

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences humaines et sociales
Département de sciences sociales

Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de master
option : psychologie clinique

**Les manifestations d'anxiété chez les
femmes atteintes d'un cancer du sein**
«étude comparative entre les femmes célibataires et
les femmes mariées »

Réalisé par :

M^{lle} CHEBBAH Souad

M^{lle} DIRI Saliha

Encadré par :

M^{me} DOUAKHA

Année universitaire: 2014-2015

Remerciement :

Tout d'abord

On aimerait remercier dieu de nous avoir donné
la volonté et la patience de pouvoir mener
Ce travail a terme.

Nous remercions également, profondément et
infiniment notre promotrice M^{me} DOUAKH pour son aide,
sa patience, compréhension et aussi pour nous avoir fait
l'honneur de nous encadrer, sans elle ce travail n'aura pas
le jour.

Soyez certaine Mme de notre considération et de notre
respect. Merci

Nos remerciements aussi : aux membres de jury qui vont
accepter d'évaluer notre modeste travail.

Au directeur de l'hôpital d'Amizour ben merad el mekki,
de nous avoir permis d'effectuer notre stage au sein de
son établissement, ainsi pour l'ensemble du personnel du
service d'oncologie : médecins, psychologue, infirmiers,
chef de service ainsi tous les malades surtout les cas
contribuent à la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la
réalisation de ce travail et qui nous ont orienté et
conseillé.

DÉDICACE

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce travail en signe du
Respect et de remerciement.

A notre promotrice M^{me} DOUAKH qui ma soutenu et aider
réalisé ce travail.

A ma chère mère qui été toujours a mes coté avec sa tendresse
son soutien et ces sacrifices

À la mémoire de mon chère père « mhend » qui nous à

Qui nous à quitté soudainement

**« Que dieu -tout puissant lui accord sa sainte miséricorde et
l'accueil dans son vaste paradis »**

A mes grand parents : Kaci et houa

Pendant la réalisation de ce travail

A mes demi-frères et demi sœurs :

Boualem, cherif, mustapha,

Zahra, mliha, karima

A mon chère fiancé : Mourad qui ma beaucoup soutenu

pendant la réalisation de ce travail

À mes oncles et tantes, cousins, cousines

A tout mes amis : sonia, lyes et surtout a ma chère binôme Souad
avec laquelle en a partager des moments agréables durant toute ces
années.

« Que dieu nous guide tous au longue de vie »

« Saliha »

DÉDICACE

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce travail en signe du respect et de remerciement.

A ma promotrice M^{me} DOUAKH qui ma soutenu et aider à réalisé ce travail.

A mes chère parents : Hocine et Nadia qui m'ont donné la vie,

qui ont été a mes cotés avec leur tendresse,

leur soutien durant toute mes années d'études

« que dieu les préserve pour qu'il partage avec nous le plaisir et la joie de la vie ».

A mes chers frère et sœurs :

abd salam, zoubir, nawal, nouria et

surtout mon petit frère dilan.

A ma belle sœur Naima et au beau frère Bilal.

A mes deux neveux ivan et adem.

A ma petite niece : ayline.

A mes grande méres.

A mes cheres cousines : Rebiha, dalila, latifa et fatiha.

A tout mes amis : Lyes, Bakli, Tahar, Salim, Naima, Souad et surtout a ma chère binôme Saliha avec laquelle en a partager des moments agréables durant toute ces années.

Sommaire

liste des tableaux.....

Introduction..... I

Partie théorique

chapitre I : introduction à l'étude

1- problématique et hypothèses.....6

2-définition des concepts clés.....10

3-le choix et l'objectif de la recherche.....12

Chapitre II : cancer du sein

-aspect médical du cancer de sein

Préambule.....14

1- les types de cancer du sein.....14

2- Évolution naturelle.....15

3- le diagnostic du cancer du sein.....16

4- Le pronostic.....20

5- les facteurs de risques.....22

6- les traitements.....24

7- la prévention et dépistage.....27

8- La surveillance.....29

Conclusion.....31

- Aspect psychologique de cancer de sein

Préambule.....	32
1-L'annonce du diagnostic et le traitement.....	32
2- Réaction familial.....	33
3- Qualité de vie des patientes cancéreuses.....	35
4- Evolution psychologique des patientes cancéreuses.....	35
5-aspect psychologique de douleur cancéreuse.....	36
6- Aspect psychologique de mammectomie.....	36
7-Image du soi et la sexualité.....	37
8- Adaptation psychologique	38
9- prise en charge psychologique des patientes cancéreuses.....	38
Conclusion.....	39

