (une fille et un garçon). Elle est atteinte du cancer du sein depuis une année, et l'ablation de son sein gauche date de sept (7) mois.

##### **1.1.2. Compte rendu de l'entretien :**

Nabila est une personne dynamique et souriante, elle a accepté de participer à notre étude avec enthousiasme, elle nous avouait qu'elle trouvait un grand plaisir à parler à un psychologue. On s'est entretenu avec elle après sa 6<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie.

La découverte de sa maladie était fortuite. Elle parlait au téléphone avec sa mère, soudainement, elle passait sa main sur son sein et en trouvait une grosseur qui l'avait choquée. Elle a raccroché le téléphone pour ne pas faire inquiéter sa mère, mais elle n'a pas hésité à appeler sa grande sœur pour lui raconter ce qui s'est passé. A l'arrivée de son mari, après lui avoir accordé un moment de repos, elle lui annonçait la mauvaise nouvelle. Ce dernier a immédiatement palpé son sein, malgré le choc que cela a provoqué en lui, il a pu se maîtriser et la rassurait en lui disant qu'il pourrait s'agir juste d'un kyste. Le lendemain, il l'accompagnait chez un médecin, ce dernier a demandé d'effectuer quelques examens histologiques.

A la remise des résultats, le médecin leur avait annoncé directement qu'elle était atteinte d'un cancer du sein.

Face à cette nouvelle, Nabila a été bouleversée. Avec larmes aux yeux, elle nous disait « ḥussey ddunit tekfa » (j'ai senti comme si ma vie est terminée) et n'hésitait pas à demander à son médecin « allez-vous enlever mon sein ? ».

Son mari était aussi choqué, il est même parti vers un autre laboratoire dans une autre wilaya pour vérifier les résultats des analyses, il était très content lorsqu' on leur avait dit qu'il ne s'agissait pas d'une maladie maligne, mais il reste qu'une biopsie est nécessaire. Malheureusement, quatre mois plus tard, après la biopsie, il récupère les résultats confirmant que sa femme est atteinte d'un cancer, ce dernier ne lui avait rien révélé sur le coup, ce n'était qu'après insistance de celle-ci qu'il a fini par céder.

A ce moment-là, elle était totalement bouleversée, quant à son mari, il avait regretté de lui avoir annoncé cette nouvelle, avec des larmes aux yeux elle nous disait qu'il l'avait prise dans ses bras, en lui assurant son soutien.

Tous les membres de sa famille ainsi que ceux de sa belle-famille qui l'aimaient énormément, étaient bouleversés à l'annonce de la maladie. Quant à ses enfants, ils étaient assez petits pour qu'ils soient informés que leur mère était atteinte d'une maladie grave.

Malgré la valeur de son sein, Nabila était pressée d'être opérée car elle savait très bien que c'est une maladie qui peut créer des métastases. Après l'intervention, elle portait moins d'inquiétude par rapport à la récurrence.

Sa première cure de chimiothérapie était bien anticipée, contrairement aux autres qui ont succédé. Elle faisait des cauchemars pendant des nuits successives, elle se voyait souvent en train de subir une mammectomie ou une hystérectomie.

Ses séances de chimiothérapie étaient mal vécues car elle avait eu beaucoup d'effets secondaires (nausées, vomissements). Elle était souvent accompagnée par son conjoint pour accomplir ces cures, parfois même par leurs petits-enfants.

Pour elle, il était dur de vivre ce changement dans sa vie, car elle était confrontée à sa propre mort, mais elle nous disait qu'elle avait l'habitude d'affronter les maladies. Dans le passé, elle a déjà souffert d'un handicap physique, pour lequel elle s'est faite opérée afin d'avoir une démarche plus au moins normale. L'arrivée de son cancer ne l'a pas empêchée de bien vivre, elle prenait soin d'elle-même et profitait de la joie de vivre aux côtés de son mari.

Avant la maladie, sa relation avec son mari était parfaite, selon ses propos, malgré son handicap physique, ce dernier avait insisté qu'elle soit son épouse. Elle nous disait qu'il était un homme beau et charmant, mais il l'avait choisie parmi toutes les femmes.

Elle s'entendait très bien avec lui sur tous les plans, il était souvent son appui, selon ses propos « dahnin, yelha aṭas yer yur-i » (il est tendre et se conduit très bien avec moi). Leurs disputes étaient rares, souvent dues à l'activité de couture qu'elle exerçait, son mari voulait lui épargner cela, mais Nabila voulait l'aider.

Elle jouissait d'une merveilleuse relation intime, chacun comprenait et répondait aux désirs de l'autre.

Après sa maladie, elle constatait beaucoup de changements, aussi bien sur le plan individuel que relationnel. Elle est devenue vulnérable, stressée au point qu'elle frappait ses enfants et se disputait parfois avec son mari sans aucun motif, heureusement qu'il était compréhensif. Il veillait attentivement sur elle et travaillait dur à l'extérieur, et en rentrant à la maison, il s'occupait des tâches ménagères et des enfants. Pendant cette période, elle s'est rapprochée davantage de son mari, elle lui parlait de ses difficultés, mais parfois elle évitait de le faire par peur de l'épuiser. Elle communiquait aussi parfois avec sa grande sœur qu'elle considérait comme sa seconde mère.

Sa relation intime est restée toujours de bonne qualité. Son ablation ne l'a jamais empêchée de vivre des moments de plaisir intimes. Malgré le sentiment de manque qu'elle éprouvait, elle jouissait d'une grande satisfaction avec son mari.

Nabila était également soutenue par tous les membres de sa famille et ceux de sa belle-famille, mais son mari reste sa source majeure de soutien. D'ailleurs le jour de son admission à l'hôpital, c'était le premier (1) Mai, elle n'était pas admise au début, mais ce dernier était là à insister jusqu'à ce qu'elle soit acceptée. Elle avait dû attendre huit jours pour se faire opérer, mais la présence de son mari, ses encouragements et son caractère amusant l'avaient beaucoup aidée.

Le jour de l'intervention, il l'avait accompagnée jusqu'au bloc opératoire et y restait devant la porte en attendant avec impatience son réveil, à sa sortie il avait insisté qu'il la prenne lui-même à la chambre des malades, elle nous disait qu'il était profondément blessé et pleurait à chaudes larmes en la voyant se réveiller.

Pour occuper son temps durant cette période, Nabila n'avait pas hésité à aider dans les activités ménagères, à faire des sorties avec son époux et ses enfants, à aller dans des parcs pour s'amuser.

Elle aimerait bien reprendre son travail le plutôt possible, elle a l'intention de le faire juste après l'achèvement de son traitement. Pour elle la reprise du travail, l'aidera énormément à surmonter cette épreuve car elle passait des moments agréables avec ses employées et sa clientèle.

Quant à sa santé, elle est convaincue que cette maladie est grave et qu'elle n'a pas beaucoup d'espoir, mais elle prie Dieu pour qu'elle puisse guérir, le temps de faire grandir ses enfants.

En ce qui concerne sa relation de couple, elle voudrait vivre encore plus du bonheur avec son époux et ses enfants. Selon elle, la vie est courte et chaque moment mérite d'être pleinement vécu.

### **1.1.3. Résultats du test de satisfaction conjugale :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Nabila au test est de : 136 points

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Nabila jouit d'une bonne ou une très bonne relation de couple.

### **1.2. Cas de Nassim :**

#### **1.2.1. Présentation générale du cas :**

Nassim est âgé de 33ans, de grande taille, modeste et dynamique. Il est le benjamin de sa fratrie, d'un niveau d'instruction primaire et gérant d'un parc à matériaux.

#### **1.2.2. Compte rendu de l'entretien :**

Cet entretien s'est déroulé à la cinquième cure de chimiothérapie de sa femme. Nassim a facilement accepté de participer à notre recherche.

A notre première question, il nous répondait qu'il était présent à l'annonce de la maladie et qu'il n'oubliera jamais ce jour là.

Sa réaction est indescriptible, il était choqué, il savait en premier que sa femme était atteinte d'un cancer et il a dû lui cacher cette vérité pendant 5 jours. Celle-ci a fini par le savoir par son médecin, elle était effondrée et pleurait à chaudes larmes.

Le diagnostic de malignité était infirmé par un autre médecin, ce qui leur avait donné de l'espoir, mais la biopsie l'avait confirmé encore pour une seconde fois.

Il était profondément blessé à ce moment-là, sa femme n'acceptait pas ce qu'il lui est arrivé, il a fait de son mieux pour la rassurer. Après quelques jours, sa femme s'est soumise au destin.

Le jour de son intervention, il était inquiet pour elle, alors qu'elle était plus tôt courageuse. Après un mois de l'ablation, son épouse commençait sa chimiothérapie. Au début, il ignorait la nature et les séquelles du traitement, mais par la suite, il s'est informé davantage et avait obtenu les renseignements nécessaires pour mieux intervenir auprès d'elle et permettre son bien-être.

Il l'accompagnait régulièrement à ses cures, il nous disait que pour son confort, il est capable d'aller jusqu'au bout du monde.

La première séance du traitement était bien anticipée. La veille, sa femme avait bien dormi et s'est réveillée en forme avec beaucoup d'énergie pour entamer son traitement. Cependant à son arrivée au service des cancéreux, son comportement a complètement changé. Les autres séances qui ont succédé étaient mal anticipées à cause des effets secondaires du traitement (nausées, vomissements, alopecie).

Les moments d'attente lors du traitement de sa partenaire, passait selon lui sans stress puisqu'il était persuadé de l'intérêt de sa présence au sein de ce service, mais il rentrait à la salle des soins plusieurs fois pour s'assurer de son état.

A la fin des séances du traitement, sa femme prenait encore plus du temps pour se laver le visage et reprendre son allure, et en sortant, elle paraissait souvent fatiguée, c'est pourquoi il essayait de l'aider et de la soutenir.

Quant aux changements induits par la maladie de cette dernière, il nous disait qu'il les vivait en faisant de son mieux pour qu'elle dépasse son état actuel avec la moindre séquelle, comme en témoignent ses paroles « lhem dmeyt s timmad-iw, sixfifey fell-as nettat » (j'ai assumé les problèmes seul de sorte à l'alléger). Il était souvent son appui, mais à l'apparition de la maladie il lui apportait encore plus d'aide aussi bien au niveau des tâches ménagères qu'au niveau de la garde des enfants. Il est devenu plus attentionné et disponible à son égard et s'inquiétait pour elle plus qu'avant. Mais comme il s'est rendu compte que sa grande préoccupation pourra l'affecter, alors il se conduisait avec elle comme si elle n'était pas une personne malade. Il nous rajoutait que devant la puissance et les faveurs de Dieu, il n'a qu'à accepter son sort et le remercier d'être courageux et patient face à cette épreuve.

Pour sa relation conjugale avant la maladie, il l'a qualifiée de formidable. Avec son grand sourire, il nous révélait que la plus belle des choses qui lui est arrivé dans toute sa vie, c'était la rencontre de son épouse.

Il vivait en bonne entente avec elle, il nous avouait que c'était grâce à elle qu'ils ont pu construire leur propre maison. C'est une bonne femme avec laquelle il partageait tout jusqu'à la fin. Excepté quelques difficultés passagères rencontrées, tout allait bien pour eux.

Sa relation intime était aussi satisfaisante, il nous révélait que chacun avait beaucoup d'amour, de tendresse et de respect pour l'autre.

Cependant, depuis l'annonce du diagnostic, sa femme a changé, elle est devenue très préoccupée par la maladie, vulnérable et irritable. Mais lui restait compréhensif et soutenant. Parfois, il préférait ne pas parler de la maladie, il parlait plus souvent des sujets plus plaisants et motivants pour le bien être personnel de sa femme.

Pour sa relation intime, il nous avouait qu'ils gardaient toujours une bonne relation et que lui ne changera jamais envers elle. Selon ses dires, son ablation ne signifie rien, il la trouve toujours belle et attirante.

Ce qu'il souhaite à l'avenir est que sa femme puisse se rétablir et reprenne sa vie habituelle. Avec une humeur joviale, il nous disait qu'il a encore beaucoup de projets à réaliser avec elle, si ce n'était pas tout leur projet.

### 1.2.3. Résultats du test de satisfaction conjugale :

#### a) Le total des points obtenus au test :

Le total des points obtenus par Nassim au test est de : 145 points

#### b) Interprétation :

D'après ces résultats obtenus, Nassim jouit d'une bonne ou une très bonne relation de couple.

## Couple n° 2 : LILA et IDRIS

### 2.1. Cas de Lila

#### 2.1.1. Présentation générale du cas :

Lila est une femme âgée de 44 ans, de grande taille et d'une belle silhouette. Elle est calme et douce. Elle est la cadette de sa fratrie, d'un niveau d'étude primaire (6<sup>ème</sup> année) et couturière de profession. Lila est mariée depuis 27 ans et mère de 4 enfants (deux filles et deux garçons). Atteinte d'un cancer du sein depuis 2 ans, la mammectomie de son sein gauche date déjà de 8mois.

#### 2.1.2. Compte rendu de l'entretien :

Nous nous sommes entretenus avec Lila, une après midi après sa sixième cure de chimiothérapie. Durant cet entretien, elle paraissait optimiste ; souriante et ses yeux brillaient d'amour qu'elle portait à son mari. Notre entretien a été marqué par un climat de collaboration et de confiance.

Lila avait découvert un nodule indolore au niveau de son sein depuis 2 ans, elle a évité de consulter un médecin, en prétextant à chaque fois qu'elle a peur d'affronter la réalité. Cependant, elle a fini par écouter son mari et consulta un médecin, qui leur a annoncé qu'il s'agissait probablement d'un kyste. Après achèvement de quelques examens histologiques, elle consulta un autre médecin spécialiste qui a bien diagnostiqué son cas.

Elle a été informé de sa maladie en toute délicatesse ; le spécialiste a pris 3 heures pour lui apporter toutes les explications nécessaires et la convaincre de la nécessité de l'ablation pour éviter toute récurrence.



Elle était profondément choquée par cette annonce, à ce moment là, les larmes lui serrait la gorge mais la présence de son mari la rassurait tellement qu'elle a eu du courage pour ne pas s'effondrer. Ce n'était qu'une fois rentrée à la maison qu'elle avait tout extériorisé.

Son mari était effrayé, selon ses propos « ahlil iqelleq fell-i atas » (ah, il était trop soucieux pour moi) d'ailleurs il a été informé en premier, il est sorti par une autre porte du cabinet pour qu'elle ne voit pas ses larmes, mais elle avait bien reconnu son visage triste lorsqu'il la rejoignait plus tard.

Ses enfants étaient choqués suite à l'annonce, ainsi que sa famille et sa belle-famille qui n'était mise au courant qu'après son ablation.

Avec une humeur triste, elle nous disait que son sein était de grande valeur pour elle, mais elle n'avait pas le choix face à cette atteinte. Après l'acte chirurgical, elle s'est calmée et portait moins d'inquiétude par rapport à la récurrence.

Lila avait anticipé avec crainte et angoisse sa première cure de chimiothérapie. Elle était tellement stressée qu'elle ne dormait qu'avec des somnifères. Elle a déjà souffert d'une dépression pendant deux ans, suite à l'annonce de son cancer, et par décision du médecin elle a dû reprendre son traitement antidépresseur qu'elle avait arrêté depuis trois ans, cela afin d'éviter une éventuelle rechute. Les autres séances qui ont suivi étaient anticipées avec moins de stress et plus de motivation, car elle savait qu'il s'agissait d'un traitement qui lui portera la guérison.

Son traitement adjuvant était pénible, elle avait eu du mal à supporter ses cures, elle avait souffert de vomissements, de nausées et d'une anorexie. Mais elle remerciait Dieu d'avoir eu son mari à ses côtés, il l'accompagnait pour ses soins avec amour et gaieté.

Lila vivait ce changement dans sa vie en acceptant son sort, mais les premiers temps qui ont suivi l'annonce du diagnostic et de l'ablation étaient bouleversants. Après avoir vu des cas plus graves, elle s'est rendue compte que son état est meilleur ; elle est mariée et avait des enfants. Pour elle la disponibilité du traitement était une faveur ; elle ne souhaitait que se soigner et se rétablir. C'est une femme courageuse qui tient à la vie, elle faisait son possible pour reprendre ses responsabilités.

Sa relation conjugale antérieure était très épanouie. Depuis sa rencontre avec son mari, et malgré les frustrations qu'elle avait dû supporter au sein de la grande famille. Ce dernier était

souvent compréhensif, il savait bien qu'elle était maltraitée par sa belle mère et que c'était cette dernière qui était à l'origine de sa dépression.

Elle vivait une bonne entente conjugale, elle était bien traitée avec une extrême attention et douceur. Parfois il lui arrivait d'avoir de petites disputes passagères avec son époux à cause de l'éducation des enfants, elle nous disait qu'il était plus cultivé et qu'il traitait mieux leurs enfants.

Sa relation intime avant la maladie était selon ses dires « روعة » (une merveille), ils se comprenaient et chacun répondait aux désirs de l'autre.

Après son atteinte cancéreuse, elle est devenue vulnérable, elle regrettait son sein qui était une fierté pour elle. Mais le plus grand souci pour elle, était son alopecie, elle n'a pas pu se retenir lors de la chute de ses cheveux ; elle avait éclaté en sanglots. C'était dur à supporter malgré la présence de toute sa famille à ce moment là.

Le comportement de son mari a aussi changé, il est devenu plus attentionné aux petits soins envers elle et l'aidait dans les tâches domestiques plus qu'il ne le faisait auparavant. Ce dernier était le confident de ses peurs et ses difficultés, il est la personne la plus proche qui l'écoutait et l'incitait à parler de ses peines. Ses conseils ne la laisseront jamais s'effondrer dans le spectre de cette maladie.

A propos de sa relation intime, elle nous a confié « deg lawan-a inemqarav aktar n zik, lweq-t-is ilkel i nekki » (maintenant, on est plus proche qu'avant, il consacre tout son temps à moi). Après l'ablation, elle dormait au début avec sa fille, mais après un mois, elle a rejoignait son époux en toute volonté. Ce dernier la rassurait en lui disant que l'ablation ne pourra jamais changer leur intimité. Même s'ils continuaient à vivre leur amour, Lila ne s'empêchait pas de manifester une honte lors des rapports sexuels. Elle avait même demandé à son époux comment il voyait sa cicatrice, celui-ci lui répondait « ayen iy-yesduklen yugar anectayi » (ce qui nous uni est plus fort que cela). Il ne cessait pas de la rassurer et de la traiter avec amour, même devant leurs enfants.

Lila était soutenue par toute sa famille ainsi que sa belle famille, mais la présence et le soutien de son mari était plus important, d'ailleurs elle le qualifiait de psychologue.

Depuis cette pathologie, Lila passait son temps à côté de sa famille, en particulier avec son mari. Elle sortait avec lui, aller dans des endroits calmes, se promenaient et essayaient d'oublier la maladie. Parfois, elle s'occupait de quelques tâches ménagères.

Elle anticipait avec joie la reprise de la couture, une fois même, elle avait cousu une robe d'intérieur pour elle. Avant la maladie, elle avait cousu beaucoup de robes pour les mariées, elle voudrait apporter encore de la joie à d'autres filles. Elle souhaiterait guérir et avoir un atelier de couture.

Elle a la foi, se soigne et a un grand espoir. Elle prie Dieu tout puissant qu'un jour, elle ira mieux, mais parfois il lui arrive d'avoir peur d'être alité, ce qu'elle ne pourra pas supporter.

Pour sa relation de couple, elle voudrait encore vivre longtemps aux côtés de son mari, elle nous disait qu'elle a encore beaucoup de projets à réaliser avec lui. Malgré la maladie, ils ont fêté les fiançailles de leur fils, et voudraient lui préparer une grande fête pour son mariage. Elle nous a rajouté qu'elle partageait toujours une belle relation avec son partenaire, mais si un jour elle devait quitter cette vie, avec des larmes aux yeux elle nous disait « ad d-asiniy ad ikemmel tudert-is » (je lui dirai qu'il continue sa vie).

### **2.1.3. Résultat du test de satisfaction conjugale :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Lila au test est de : 144 points.

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Lila jouit d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple.

## **2.2. Cas d'Idris :**

### **2.2.1. Présentation générale du cas :**

Idris est âgé de 50 ans, de grande taille et d'une belle silhouette. Il est le benjamin de sa fratrie, d'un niveau d'instruction secondaire, il était enseignant puis directeur d'une école primaire, actuellement retraité, mais pratique quelques activités libres.

### 2.2.2. Compte rendu de l'entretien :

Nous nous sommes entretenus avec Idris à la cinquième cure de chimiothérapie de sa femme. Il s'est montré intéressé, confiant et coopérant durant cet entretien.

A l'annonce de la maladie cancéreuse, il était près de sa femme, qui refusait de consulter un médecin, par peur de découvrir la vérité. Suite à ses efforts et encouragements celle-ci avait accepté d'affronter la situation. Malgré ses peurs, celle-ci a été courageuse aux pires des moments, ce qu'il a vraiment apprécié.

Quant à lui, avec des larmes aux yeux, il nous révélait qu'il avait réagit avec un sourire à l'annonce de la maladie, en assurant à sa femme qu'il ferait tout ce qui est en son pouvoir pour qu'elle aille mieux. Il était profondément touché, mais préférait dissimuler ce sentiment. Comment se sentirait-elle s'il se lâchait en premier, alors qu'il lui servait d'appui et de force, nous disait-il.

A l'approche de l'intervention, Idris mettait sa femme de bonne humeur et gaieté tout au long du trajet à l'hôpital. Il était satisfait du comportement courageux de cette dernière. La préparation psychologique qu'il lui avait apportée la veille de l'intervention, avait donné des résultats. Après l'ablation il était plus rassuré par rapport à l'état de santé de sa femme.

A l'hôpital, il n'était pas informé à propos du traitement de sa femme, mais il s'est mis personnellement à s'informer sur cette maladie et ses moyens thérapeutiques. Il cherchait par tous les moyens, il s'est même déplacé vers d'autres wilayas pour rencontrer des cas qui ont souffert et guéri de cette maladie, et il les a présentés à sa femme pour garder l'espoir dans la vie. Il accompagnait sa femme et veillait à ce qu'elle prenne son traitement régulièrement.

La première fois qu'elle allait prendre son traitement, la veille de la séance, elle était angoissée et avait une insomnie. Les autres séances étaient anticipées avec moins de stress.

Les moments d'attente lors des cures de sa femme, étaient pour lui comme une période de vacances ; il l'attendait sans le moindre stress, car il était convaincu qu'elle était dans ce service pour un but bien précis, celui de sa guérison. Il entrait dans la salle des soins pour s'assurer que tout allait bien pour elle et la rassurait car c'est une personne anxieuse qui a déjà souffert d'une dépression.

A la fin de chaque séance, celle-ci paraissait faible et se plaignait de quelques effets secondaires, alors il essayait de la soutenir et de l'encourager.

Cette maladie est quelque chose de nouveau pour toute sa famille. Son souci était de voir sa femme courageuse et optimiste. Il se méfiait des gens qui venaient lui rendre visite, car il craignait souvent que ceux-ci aggravent son état avec leurs idées négatives. La maladie de sa femme a apporté beaucoup de changements dans sa vie. Il acceptait de faire ce qu'il n'avait jamais fait auparavant : il préparait les repas, faisait le ménage, mais il laissait toujours une part du travail à elle, pour qu'elle ne se sente pas inutile. Ainsi il la laissait aller au salon de coiffure. Il lui demandait de sortir ensemble, se promener et se relaxer. Il nous rajoutait, qu'il remercie le bon Dieu d'être si courageux ainsi que sa femme devant cette pathologie.

A propos de sa relation conjugale antérieure, il nous disait qu'il partageait une très bonne relation avec sa femme. Cette dernière connaissait très bien ses principes et le respectait. Quant à lui, il disait de sa femme qu'elle était une bonne gouvernante, honorable et digne d'être respectée. Lorsque des petites querelles se produisaient, avec délicatesse, ils finissent par arranger les choses et ne se sentaient que plus heureux.

Sa relation intime était bonne. Il disait avec toute sincérité qu'il la comblait avec son affection et sa tendresse. Selon ses dires « ad tan degul-iw degyal lawan » (elle est dans mon cœur à tout moment).

Après l'atteinte, sa femme est devenue vulnérable, irritable et stressée. Il la comprenait, et prenait soin d'elle en faisant de son mieux pour son bien être. Il communiquait souvent avec elle en l'incitant à extérioriser ce qui la dérangeait pour pouvoir surmonter ensemble cette épreuve.

Sa relation intime a un peu changé, mais il est satisfait et resté compréhensif, selon ses propos « urtağay ara الغريزة الحيوانية adaytawi » (je ne permets pas aux instincts primaires de me guider).

Idris a un grand espoir que son épouse se rétablisse. Sa bonne foi ne le conduit qu'à penser à la guérison.

Avec des larmes aux yeux, il nous rajoutait que sa femme est le moteur de la maison et qu'ils ont encore des projets à réaliser ensemble. Il fera tout son possible pour qu'elle soit toujours heureuse, car elle ne mérite que du bonheur.

### **2.2.3. Résultat du test de satisfaction conjugale :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Idris au test est de : 137 points.

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Idris jouit d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple.

### **Couple n° 3 : LINDA et KARIM**

#### **3.1. Cas de LINDA :**

##### **3.1.1. Présentation générale du cas :**

Linda est une femme âgée de 45 ans, de grande taille et d'une corpulence moyenne. Elle est la benjamine de sa fratrie, elle a un niveau d'instruction secondaire et femme au foyer. Elle est mariée depuis 27 ans, mère de 4 enfants (une fille et 3 garçons). Elle est atteinte d'un cancer du sein depuis 1 an, elle a subi une ablation de son sein gauche depuis 7 mois.

##### **3.1.2. Compte rendu de l'entretien :**

L'entretien avec Linda s'est déroulé à la fin de sa 5<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie. Malgré son humeur affaissée à cause de sa maladie, Linda avait du plaisir à participer à notre recherche.

Elle estimait que cette séance pourrait l'aider. Elle nous a informé qu'elle souhaitait déjà être suivie par un psychologue, pour lui permettre de reprendre sa vie le plus normalement possible.

Linda a découvert sa maladie soudainement, suite à un geste instinctif, en touchant son sein gauche. Elle a remarqué une grosseur à cette zone, ce qui l'avait inquiétée. Au retour de son époux, elle lui en avait directement parlé. Le lendemain, ils consultaient ensemble un médecin gynécologue, pour en savoir plus et voir de quoi il s'agissait. Sur le moment, ce

dernier l'avait rassurée, mais pour bien se prémunir, il lui a demandé d'effectuer quelques examens histologiques.

A la remise des résultats, le médecin était confus ; comme Linda voulait être informée en toute sincérité, ce dernier lui a répondu brusquement qu'elle avait un « cancer ». Une réalité surprenante et incroyable pour elle. Elle nous révélait, en pleurant, qu'elle était choquée et bouleversée, elle avait immédiatement pensé à la mort, à ses enfants et à son mari.

Ce dernier était aussi choqué à cette annonce, malgré ses larmes qui coulaient, il l'avait rassurée et consolée, selon ses dires « yettef-iy-d yer yur-s, yenna-yid ur tagad ara, aqlin yidem yer tagara », (il m'a pris dans ses bras, en me disant ne t'inquiète pas je suis avec toi jusqu'à la fin).

Sa propre famille, particulièrement, ses enfants et ses sœurs, étaient choquées face à la mauvaise nouvelle. En revanche, certains membres de sa belle- famille qui ne l'avait pas accepté parmi les siens, disaient qu'elle méritait ce qui lui est arrivée.

Linda était pressée pour se débarrasser de son cancer, mais elle avait peur de perdre son sein qui représente son image corporelle. Après l'intervention, elle s'est sentie plus en sécurité, mais les paroles des gens (récidive, mort après 5 ans...) lui ont fait peur.

Un mois après la mastectomie, elle commençait sa chimiothérapie, l'arrivée de sa première cure était mal anticipée, elle était angoissée et dormait mal, car elle ignorait ce qu'est une chimiothérapie. Elle était plus rassurée à son arrivée à l'hôpital et lors de la prise du traitement. Au-delà de la première séance, elle appréhendait les autres avec moins de peur et d'inquiétude.

Ses cures ont été plus au moins bien vécues. Sa première séance, s'est vite passée et sans effets secondaires. Pour la deuxième, elle est arrivée à l'hôpital avec plein d'énergie, mais le fait de voir une patiente, qui criait et refusait son traitement, l'avait complètement bouleversée heureusement qu'il y'avait son mari qui a su la rassurer en rentrant à la maison, elle a eu quelques nausées et vomissements. Les autres séances étaient supportables. Selon elle, elle prenait son traitement comme un simple sérum.

Elle nous a révélé que son mari était souvent disponible pour l'accompagner à ses traitements.

Linda a essayé de s'adapter à ces changements dans sa vie, bien qu'elle pense toujours à la maladie, surtout que le discours tenu par les femmes de son entourage était loin d'être rassurant.

En évoquant sa relation conjugale avant la maladie, elle nous a avoué qu'elle partageait une très bonne relation avec son mari, selon ses dires «fell-i ad yexdem kullec ħnin-t atas » (il est capable de faire tout pour moi, il est très tendre), elle avait eu beaucoup d'amour et beaucoup de tendresse de sa part, au point que les autres l'enviaient d'être si heureuse.

Elle s'entendait avec lui sur tous les plans, ce dernier était quelqu'un de généreux, doux, calme et tolérant. Elle était trop gâtée de sa part, et si elle se disputait avec lui, c'est parce qu'elle voulait que ses demandes soient réalisées sur le champ ; ce qui dépassait parfois les capacités de ce dernier ; malgré cela, il essayait de la satisfaire.

Sa relation intime était selon ses propos « magnifique », les moments passés ensemble avant et après le mariage étaient inoubliables. Sa belle-famille ne l'avait pas accepté, mais ce dernier avait défendu leur amour.

Cependant, depuis son atteinte, Linda ne se sentait plus comme avant. Elle est devenue vulnérable. Quant à son mari, il est resté toujours disponible pour elle, et l'aidait sur tous les plans. Il faisait le ménage, préparait les repas, prenait soins des enfants, et le plus important il veillait souvent à son bien être affectif.

La communication avec ce dernier était ouverte à tout moment. Il était le porteur de ses secrets et de ses souffrances, il l'écoutait avec patience, ne s'ennuyait jamais de son état, essayait souvent de trouver les moyens pour la soulager

Pour sa relation intime, elle l'a qualifiée de bonne, malgré une baisse de la fréquence de l'activité sexuelle, son mari la comprenait, la rassurait souvent en massant sa cicatrice, il ne cessait pas de lui dire « tu es toujours ma belle et tu le resteras ».



Sa petite famille était très soutenante à son égard, et c'est grâce à elle et à son mari qu'elle a eu du courage pour affronter ses souffrances ; sans lui elle ne pouvait même pas imaginer la vie.

Elle passait son temps pendant cette période à regarder la télévision, arrosait le jardin, se promener avec son mari dans le but d'oublier sa maladie au moins pour quelques instants.

En ce qui concerne l'avenir de sa santé, Linda a toujours l'espoir de guérir, mais elle est parfois influencée par les pensées des autres sur la gravité de la maladie.

Elle espère réaliser encore des projets avec son mari et partager plus de bonheur ensemble « bien tôt, on commence les préparations pour le mariage de notre fils, cela portera plus du bonheur à la famille » nous disait-elle.

### **3.1.3. Résultats du test de satisfaction conjugale :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Linda au test est de : 128 points

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Linda jouit d'une bonne ou une très bonne relation de couple.

### **3.2. Cas de KARIM :**

#### **3.2.1. Présentation générale du cas:**

Karim est âgé de 49 ans, d'une taille moyenne, calme et modeste. Il est le benjamin de sa fratrie. Il est de niveau d'instruction primaire (5<sup>ème</sup> année) et commerçant de profession.

#### **3.2.2. Compte rendu de l'entretien :**

On s'est entretenu avec Karim à la cinquième (5) cure de chimiothérapie de sa femme. Au cours de cet entretien, il avait l'air d'être triste et affecté.

Lors de l'annonce de cette atteinte, Karim était en compagnie de son épouse, qui était déjà stressée depuis la découverte d'un nodule tout petit au niveau de son sein. A ce moment, elle était complètement désorientée, effrayée et pleurait sans cesse, cela relevait selon elle de l'incroyable.

Quant à lui, il était choqué et ébranlé, il s'est éclaté en larmes devant elle. Bien qu'il soit bouleversé, il n'a pas hésité à prendre sa femme dans ses bras, il l'avait rassurée et consolée, il nous disait avec des larmes aux yeux « lukan d tizzelt ad d-asefkey aglaw » (si c'était un rein, je lui donnerais le mien).

Après l'intervention, il est devenu plus rassuré par rapport à l'état de santé de sa femme. Un mois après la mastectomie, celle-ci commençait son traitement de chimiothérapie. Il s'est mis davantage à se renseigner sur ce traitement, afin de lui apporter tout le bien et le réconfort nécessaire.

Il était souvent disponible, il l'accompagnait pour ses cures de traitement. Celle-ci avait mal anticipé sa première séance de chimiothérapie, elle était évidemment stressée du fait qu'elle ignorait de quoi il s'agissait. La veille de la séance, elle avait souffert d'une insomnie et parlait sans cesse de sa maladie et de son devenir. A l'arrivée d'une nouvelle cure, elle devenait anxieuse et se demandait si elle pourrait supporter encore son traitement.

Avec beaucoup de sincérité, Karim nous avouait que lui aussi était anxieux lors des séances de chimiothérapie de sa femme. Il rentrait plusieurs fois dans la salle des soins pour s'assurer que tout allait bien pour elle.

A la fin des séances du traitement, sa femme devenait un peu faible, anxieuse et interrogeait les médecins à propos de son état elle voulait en savoir plus sur sa maladie. Face à l'état de cette dernière, Karim se sentait affecté, mais il essayait tout de même de la consoler et de la rassurer.

Dans la vie quotidienne, le comportement de Karim a complètement changé, il est devenu plus attentionné, plus disponible à l'égard de son épouse. Il ne pouvait s'empêcher de l'aider dans les tâches domestiques plus qu'avant. Il travaillait dur à l'extérieur et parallèlement, il pensait à ce qui se passait à la maison, il nous disait qu'il était confus et inquiet. A chaque fois qu'il entendait son téléphone sonner, de mauvaises idées lui traversaient l'esprit. Il a souvent peur pour elle, ces propos en témoignent « ur zmiry ara ad eelley deg wallay-iw tayawsa-yi ... » (je ne peux pas imaginer cette situation...). Parfois, il passait la nuit à écouter sa femme et le lendemain il aller au travail dans un état lamentable, cela n'a pas vraiment d'importance pour lui, l'essentiel qu'elle puisse se rétablir et retrouver le bonheur de la vie. Une fois son travail terminé, il rentrait immédiatement chez lui, pour être

en compagnie de sa femme. Si elle refusait de sortir avec lui, il essayait de mettre un peu d'ambiance à la maison pour l'aider à oublier pour un laps de temps sa souffrance, il nettoyait alors la cour et arrosait le jardin.

Pour ce qui est de la relation conjugale, avec une humeur joviale, il nous répondait qu'il s'est marié avec une femme qu'il aimait. Leur relation antérieure était très bonne, il a passé avec elle des moments agréables. Ils ont beaucoup voyagé, parfois même en compagnie de leurs enfants.

Il s'entendait très bien avec elle et il lui faisait souvent plaisir. A l'exception de petites disputes vite oubliées, parfois sur la famille, ils étaient heureux.

Sa relation intime était aussi de bonne qualité, ils se respectaient et chacun répondait aux désirs de l'autre.

Après cette atteinte, sa femme est devenue plus sensible et vulnérable, sa tristesse était très manifeste et ne pensait qu'à sa maladie, mais lui ne parlait pas de choses désagréables avec elle, il préférait parler plus souvent de sujets agréables et joyeux. Il ne voulait pas l'inquiéter plus qu'elle en est déjà.

Ainsi, sur le plan intime, il nous disait que sa femme accordait moins d'intérêt à l'activité sexuelle, mais lui est resté toujours compréhensif. Dans l'ensemble ils gardent leurs rapports sexuels et il éprouve toujours du plaisir avec elle.

Bien que la maladie soit grave, il espère et prie souvent le bon Dieu que son épouse aille mieux et guérisse. Il souhaite aussi lui offrir une prothèse pour lui faire plaisir, car il sait qu'elle est touchée dans son image corporelle.

Concernant l'avenir de leur relation conjugale, il nous répondait « ddunit telha ala yid-es» (la vie n'est belle qu'à ses côtés). Il souhaite réaliser encore des projets ensemble, d'ailleurs le mariage de son fils aîné sera bientôt célébrer. Son souhait le plus cher, est que Dieu puisse la garder pour lui et ses enfants.

### 3.2.3. Résultats du test de satisfaction conjugale :

#### a) Le total des points obtenu au test :

Le totale des points obtenus par Karim au test est de : 129 points.

#### b) Interprétation :

D'après ces résultats obtenus, Karim jouit d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple.

### Couple n° 4: NADIA et CHERIF.

#### 4.1.Cas de Nadia :

##### 4.1.1. Présentation générale du cas:

Nadia est une femme âgée de 48 ans, de taille moyenne et d'une corpulence mince, elle occupe le troisième rang de sa fratrie. Elle est analphabète, fait de la couture chez elle. Mariée depuis 15 ans en seconde noces, elle a deux enfants et deux beaux enfants. Nadia est atteinte d'un cancer du sein depuis 2 ans, 1 an et 4 mois se sont déjà écoulés depuis l'ablation de son sein droit.

##### 4.1.2. Le compte rendu de l'entretien :

Notre entretien avec cette patiente s'est déroulé après sa 6<sup>ème</sup> séance de chimiothérapie. 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'émotions tout au long de cet entretien.

A notre première question, elle nous répondait qu'elle vivait très bien n'ayant ni boule ni grosseur et soudainement son sein commence à manifester quelques symptômes, des tâches, un aspect grattant et une couleur rouge. Elle nous disait qu'elle a eu peur, mais ce n'était qu'après 4 mois que son mari et elle décidèrent de consulter un médecin. Ce dernier leur a demandé de faire quelques analyses pour en savoir plus. Une fois les résultats des examens histologiques obtenus, le médecin a informé le mari que sa femme était atteinte d'un cancer, mais ce dernier a préféré dissimulé la vérité.

Le lendemain en revoyant son médecin, tout lui a été dévoilé. Le médecin l'a informée avec délicatesse, en mettant l'accent sur la gravité de cette maladie et qu'une intervention est nécessaire pour éviter toute récurrence.

A cette annonce, elle était bouleversée et s'est éclatée en sanglots. En retournant à la maison, elle passait toutes ses journées à pleurer, en attendant le jour de l'ablation. Elle était pressée d'en finir et mettre fin pour cette menace dans son corps, elle préférait de perdre un sein que sa vie (pleura à chaudes larmes).

Elle reprenait ensuite la discussion avec motivation, elle remerciait Dieu d'avoir eu son mari à ses côtés lors de cet annonce.

Selon ses dires, ce dernier était plus affecté, mais n'avait pas cessé de l'encourager et de la rassurer.

A propos de sa famille et sa belle-famille, elle nous informait qu'ils étaient tous choqués par la mauvaise nouvelle.

Après l'ablation, elle se sentait mieux et plus sécurisée, même si elle regrettait cette partie d'elle-même, très valorisée.

Une quinzaine de jours plus tard, elle commençait son traitement de chimiothérapie, elle nous révélait que l'arrivée de sa première cure était inoubliable, la nuit qui précédait le traitement était dur à supporter, elle ne pouvait guère dormir et posait de multiples questions à son mari « qu'est ce que une chimiothérapie, est ce que je vais guérir, ça fait mal ou pas ? », le reste des séances était plus au moins bien anticipé.

Les trois premières cures ont été mal vécues, car elle souffrait de beaucoup d'effets secondaires (maux gastriques, vomissements, nausées), qui persistaient jusqu'à 4 jours après le traitement ; ce qui l'affaiblissait. Les autres séances ont été plus au moins supportables.

Nadia était souvent accompagnée par son mari à l'établissement hospitalier pour accomplir ses cures, et parfois par son frère lorsque celui-ci travaillait.

Elle vivait ce changement dans sa vie de façon relativement normale, parfois elle se mettait à penser à son devenir, à celui de ses enfants et de son mari, à d'autre fois elle faisait ses activités ménagères, assistait aux fêtes et se faisait belle, mais elle n'oubliait jamais de

mettre une touffe du coton à la place du sein manquant avant de sortir de chez elle pour ne pas être remarqué par les autres.

Quant à sa relation conjugale antérieure, elle nous apprenait qu'elle partageait une relation normale avec son époux. Ce dernier était sévère, mais elle était souvent à sa disposition et évitait de le contrarier, dans l'ensemble ils s'entendaient bien. Les raisons de leurs disputes étaient dues d'une part au caractère difficile de son mari, une personne ordonnée et ses services devraient être rendus sur le champ, et d'autre part à sa manière de traiter ses enfants, elle nous informait que son mari était plus souple dans sa conduite avec eux.

Sa relation intime était satisfaisante, elle nous apprenait qu'elle était très dévouée à son mari depuis leur mariage.

Actuellement, son comportement a beaucoup changé, parfois elle se sentait inutile, incapable de rendre service aux membres de sa famille, ce qui l'affecte beaucoup. Le comportement de son mari a aussi changé, il s'occupait plus de la maison, des tâches ménagères et de la cuisine, comme il appelle souvent dans la journée pour s'informer de son état, il a même fêté son anniversaire, lui a offert beaucoup de cadeaux, ce geste l'a surpris « comment devenait-il ? » nous disait-elle en souriant, mais elle aurait souhaité qu'il soit ainsi avant la maladie. La communication avec lui s'est aussi améliorée, elle ressentait une immense joie à son retour à la maison, elle se mettait immédiatement à ses côtés et se confiait à lui.

Au niveau de sa relation intime, la fréquence de l'activité sexuelle a diminué. Lors des rapports, elle se sentait gênée par sa cicatrice, même si son mari faisait tout pour la rassurer.

A côté de son mari qui est devenu une très bonne source d'aide et de soutien pour elle, chacun des membres de sa famille essayait à son niveau de l'aider et de la soutenir dans cette épreuve.

Nadia souhaiterait reprendre la couture plus tard, elle estimait que la reprise l'aidera beaucoup à ne pas penser à sa maladie. Pour ce qui de sa santé, elle prie Dieu tout puissant de venir au bout de ses souffrances car elle garde toujours de l'espoir qu'elle puisse un jour guérir.

Comme elle voudrait vivre encore à côté de son mari et de ses enfants, qui ont encore besoin d'elle. Elle souhaiterait les voir grandir, de partager des moments de joie avec son époux lors de leur succès aux études et d'avoir encore plus du temps pour accomplir ce projet.

### **4.1.3. Résultats du test :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Nadia est de : 121

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Nadia jouit d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple.

### **4.2.Cas de Cherif :**

#### **4.2.1. Présentation générale du cas :**

Cherif est âgé de 50 ans, est de grande taille et d'une corpulence moyenne. C'est le benjamin de sa fratrie. Il a le niveau primaire (6<sup>ème</sup> année) et travaille comme maçon. Marié pour la deuxième fois après le décès de sa première épouse.

#### **4.2.2. Compte rendu de l'entretien :**

Notre entretien avec Cherif s'est déroulé à la 5<sup>ème</sup> séance de chimiothérapie de sa femme. Même si il était pressé de reprendre son travail, il a facilement accepté de participer à notre recherche. Lors de cet entretien, nous découvrons un homme de bonne humeur et sympathique.

A notre première question, il nous apprenait qu'il était présent lors de l'annonce de la maladie de sa femme. Malgré la conduite bienveillante du médecin, la réaction de cette dernière était vraiment douloureuse, elle était complètement effondrée.

Quant à lui, il était déjà choqué lorsque le spécialiste lui a annoncé la mauvaise nouvelle la première fois, mais la confirmation du diagnostic en présence de sa femme un jour après, était pire, il nous révélait que c'était vraiment malheureux de voir sa compagne dans cet état.

L'annonce du rendez vous de l'ablation était aussi difficile, d'un côté il avait peur de perdre sa femme, mais d'un autre côté il était pressé d'en finir pour se débarrasser de cette maladie, l'essentiel pour lui est qu'elle se rétablisse.

Au cours des séances de chimiothérapie, il ne cessait pas de chercher à en savoir plus sur cette pathologie et ses effets secondaires, à travers les expériences des autres patientes.

En évoquant l'accompagnement de sa femme aux cures de chimiothérapie, il nous disait qu'il était tout à fait disponible pour elle, et qu'il fera de son mieux pour qu'elle aille au bout de cette souffrance.

Les premières cures de traitement étaient mal anticipées par sa femme, elle ne dormait pas, souvent stressée, mais actuellement, elle est plus au moins habituée et appréhendait ses cures avec moins d'anxiété.

A propos des moments d'attente lors des séances de traitement, les premiers temps Cherif se sentait très angoissé, il n'allait nulle part, attendait à la salle et rentrait souvent pour voir sa femme, il nous disait « ihhh... ma yella sin mcaṭaren tudert ayan iyellan Iwaḥi, amma d lferḥ ney d lqerḥ » (et oui ... si deux personnes partagent une vie, ils vivent tout ensemble que ce soit du bien ou du mal).

A la fin de chaque séance, sa femme devenait faible, en rentrant à la maison elle présentait beaucoup d'effets secondaires. Quant à lui, il faisait de son mieux pour lui apporter de l'aide et la rassurer.

La vie de Cherif a subi beaucoup de changements, il faisait le ménage, il préparait les repas et prenait soin des enfants. Pendant cette période Chérif vivait avec la crainte de perdre sa partenaire, et malgré les difficultés de son métier, il essayait d'être disponible pour elle et de répondre à ses besoins.

En abordant la qualité de sa relation conjugale avant la maladie, il nous répondait avec humeur joviale « ah! Tgerrez aṭas, wellah ar neseedda isggasen i yelhan s w-aṭas » (Ah! Elle était de très bonne qualité, on a passé de très bons moments ensemble).



Il s'entendait très bien avec sa femme, les difficultés rencontrées dans leur vie de couple étaient au tour de l'éducation des enfants, il ne voulait pas que celle-ci les traitaient mal, car seule la tendresse leur permettra d'emprunter la bonne voie. Cependant ces difficultés ne sont que transitoires, il nous avouait que c'était souvent sa femme qui faisait le premier pas après chaque dispute.

Quant à la relation intime, il la qualifiait de très bonne, sa femme était toute dévouée, lui aussi la respectait et répondait à ses désirs.

Après la découverte de la maladie, sa femme est devenue plus faible, plus vulnérable, il nous apprenait avec tristesse « ul-is yerrez ihi tewwi-yi yides » (elle est profondément blessée et je le suis). Sa relation intime a également changé, quand sa femme se sentait fatiguée, et dormait avec ses enfants, il était compréhensif, ne la dérangeait jamais jusqu'à ce qu'elle se sente mieux et reprenne sa place à ses côtés. Malgré que la fréquence des rapports a baissé, ils partageait souvent une bonne relation.

Cherif était souvent disponible pour sa femme, il l'écoutait à tout moment, mais il ne lui parlait jamais de ses difficultés et ses craintes.

Il espère toujours des jours meilleurs, il prie Dieu qu'elle guérisse au moins pour que ses enfants puissent grandir en paix car il a déjà vécu des difficultés après la perte de sa première épouse. Il nous rajoutait, tristement, que cette maladie était l'ennemi de l'être humain c'est pourquoi il a préféré l'expliquer à ses enfants pour les préparer au mieux et leur éviter un traumatisme en cas où l'état de sa femme s'aggrave.

Son souhait le plus cher, est que sa femme puisse vivre plus du temps avec eux pour continuer ensemble à réaliser leurs projets.

### **4.2.3. Résultat du test de satisfaction :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Cherif au test est de : 122

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Cherif jouit d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple.

## Couple n°5 : Amel et Djamel

### 5.1. Cas d'AMEL

#### 5.1.1. Présentation générale du cas :

Amel est une femme âgée de 40 ans, de grande taille, belle et souriante. Elle est la cadette de sa fratrie, d'un niveau d'étude secondaire. Elle est femme au foyer, mais exerce quelques activités de rendement à la maison. Amel est mariée depuis 20 ans, mère de deux enfants (une fille et un garçon). Elle est atteinte d'un cancer du sein depuis presque un an. Cinq mois se sont écoulés depuis l'ablation de son sein gauche.

#### 5.1.2. Compte rendu de l'entretien :

Nous nous sommes entretenus avec Amel après sa cinquième cure de chimiothérapie. Elle était contente de participer à notre recherche, elle nous affirmait qu'elle avait vraiment besoin d'extérioriser ce qu'elle vivait depuis le début de sa maladie.

Amel a découvert un nodule au niveau de son sein gauche depuis 12 ans, mais elle l'avait totalement ignoré. Alors qu'elle était chez ses parents suite à un désaccord avec son époux, un jour elle se confia à sa sœur, celle-ci toucha immédiatement son sein et insista qu'elle consulte un médecin. Le lendemain, en consultant un gynécologue avec elle, il lui demanda d'effectuer une mammographie le plus vite possible.

Le médecin lui a annoncé directement qu'elle avait une tumeur, c'était un vrai choc. Elle nous disait que le cancer n'était pas du tout pour elle. Elle a couru derrière le radiologue nue, agitée, désorientée, et criait en lui disant comment cela est arrivé ?

Le lendemain, elle décida de revoir le médecin avec son mari, qui rentrait de mission. Il leur a expliqué avec délicatesse qu'une ablation du sein est évidemment nécessaire afin d'éviter une récurrence. Elle nous disait, qu'elle était choquée et pleurait par peur de l'intervention.

A ce moment-là, son mari qui devait l'encourager, pleurait sans cesse ; heureusement, qu'il y avait sa sœur à ses côtés qui a pu le calmer.

Sa famille, sa belle-famille et ses enfants étaient bouleversés face à cette mauvaise nouvelle.

Malgré toutes ces confirmations, Amel avait toujours l'espoir que ce soit un kyste, mais le chirurgien lui a confirmé brusquement que c'était un cancer et qu'elle devait être opérée immédiatement, ce qui l'a totalement découragée.

Après l'intervention, elle se sentait plus en sécurité, elle ne voyait plus cette ablation comme une difformité ; le plus important pour elle était qu'elle se maintienne en vie.

La première séance de chimiothérapie était éprouvante, car elle s'est mal préparée. Elle se demandait de quoi il s'agissait et de ce qui l'attendait dans cet endroit inconnu. Son mari essayait de la calmer, mais comme elle ne cessait pas de parler, il l'a contrarié en lui disant qu'elle allait mourir et que c'était un traitement trop dur à supporter, ce qui l'a angoissée davantage.

Amel a très mal vécu son traitement. Elle a souffert de beaucoup d'effets secondaires. Elle nous a appris qu'elle n'était jamais malade avant et n'a jamais consulté un médecin que pour ses grossesses, c'est pourquoi son état actuel lui paraissait bizarre et difficile. Elle attendait avec impatience la fin de ce traitement et l'annonce des résultats.

Pendant ce traitement, elle était souvent accompagnée par son mari, mais elle aurait préféré être en compagnie d'une autre personne, car ce dernier était impulsif et parfois hostile envers elle, même au sein du service et en présence du personnel soignant.

Elle vivait ce changement dans sa vie avec courage et essayait de surmonter cette épreuve pour retrouver sa vie d'avant. En dépit des douleurs causées par cette maladie, elle faisait ses activités ménagères, se faisait belle et assistait aux fêtes comme avant, pour que les gens n'aient pas pitié d'elle. Elle disait qu'elle est comme tout le monde et rien ne lui manquait.

En abordant la qualité de sa relation conjugale avant la maladie, elle nous disait qu'au début tout se passait bien, mais depuis 5 ans, beaucoup de problèmes ont survécu, suite à un désaccord avec sa famille.

Elle ne s'entendait pas avec son mari. Si elle l'a supporté pendant des années et travaillait dur (préparait des gâteaux, du couscous pour les gens, faisait du crochet) c'était plus pour nourrir ses enfants. Ses parents l'ont aussi aidée car son mari ne travaillait pas encore.

Elle passait plus du temps chez ses parents que chez elle, car ce dernier consommait de la drogue, elle était aussi objet de maltraitance ainsi que ses enfants, mais les choses se sont empirées ensuite, à cause d'un autre malentendu familial, au point que celui-ci lui a interdit de rendre visite à sa famille. Elle nous rajoutait qu'ils ont repris ensemble juste parce qu'elle était malade.

Quant à sa relation intime avant la maladie, elle disait qu'elle évitait souvent son mari, elle passait ses nuits à préparer des gâteaux à vendre, rien que pour ne pas entrer dans sa chambre. Selon ses dires « ulac ilkel lebyi yer yur-s, ieelliyi ccer, yar læbd » (j'en ai pas d'envie envers lui, il m'a fait du mal, mauvais être).

Depuis la découverte de sa maladie, Amel avait remarqué quelques changements de la part de son mari. De temps à autre, il l'aidait à la maison et devenait gentil, mais lorsqu'elle se sentait fatiguée et ne pouvait satisfaire ses désirs, il s'énervait et quittait la maison, ce qui l'arrangeait car elle ne le supportait plus et prétextait souvent de sa maladie pour l'éviter.

Amel n'était ni écouté ni soutenu par son mari, quand elle lui parlait de ses difficultés, il lui répondait qu'il était aussi malade. Ces propos l'affectait beaucoup, heureusement qu'il y avait ses sœurs à ses côtés.

Elle était soutenue beaucoup plus par ses enfants qui sont devenus plus attentionnés à son égard, sa famille et ses voisins qui lui rendent souvent visite même les femmes, qui avaient déjà vécu la même expérience, venaient la rassurer et l'encourager.

Concernant ses occupations à cette période, Amel passait son temps à lire le coran, à regarder la télévision et parfois, elle sortait avec ses enfants.

Elle anticipait très bien la reprise des activités à la maison, mais elle nous disait avec tristesse qu'elle ne pourrait pas faire le crochet comme avant à cause de la douleur à son bras, mais une fois qu'elle se rétablira, elle reprendra ses activités.

Pour ce qui est de l'avenir de sa santé, parfois elle pense qu'elle va guérir et souhaite faire une prothèse, à d'autres fois, elle perd espoir.

Quant à sa relation conjugale, elle nous répondait « off, d anecta-gi akk i yeqelqen, lammer urseyi dderya, warġin ad uqaley ħur-s » (off, c'est ce qui me dérange le plus, si je n'avais d'enfants, je ne reprendrais jamais avec lui).

### **5.1.3. Résultat du test de satisfaction conjugale :**

#### **a) Le total des points obtenus au test :**

Le total des points obtenus par Amel au test est de : 47 points.

#### **b) Interprétation :**

D'après ces résultats obtenus, Amel a des problèmes de couple très sérieux à moins de les régler.

## **5.2. Cas de DJAMEL :**

### **5.2.1. Présentation générale du cas :**

Djamel est âgé de 42 ans, est de grande taille et chétif, occupe le troisième rang de sa fratrie. Il a le niveau secondaire (3<sup>ème</sup>), travaille comme agent de sécurité.

### **5.2.2. Compte rendu de l'entretien :**

Nous avons effectué deux entretiens avec Djamel, lors du premier qui s'est déroulé à la quatrième séance de chimiothérapie de sa femme il était agité et pressé ce qui nous a pas permet d'aborder tous les axes de l'entretien, et pour cela nous avons organisé une deuxième rencontre (à la 5<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie) avec lui afin de compléter l'entretien.

A notre première question, il nous apprenait qu'il n'était pas présent lors de l'annonce de la maladie, et n'était même pas au courant que sa femme allait consulter un médecin, car celle-ci était chez ses parents depuis 10 mois, suite à un désaccord entre eux.

Quant à sa réaction, il était informé par sa femme au téléphone, juste après l'annonce du radiologue. Il était choqué, pleurait et lui disait « aqlin yidem ħer tagara » (je suis avec toi jusqu'à la fin) et a décidé de rentrer tout de suite de sa mission.

A son arrivée, il a accompagné sa femme chez le médecin, celle-ci était totalement désorientée, pleurait sans cesse, mais lui la rassurait et faisait tout son possible pour la calmer.

Quelques semaines après l'intervention, sa femme commençait sa chimiothérapie. Djamel était plus rassuré par rapport à son état de santé, il n'a pas eu d'informations à l'hôpital à propos des cures de chimiothérapie, mais il a cherché à en savoir plus. Il était disponible et accompagnait sa femme à ses traitements jusqu'à la fin du suivi.

Sa femme a mal anticipé l'arrivée des séances de traitement. La veille de la première cure de chimiothérapie, elle avait peur, avait une insomnie et n'a pas cessé de parler de la maladie.

De son côté, il essayait de la soulager, mais en vain, selon ses dires «tetcufu iman-is umbaed atetçterteq, lukan ad afey ad dmey akursi atutey seg-s, acku tulawin hadrent atas» (elle prend des airs et parle pour ne rien dire, je pourrais prendre une chaise et la fracasser sur sa tête, parce que les femmes sont bavardes).

Lors des moments d'attente, il ne s'inquiétait pas. A la fin de chaque séance de traitement, sa femme se sentait mal, très faible, et lui faisait pitié.

En évoquant la question du changement qui s'est produit dans sa vie après l'annonce, il nous apprenait qu'il vivait normalement, car il avait déjà vécu des moments pareils, le cancer est une maladie comme toutes les autres. Sa femme ne l'avait jamais aidé lorsqu'il était malade, contrairement à lui qui intervient actuellement même dans les tâches ménagères. Il nous disait que derrière son apparence hostile, se cache de la tendresse et de la bonté.

Sa relation avec sa femme avant la maladie n'était pas de bonne qualité, il était en désaccord avec elle suite à des conflits familiaux. Il lui avait interdit de rendre visite à sa famille, ce que celle-ci n'a pas accepté. De ce fait, elle l'avait quitté et avait entamé une procédure du divorce, en l'accusant de maltraitance.

Quant à sa relation intime, il a passé des moments inoubliables avec sa femme, mais ce n'est plus le cas depuis cinq ans.

Depuis la découverte de la maladie, la situation s'est empirée. Sa femme est revenue, et elle est devenue vulnérable et faible. Il nous disait qu'il était fatigué et ce n'était pas du tout

facile de prendre cette responsabilité, mais il n'a pas de choix, il doit la prendre en charge à cause de leurs enfants. Il était trop affecté lorsqu'elle a osé demander le divorce et il ne lui pardonnera jamais ce fait.

Actuellement, il évite toute communication avec elle, il souffre, mais il préfère se taire, mieux que de parler de cette maladie et de ses problèmes.

Cette atteinte a affecté sensiblement leur relation intime; selon ses dires « dacu ara trajud deg umudin? » (qu'est-ce que tu peux attendre d'un malade?). D'ailleurs « ulac lebyi yer yur-s, ad semhey deg-s s shala » ( j'en ai plus d'attirance envers elle, je peux la quitter, tout simplement).

Néanmoins, il a toujours l'espoir que sa femme guérisse, à condition qu'elle prenne soin d'elle.

Quant à sa relation de couple, il nous a révélé que la décision finale revient à sa femme. Si elle veut continuer à partager sa vie avec lui, il faudra qu'elle accepte ses conditions. Dans le cas inverse, il optera pour le divorce une fois qu'elle aura terminé sa chimiothérapie.

### **5.2.3. Résultats du test de satisfaction conjugale:**

#### **a) Le total des points obtenus au test:**

Le total des points obtenus par Djamel est de:31

#### **b) Interprétation:**

D'après ces résultats obtenus, Djamel a des problèmes de couple très sérieux, à moins de les régler.

## 2. Synthèse des résultats :

Notre population de recherche est composée de cinq couples âgés de vingt neuf (29) ans à quarante huit (48) ans pour les femmes, et de trente trois (33) ans à cinquante (50) ans pour les hommes. Le niveau d'instruction des femmes est variable, LILA est d'un niveau primaire, AMEL et LINDA ont un niveau moyen, NABILA a atteint le niveau secondaire, quant à NADIA est une femme illettrée. La majorité des conjoints sont d'un niveau d'instruction primaire, à part DJAMEL qui est d'un niveau moyen et IDRIS qui est d'un niveau secondaire.

Les patientes sont des femmes au foyer, mais qui exercent des activités de rendement à l'intérieur du foyer, la plus fréquente est celle de la couture.

La durée de la vie maritale chez les couples examinés est variable, allant de quinze (15) ans à vingt sept (27) ans, à l'exception du couple (NABILA et NASSIM), qui sont ensemble depuis seulement sept (7) ans. Nous soulignons que tous ces couples ont des enfants.

Les circonstances de la découverte de la maladie, plus précisément d'un nodule indolore à la glande mammaire étaient fortuites, en conséquence d'un geste instinctif dans le cas LINDA et NABILA, mais dans le cas LILA et AMEL, elles l'avaient remarqué depuis des années, mais elles refusaient d'aller consulter. Quant à NADIA, elle ne s'y rendu compte qu'après une symptomatologie manifeste.

L'annonce du diagnostic était souvent difficile pour les médecins ; certains prenaient le temps de préparer le sujet avant de l'informer de la réalité de sa maladie, alors que d'autres préféraient la voie directe tel est le cas pour AMEL, LINDA et NABILA, qui ont reçu leur diagnostic de façon brusque.

Cette annonce était choquante et imprévue, un moment accompagné par un effroi, un désarroi, une grande tristesse et parfois une perte de connaissance. Majoritairement, les femmes nous disaient qu'elles étaient confrontées à leur propre finitude, qu'elles n'étaient pas à l'abri de cette maladie comme elles le croyaient. Elles réagissent souvent par des crises de larmes, agitation et dénégation de la maladie, et éprouvaient parfois même un sentiment d'injustice.



En ce qui concerne l'annonce de l'ablation du sein, elle était aussi bouleversante et dur à accepter par les femmes, mais la gravité de la maladie et son caractère prolifératif les mettaient en revanche, devant un choix très pénible ; celui de la perte de ce symbole de la féminité et de la sexualité ou la perte de leur propre existence, de ce fait la plupart d'entre elles ont préféré se débarrasser de cette menace.

La plupart d'entre elles étaient informées de la maladie en présence de leurs conjoints respectifs, à part AMEL qui était confrontée à cette annonce en son absence.

Face à cette situation, les conjoints ont réagi différemment, certains ont pu se maîtriser tel est le cas pour CHERIF, IDRIS et NASSIM, d'autres se sont effondrés (KARIM et DJAMEL), mais cela n'a pas empêché la plupart d'entre eux de soutenir et de rassurer leurs partenaires à ce moment critique, que ce soit avec des paroles ou des gestes d'affection.

L'état de santé des femmes après l'ablation était relativement plus rassurant, malgré qu'elles regrettaient la perte de cette partie importante de soi même, cet organe érotique, symbole de la féminité et de la sexualité.

L'arrivée de la première cure de chimiothérapie était mal anticipée par la majorité des femmes. Une situation qualifiée souvent d'inconnue, et qui a généré un stress permanent chez elles. Cela s'est exprimé à travers quelques symptômes comme le plus souvent, un manque d'appétit et une insomnie, à l'exception de NABILA, qui n'était stressée au départ à cause de son ignorance de la nature du traitement qu'elle allait subir, mais qui s'est vite déstabilisée à son arrivée au service des cancéreux.

Le vécu du traitement adjuvant était pénible pour la plupart d'entre elles, avec une intensité et une durée variable d'un cas à l'autre, les effets secondaires ont été observés notamment chez NADIA, LILA, AMEL et NABILA, sous forme de vomissements, nausées, asthénie aphtes et anorexie, seule LINDA avait présenté pu d'effets secondaires suite au traitement.

Les femmes étaient souvent accompagnées par leurs conjoints, ce qui les avait beaucoup encouragées et aidées à accomplir leurs cures, à part AMEL qui aurait souhaité être accompagné par une autre personne que son mari, car le comportement de ce dernier la perturbait davantage.

La majorité des femmes ont tenté de s'adapter à ce changement brutal dans leur vie ; chacune selon ses capacités et le soutien qu'elle reçoit de son entourage. Les premiers temps suivant le diagnostic et l'ablation étaient très stressant, accompagnés d'une détresse émotionnelle. Cependant, la majorité d'entre elles ont pu relativement assimiler les changements et réaménager leur mode de vie. Certaines d'entre elles (NADIA, LILA, AMEL et NABILA) continuaient à assurer leurs activités au sein du foyer, s'occupaient de leur apparence et consacraient du temps pour les loisirs, elles nous paraissaient résilientes face à cette épreuve.

La relation conjugale telle qu'elle est décrite par la plupart des femmes avant la maladie, était de bonne qualité, caractérisée par une bonne entente, un respect et une préoccupation mutuelle, excepté quelques disputes au sein de couple, c'était souvent la compréhension et le bonheur qui régnaient dans leur foyer. Seul le cas d'AMEL vivait une mésentente conjugale antérieure et qui était en voie de divorce.

La majorité d'entre elles jouissaient également d'une bonne relation intime avant la maladie, NADIA, LILA, LINDA et NABILA étaient satisfaites sur ce plan, à l'exception d'AMEL qui consacrait plus du temps pour le bien être de ses enfants.

A la survenue de la maladie cancéreuse, les femmes avaient presque des réactions similaires aussi bien sur le plan subjectif que comportemental. Le sentiment de perte a été exprimé par la majorité d'entre elles, à l'exception d'AMEL qui ne considérait pas cette ablation comme un handicap. Elles sont devenues aussi très sensibles, vulnérables, allant parfois jusqu'à un sentiment d'inutilité.

Le comportement des conjoints a aussi changé, ces derniers sont devenus plus attentionnés, rassurants, plus proches et disponibles pour leurs épouses. La famille était aussi d'un grand soutien pour la plus part des femmes.

Plusieurs études comme celle réalisée par **Y. LIBERT** et **I. MERCKAERT**, ont déjà mis l'accent sur le rôle du soutien marital comme la première source de soutien des patients cancéreux vivant en couple.<sup>1</sup>

Les relations intimes n'étaient pas à l'abri de ces changements. Le sentiment de honte a été exprimé par la plupart des femmes au moment des relations sexuelles, mais cela n'a pas empêché certaines d'entre elles (**NADIA**, **LILA**, **LINDA** et **NABILA**) d'éprouver encore du plaisir et de la satisfaction lors de cette activité.

Cette atteinte a été vécue paradoxalement, d'une part, les femmes sont convaincues que c'est une maladie très grave à la quelle elles ne pourront pas s'échapper, d'autre part elles espèrent pouvoir vivre encore, la grande foi dont elles ont fait preuve, leur a permis de résister à cette grande épreuve.

Pour l'avenir de la relation conjugale, la quasi-totalité espéraient pouvoir la préserver et réaliser encore d'autres projets avec leurs époux. Quant à **AMEL**, sa décision vis-à-vis de sa relation n'était pas encore claire, mais elle préfère se séparer de son mari vu les difficultés rencontrées.

Concernant les conjoints, l'annonce de la mauvaise nouvelle a provoqué un bouleversement et une sidération chez la plupart d'entre eux.

Malgré la situation offensante dans laquelle ils se retrouvaient, ces derniers ont pu reprendre leur courage et rassurer leurs femmes.

Lors des séances de traitement, ils accompagnaient souvent leurs femmes à l'établissement hospitalier. Pour la majorité d'entre eux, ces moments d'attente étaient vécus avec inquiétude, ce qui les incitait à se déplacer plusieurs fois vers la salle des soins pour s'assurer de l'état de leur épouses, à l'exception de **DJAMEL**, qui nous déclarait qu'il y'avait pas de quoi s'inquiéter alors qu'elle prenait un traitement.

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

---

<sup>1</sup> SEGRESTAN-CROUZET (C), Évolution et différence dans l'ajustement des couples au cancer du sein, Thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de RASCALE (N), l'université de Bordeaux 2, 2010, p45.

Dans la vie quotidienne, la plupart d'entre eux, vivaient cette épreuve avec la crainte de perdre leurs épouses.

**C. REYNAERT et Y. LIBERT**, insistent sur le fait que «le diagnostic d'un cancer réveille toujours chez le conjoint des angoisses d'incertitude, de mort de risque de perte et de séparation ».<sup>1</sup>

Cependant, ces derniers sont devenus plus attentionnés, rassurants et encourageants. **CHERIF, IDRIS, KARIM et NASSIM** étaient disponibles pour leurs épouses, ils s'occupent des tâches ménagères et veillaient souvent au bien être de ces dernières.

Une étude faite par **A. HARROW**, a déjà montré que les conjoints de patientes traitées pour un cancer du sein font tout leur possible pour soutenir leur compagne dans cette épreuve et maintenir la stabilité dans leur couple. Ils tentent de minimiser l'impact du cancer du sein en apportant à leur compagne soutien émotionnel et matériel et en se montrant positifs et soutenant alors que cela est parfois difficile pour eux.<sup>2</sup>

La plupart d'entre eux, étaient aussi une source d'écoute efficace pour leurs épouses, mais ils n'exprimaient guère leurs difficultés face à la maladie de celles-ci.

Selon **C.G. BLANCHARD et R.W. TOSELAND**, les conjoints vivent avec la crainte de discuter ouvertement des inquiétudes et des problèmes à propos de la maladie de leur partenaire. Il peut arriver que le conjoint hésite à parler de ce qu'il vit pour ne pas inquiéter l'autre.<sup>3</sup>

La majorité des conjoints, nous ont déclaré avoir eu une relation conjugale de bonne qualité avant la maladie, caractérisée par une compréhension mutuelle, une confiance l'un à l'égard de l'autre et un soutien réciproque, à l'exception de **DJAMEL** qui vivait de grands conflits avec sa partenaire.

Sur le plan intime, le même discours a été tenu par ces derniers, mais la survenue de la maladie a entraîné des changements chez leurs femmes, devenant vulnérables et stressées. L'activité sexuelle n'en était pas épargnée, la majorité des conjoints nous ont affirmé que la

<sup>1</sup> SERGESTAN-CROUZET (C), op. cit, p45.

<sup>2</sup> Ibid., p 84.

<sup>3</sup> LYSON (M), L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein, mémoire de maîtrise en psychologie, l'université du Québec à Trois-Rivières, 2001, p 9.

fréquence des rapports sexuels a baissée, mais elle reste toujours préservée. Ils désiraient toujours leurs femmes et ne manifestaient pas de sentiment d'étrangeté face à ce sein en moins ni à leur alopecie, au contraire ils leurs demandaient souvent de montrer cette partie cachée. Quant à DJAMEL sa relation intime a été affectée, voire même absente, mais cela n'avait pas d'importance pour lui du moment qu'il ne désirait plus son épouse.

La quasi-totalité des conjoints ont l'espoir que leurs femmes guérissent, à l'exception de CHERIF, malgré son grand souhait, il est convaincu de la gravité de cette maladie, qu'il qualifiait de l'ennemi de l'être humain.

Ces derniers souhaitent réaliser d'autres projets avec leurs épouses, à l'exception de DJAMEL qui espérait mettre fin à sa relation.

A partir des données précédentes, nous concluons que la maladie cancéreuse est une atteinte certes du sujet malade, mais également du conjoint, on peut parler d'un traumatisme qui surgit au sein de couple. Les deux membres du couple s'engagent pour affronter l'épreuve survenue dans leur vie, de l'annonce du diagnostic jusqu'au traitement, la patiente et son conjoint font face à des angoisses et des difficultés épuisantes.

D'après les résultats des entretiens, nous remarquons que la plus part des couples ont pu préserver la qualité de leur relation conjugale antérieure, c'est-à-dire les couples qui avaient une relation de bonne qualité auparavant se rapprochaient davantage après l'atteinte cancéreuse, et ceux dont la relation antérieure a été marquée par des conflits, la survenue du cancer a desserré encore le lien existant entre eux.

Quant aux résultats obtenus au test, nous avons constaté que les données des entretiens et ceux du test de satisfaction conjugale se concordaient, les couples qui avaient qualifié leur relation conjugale de satisfaisante au test, nous l'ont décrite positivement lors de l'entretien, alors que ceux qui l'ont qualifiée d'insatisfaisante au test, étaient ceux qui nous ont exprimé leurs difficultés a ce niveau, pendant l'entretien.

Les résultats de notre étude confirment ceux qui ont été apportés par d'autres études. Ces dernières nous ont démontré que le cancer peut mener au sein du couple, à une augmentation de l'intimité, une amélioration de la communication et un renforcement des liens. Comme il peut aussi mener à une tension au sein du couple, cependant, le cancer ne devrait pas être considéré comme une cause de séparation, mais plutôt comme un facteur susceptible d'exacerber les conflits déjà existant au sein d'une relation puisque dans plusieurs cas, les ruptures semblent survenir chez les couples qui avaient déjà des difficultés conjugales avant le diagnostic.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> LYSON (M), L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein, mémoire de maîtrise en psychologie, L'université du Québec À Trois-Rivières, 2001, p 15-16.

# Conclusion générale

## Conclusion générale :

Quand l'ouragan cancer s'abat sur la femme, son partenaire se trouve aussi dans cette bourrasque, l'annonce de cette maladie les projette souvent dans la crainte, l'un redoute sa mort, l'autre la perte du malade. C'est donc une atteinte qui bouleverse la vie familiale et en particulier la relation conjugale.

Tous les deux doivent faire face à un stress profond, associé à des changements dans la vie. La patiente est confrontée à un grand bouleversement émotionnel, à une vulnérabilité et à une incertitude de son destin et de son avenir, de nouvelles préoccupations concrètes vont être au seuil, telle que l'organisation familiale et le réaménagement des rôles ou encore les finances, sous cet angle le conjoint est dans une situation qui exige de lui de doubler ses responsabilités au sein de sa famille surtout lorsqu'il y a des enfants.

Et puis, il y a l'intimité, d'un point de vue médical tout peut continuer comme avant, mais les sentiments vis-à-vis de la sexualité changent. Après la mastectomie, il faut du courage pour regarder sa cicatrice, le sein est un symbole toutefois de féminité, de la sexualité et de la maternité pour la femme. Après l'ablation qui peut être une cause de fuir à toute intimité, les cures chimiothérapeutiques venaient épuiser la femme par les effets secondaires, ce qui est susceptible de reléguer la sexualité au second plan. La femme a besoin de beaucoup de chaleur pour qu'elle puisse surmonter cette épreuve ; la présence, l'attention, la patience et la compréhension du conjoint sont une source majeure du soutien.

Le cancer du sein pourrait donc causer suffisamment de tensions pour détruire une relation conjugale, mais cela dépendra grandement de la qualité des relations antérieures du couple et bien d'autres facteurs.

L'objectif de notre recherche est de décrire la qualité de la relation conjugale chez les couples dont la femme est mammectomisée.

Notre pratique s'est déroulée au niveau de l'établissement hospitalier d'Amizour, cela a duré six (06) mois.

Nous avons opté pour la méthode descriptive dans le but de décrire la qualité de la relation conjugale chez les couples dont la femme est mammectomisée suite à l'atteinte cancéreuse.



# Conclusion générale

---

Nous avons utilisé deux techniques de recherche, principalement, l'entretien semi directif qui nous a permis de recueillir des informations concernant le vécu de la maladie et de la relation de couple avant et après l'atteinte cancéreuse, et le test de satisfaction conjugale **Locke-Wallace** comme un support qui vient compléter les données de ce dernier.

A partir des résultats obtenus aux entretiens, nous avons constaté que les couples examinés préservent la qualité de leur relation conjugale, c'est-à-dire que ceux qui partageaient une relation conjugale de bonne qualité auparavant se rapprochaient plus, leur relation semble être renforcée après être confronté à cette épreuve et ceux qui vivaient une mésentente conjugale avant la mammectomie présentaient plus de difficultés et préféraient plutôt de se séparer.

Les résultats obtenus au test de la satisfaction conjugale viennent corroborer ceux obtenus aux entretiens. Les couples qualifiés comme ayant une relation conjugale de bonne qualité ont des scores élevés à cent (100) points dans ce test, ces couples jouissent donc d'une bonne ou d'une très bonne relation conjugale. En revanche, ceux qui étaient en difficulté ont eu un score de moins de 80 points, ce qui indique que leurs problèmes sont très sérieux, à moins de les traiter conjointement.

Ainsi on peut dire que nos hypothèses de travail sont confirmées, mais ne peuvent être généralisées.

# Annexes

# Les résultats du test de satisfaction conjugale

## Couple n°1 : NABILA et NASSIM

### 1.1. Cas de NABILA :

1. Encerchez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	X					
3. Loisirs	X					
4. Marques d'affection	X					
5. Amis, Ami(e)s			X			
6. Relations sexuelles	X					
7. Conventions sociales						

(bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	×					
8. Philosophie de la vie	×					
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu
- d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

## 1.2. Cas de NASSIM :

1. Encerclez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	<input checked="" type="radio"/> 35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccor	Souvent en désaccor	Presque toujours en	Toujours en
--	-------------------	---------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------

			d	d	désaccord	désaccor d
2. Organisation du budget familial	×					
3. Loisirs		×				
4. Marques d'affection	×					
5. Amis, Ami(e)s	×					
6. Relations sexuelles	×					
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	×					
8. Philosophie de la vie	×					
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a)  c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

11. Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

a) toutes

b) quelques-unes

c) très peu

d) aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

a) des activités à l'extérieur ?

b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

## Couple n°2 : LILA et IDRIS

### 2.1. Cas de LILA :

1. Encercler sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

**2 à 9.** Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	X					
3. Loisirs		X				
4. Marques d'affection	X					
5. Amis, Ami(e)s	X					
6. Relations sexuelles	X					
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	X					
8. Philosophie de la vie		X				
9. Relations avec la belle-famille	X					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.



**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu
- d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment.
- b) occasionnellement.
- c) rarement.
- d) jamais.

**14.** Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

**15.** Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours.

## 2.2. Cas d'IDRIS :

1. Encerchez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial		X				
3. Loisirs		X				
4. Marques d'affection	X					
5. Amis, Ami(e)s		X				
6. Relations sexuelles		X				
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)		X				

8. Philosophie de la vie			×			
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu
- d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment.
- b) occasionnellement.
- c) rarement.
- d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

### Couple n° 3 : LINDA et KARIM

#### 3.1. Cas de LINDA :

1. Encercler sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	<input checked="" type="radio"/> 35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
--	-------------------	---------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	-----------------------

2. Organisation du budget familial		×				
3. Loisirs	×					
4. Marques d'affection	×					
5. Amis, Ami(e)s	×					
6. Relations sexuelles		×				
7. Convention s sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)		×				
8. Philosophie de la vie		×				
9. Relations avec la belle- famille						×

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu
- d) aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment.
- b) occasionnellement.
- c) rarement.
- d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours.

### 3.2. Cas de KARIM :

1. Encerclez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	<input checked="" type="radio"/> 35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

**2 à 9.** Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	X					
3. Loisirs		X				
4. Marques d'affection	X					
5. Amis, Ami(e)s	X					
6. Relations sexuelles		X				
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)		X				
8. Philosophie de la vie		X				
9. Relations avec la belle-famille					X	

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a)  c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

11. Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

a) toutes

b) quelques-unes

c) très peu

d) aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

a) des activités à l'extérieur ?

b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

## Couple n°4 : NADIA et CHERIF

### 4.1. Cas de NADIA :

1. Encerlez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.



0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

**2 à 9.** Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	×					
3. Loisirs		×				
4. Marques d'affection	×					
5. Amis, Ami(e)s		×				
6. Relations sexuelles		×				
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)		×				
8. Philosophie de la vie		×				
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède.  
c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes
- c) très peu

d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

a) des activités à l'extérieur ?

b) rester à la maison

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

**14.** Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

**15.** Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

#### 4.2. Cas de CHERIF :

1. Encerchez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	X					
3. Loisirs		X				
4. Marques d'affection		X				
5. Amis, Ami(e)s		X				
6. Relations sexuelles	X					
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)		X				

8. Philosophie de la vie		×				
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

a) c'est le mari qui cède

b) c'est la femme qui cède

c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

a) toutes

b) quelques-unes

c) très peu

d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

a) des activités à l'extérieur ?

b) rester à la maison ?

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours.

### Couple n°5 : AMEL et DJAMEL

#### 5.1. Cas d'AMEL :

1. Encerchez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	<input checked="" type="radio"/> 7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget				X		

familial						
3. Loisirs				×		
4. Marques d'affection				×		
5. Amis, Ami(e)s				×		
6. Relations sexuelles				×		
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)				×		
8. Philosophie de la vie				×		
9. Relations avec la belle-famille	×					

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède  
 b) c'est la femme qui cède

c) vous arrivez à établir un compromis.

**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes  
b) quelques-unes  
 c) très peu  
d) aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment.
- b) occasionnellement.
- c) rarement.
- d) jamais.

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours.

## 5.2. Cas de DJAMEL :

1. Encerclez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur qui vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	<input checked="" type="radio"/> 7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

**2 à 9.** Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial		×				
3. Loisirs			×			
4. Marques d'affection				×		
5. Amis, Ami(e)s			×			
6. Relations sexuelles					×	
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)				×		
8. Philosophie de la vie				×		
9. Relations avec la belle-famille						×

- Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

**10.** Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis.



**11.** Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

a) toutes

b) quelques-unes

c) très peu

d) aucune

**12.** Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

a) des activités à l'extérieur ?

b) rester à la maison ?

**13.** Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

a) fréquemment.

b) occasionnellement.

c) rarement.

d) jamais.

**14.** Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

a) épouser la même personne ?

b) épouser une autre personne ?

c) ne pas vous marier ?

**15.** Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

a) presque jamais

b) rarement

c) très souvent

d) toujours.

# Bibliographie

# Liste Bibliographique

## 1. Ouvrage :

1. ALEXANDRE (J), Cancérologie Hématologie, Paris, Masson, 2011.
2. AREZKI (D), Sens et non sens de la famille algérienne, Pais, Publisud, 2004.
3. ASSOUN (P.L), Psychanalyse, Paris, Quadrige, 2007.
4. BACQUÉ (M.F), BAILLET (F), La force du lien face au cancer, Paris, Odile Jacob, 2009.
5. BACQUÉ (M. F), Annoncer un cancer : diagnostic, traitement, rémission, rechute, guérison, abstention, Paris, Springer, 2011.
6. BANDURA(A), Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, Paris, De Boeck, 2003.
7. BATES (B), Guide de l'examen clinique, Paris, Arnette, 2010.
8. BEN SOUSSAN (P), DUDOIT (E), Les souffrances psychologiques des malades du cancer : Comment les reconnaître, comment les traiter ?, Paris, Springer, 2009.
9. BENZIDANE (N), Cancer du sein « Diagnostic et Traitement », Alger, Office des publications universitaires, 2004.
10. BERREBI (W), Diagnostic et thérapeutique, Paris, Estem, 2005.
11. BIOY(A), FOUQUES(D), Manuel de psychologie du soin, Paris, Bréal, p.161
12. BOURNE(J), Manuel du phobique et de l'anxieux, Paris, Eyrolles, 2011.
13. BROWN(Z), FREEMAN(H), Le cancer du sein, Paris, EDP science, 2008.
14. BRUILLON (V), MAJESTE (M), Le sein : images, représentations, Paris, L'Harmattan, 1996.
15. CASTAREDE (M.F), Introduction à la psychologie clinique, Paris, Belin, 2003.

16. CHÉNÉ (P-A), Sophrologie : champs d'application, Paris, Ellébore, 1999.
17. COLSON (M-H), La sexualité féminine, Paris, Le Cavalier Bleu, 2003
18. DALY SCHVEITZER(N) et al, Cancérologie clinique, Paris, Masson, 2003.
19. DELEHEDDE (M), Que sait-on du cancer?, Paris, Ed science, 2006.
20. ERALDI FINOT (P), De l'autre côté de la barrière, Paris, Société des écrivains, 2012.
21. FERRERI (M), NUSS (PH), La dépression au féminin, Paris, john libbey eurotext, 2003.
22. FISCHER (G-N), La psychologie du cancer : un autre regard sur la maladie et la guérison, Paris, Odile Jacob, 2013.
23. GODEFROID(J), Psychologie science humaine et science cognitive, Bruxelles, De Boeck, 2008.
24. GROS (D), Cancer du sein entre raison et sentiment, Paris, Springer, 2009.
25. GUILLAUME (J-F), Aventuriers solitaires en quête d'utopie : les formes contemporaines de l'engagement, Québec, Ulg, 2005.
26. HANSENNE (M), La psychologie de la personnalité, Bruxelles, De Boeck, 2003.
27. HENCHOZ(C), Le couple, l'amour et l'argent, Paris, L'Harmattan, 2008.
28. HENRY (M.M) et THOMPSON (J.N), Chirurgie clinique : techniques et pratiques, Paris, De Boeck, 2004.
29. JOLY (I), Le corps sans représentation : De Jean-Paul Sartre à Shaun Gallagher, Paris, L'Harmattan, 2011.
30. LACAIVE (R) et al, Cancérologie fondamentale, Paris, John libbey Eurotext, 2005.
31. LAVEYSSIERE (M.TH), Freud choix de textes, Paris, Masson, 2003.

32. LE GALL (D), Genres de vie et intimités, Paris, L'Harmattan, 2005.
33. LE JAN (R), Famille et pouvoir dans le monde Franc, Paris, Publication de la Sorbonne, 1957.
34. LORIOT(Y) et MORDANT(P), Cancérologie, Paris, Masson, 2011.
35. MATILLON (Y.), Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé, Paris, EDK, 2000.
36. MC MAHON (S), Le psy de poche, Paris, Marabout, 2005
37. MERIC (J.B) et al, Guide pratique de cancérologie, Paris, Masson, 2004.
38. MOLINIER(A), MASSOL(J), Pathologie médicale et pratique infirmière, Paris, Lamarre, 2008.
39. MONGE(M), Cancérologie et biologie, Paris, Masson, 2006.
40. MORERE (J.), Le cancer du sein, Paris, Springer, 2007.
41. RAFFY (A), Les psychanalystes et le développement de l'enfant, Paris, Eres, 2000.
42. RAZAVI(D), DELVAU (N.), Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille, Paris, Masson, 2002.
43. RODET(CH), La transmission dans la famille : secrets, fictions et idéaux, Paris, l'Harmattan, 2000.
44. SAGLIER (J), La femme et le cancer du sein, Paris, Odile Jacob, 2005.
45. SAGLIER (J) et al, Cancer du sein « Questions et réponses aux quotidien », Paris, Masson, 2009.
46. SALOME (J), TREMBLAY (S), Vivre à deux, Québec, Fides, 2004.
47. TAVRIS (C), WADE (C), Introduction à la psychologie : les grandes perspectives, Paris, De Boeck, 1999.

48. TRUDEL (G), Les dysfonctions sexuelles : Evaluation et traitement par des méthodes psychologiques, interpersonnelles et biologiques, Québec, Presses de l'université, 2000.
49. ZELEK (L.), Aider à vivre après un cancer, Paris, Springer, 2010.

### 3. Revues

1. BRULLMANN « Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée », le carnet psy, n° 119, 2007, p 46-51.
2. FOUILLERON (V.) *et al*, « Accompagnement d'une famille dont l'un des membres présente une maladie dans sa Phase terminale », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°47,2011, p 177- 189.
3. GROS (D.), « Les bien portants face au cancer du sein, Fuite, indifférence, amour », In Revue française de psychosomatique, n° 31, 2007, p 83-91.
4. HUPPE (M), CYR (M), « Répartition des tâches familiales et satisfaction conjugale de couples à double revenu selon les cycles familiaux », Revue canadienne de counseling, Vol. 31.2, 1997, p 145- 162.
5. LANOUZIERE (J), « Peins de cœur, peins de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine », Revue française de psychosomatique, n° 31, 2007, 41-58.
6. MOHRING (P), « Dynamique des couples et thérapie dans le cas de cancer », In Press/ le Divan familial, n°14, 2005, p 79-88.

7. MORICEAU (M), « La douleur du patient atteint de cancer : du diagnostic de la récurrence au traitement adapté », Revue internationale de soins palliatifs, Vol. 21, 2006, 143- 147.
8. REICH (M.), « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique » Travail présenté lors des 27 Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Volume 85, 2008, p 247- 254.
9. ROSMAN (S), « L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer », Santé Publique, Vol. 16, 2004, p 509- 520.
10. WERNLI (B) et HENCHOZ (C), « Fin de l'union conjugale, genre et tâches ménagères en Suisse », Population, 2, Vol. 66, 2011, 727-754.

## 4. Thèses et mémoires

1. DESROCHERS(J), La communication conjugale dans le contexte du cancer, thèse du doctorat en psychologie, Sous la direction BLAIS (M.C.), université du Québec À Trois-Rivières, 2012, p 106.
2. GAUDREULT (A), Étude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée atteinte de cancer du sein et de sa relation de couple, mémoire de la maîtrise en psychologie, l'université du Québec À Trois-Rivières, 1995, p 29.
3. LYSON (M), L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein, mémoire de maîtrise en psychologie, L'université du Québec À Trois-Rivières, 2001, p 89.
4. PERIERA (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 infirmiers, Belfort, 2010, p 36.

5. SEGRESTAN-CROUZET (C), Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein, Thèse pour le doctorat en psychologie, sous la direction de RASCLE (N), l'université de bordeaux 2, 2010, p 344.
6. THERRIEN (E), La transmission intergénérationnelle chez le couple et ses limites, thèse du doctorat en psychologie, Sous la direction de MARINEAU (R), l'université du Québec À Trois-Rivières, 2012, p 197.
7. ZOZAYA (C), Déterminants des trajectoires de détresse pendant la première année qui suit l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant, sous la direction de COUSSON-GELIE (F), Bordeaux, 2011, p 257.

## 2. Dictionnaires

1. MORIN(Y), Petit Larousse de la médecine, Paris, Larousse, 2001.
2. ZAY(N), Dictionnaire. Manuel de gérontologie sociale, Québec, les presses de l'université de Laval, 1981.

## 5. Sites internet

1. BAIZE (N), MOUNIER (N) et al, « Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie », Bulletin du cancer, vol.95, n° 9, 2008. Concernant l'article Voir le site :  
[https:// www.bulletinducancer.com/archives/sommaire.phtml?cle\\_parution](https://www.bulletinducancer.com/archives/sommaire.phtml?cle_parution),  
Consulté le 27/09/2012 à 15 :00h.
2. ESPIE (N), « la vie après le cancer du sein : le vécu psychologique du cancer du sein » Coalition européenne contre le cancer du sein, 2006. Voir le site :  
<https://www.europadonna.fr/5.aspx>, Consulté le 27/09/2012 à 14 :14h.



3. MAHNANE (A), HAMDI (CH), Épidémiologie du cancer du sein en Algérie,  
Registre du cancer de setif, 2012. Voir le site :  
[https://www.santemaghreb.com/algerie/documentations\\_pdf/cancer.../1](https://www.santemaghreb.com/algerie/documentations_pdf/cancer.../1),  
Consulté le 14/01/ 2013 à 10 : 48h.
  
4. REYNAERT (CH), LIBERT (Y) et al, Cancer et dynamique du couple,  
Service de Médecine Psychosomatique Cliniques universitaires de saint- luc,  
Belgique, 2006. Voir le site :  
<https://www.Cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18353163>,  
Consulté le 23/10/2012 à 14 :15h.