Chapitre III : la femme

Préambule.....	41
1- Définition de la femme et la féminité.....	41
2- la puberté féminine.....	41
3- la féminité et le schéma corporel.....	43
4- la sexualité féminine.....	45
5-la santé psychique féminine.....	48
Conclusion.....	48

Chapitre IV : l'angoisse

Préambule	50
1- les différentes définitions de l'angoisse.....	50
2-les théories psychanalytique de l'angoisse.....	52
3- Théorie cognitivo-comportementale.....	53
4- classification de l'angoisse.....	53
5-les types de l'angoisse.....	54
6- angoisse pathologique et angoisse normale.....	55
7- la sémiologie de l'angoisse.....	56
8- Etiologie de l'angoisse.....	58
9- la prise en charge de l'angoisse.....	59
10- traitement.....	60
Conclusion	62

Partie pratique

Chapitre V : la méthodologie de recherche

Déambule	65
1- Définition opérationnels des concepts	65
2- La pré -enquête.....	66
3- La démarche de la recherche.....	66
4-Présentation de la population d'étude.....	68
5- Présentation de lieu de la recherche.....	69

6- les outils d'investigations.....	72
7-déroulement générale de la pratique.....	76
8- Les difficultés de la recherche.....	77
Conclusion.....	78

Chapitre VI : présentation, analyse et discussion des hypothèses

préambule.....	80
1- Présentation des cas et analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	80
2- Analyse des résultats et discussion des hypothèses.....	117
Conclusion.....

La liste bibliographique.....

Les annexes.....

La liste des tableaux

Numéros des tableaux	titre	page
01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude	69
02	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 1	83
03	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 2	87
04	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 3	91
05	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 4	95
06	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 5	99
07	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 6.	101
08	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 7.	104
09	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 8.	108
10	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 9.	111
11	Résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 10.	115
12	répartition des résultats selon l'anxiété psychique et somatique chez les femmes célibataires atteinte d'un cancer du sein.	117
13	répartition des résultats selon l'anxiété psychique et somatique chez les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein.	118
14	Réparation des résultats selon le degré d'anxiété chez les femmes célibataires atteinte d'un cancer du sein.	119
15	Réparation des résultats selon le degré d'anxiété chez les femmes maries atteinte d'un cancer du sein.	119

Introduction :

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

En effet, le sein a toujours un intérêt pour deux raisons : il permet de maintenir la vie grâce à la lactation ; produire le lait afin de nourrir un nouveau-né, mais aussi il est considéré par beaucoup de femmes comme un atout de la séduction l'emblème de la féminité. Donc le sein symbolise dans la double perception, de la sexualité et de la reproduction (sein de la femme et sein de la mère).

Mais tous ces fonctionnements peuvent être altérés à la survenue d'une maladie chronique et infectieuse tel qu'un cancer, qui fait partie des grandes interrogations des chercheurs contemporains.

Le cancer du sein figure parmi les types de cancer le plus courant et le plus mortel chez les femmes, cependant, les femmes de tout âge peuvent avoir un cancer du sein et dans des très rares cas, celui-ci peut aussi affecter les hommes.

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

L'expérience de cancer du sein peut abîmer l'individu dans tout son être en venant ébranler ce qu'il est. Cette pathologie comme toutes les maladies chroniques engendre un malaise social, un coût important tant au patient, à sa famille et à son milieu professionnel. Elle a un impact sur la vie quotidienne du sujet, à savoir la limitation fonctionnelle de ses activités et la dépendance au traitement.

Ces éléments engendrent chez la patiente une importante angoisse, qui est l'une des réponses les plus fréquentes au danger, c'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un ensemble de symptômes physiques et psychologiques et par le sentiment d'insécurité, d'appréhension, de malaise et une terreur face à un péril de nature indéterminée.



Notre recherche est une étude comparative qui prend naissance à partir de notre stage qu'en à effectuer au service oncologie à l'hôpital d'Amizour Ben Merad Elmekki et qui porte sur les manifestations d'angoisse chez les femmes mariées et les femmes célibataires atteintes d'un cancer du sein dont l'objectif est de comprendre la façon dont ces femmes présentent une angoisse, et si il y a une différence entre ces manifestations, mais aussi de retirer les éléments qui favorisent l'angoisse chez elles.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réparti notre recherche comme suit : en premier lieu une problématique où nous avons posé des questions et proposé des hypothèses qui restent à confirmer ou bien à infirmer à la fin de notre recherche. et en second lieu deux parties ; partie théorique et partie pratique.

-la partie théorique de ce travail, se compose de trois chapitres distincts, dont le premier est porté sur le cancer du sein : aspect médical où en à essayé de donner un aperçu général sur le cancer de sein (les types de cancer du sein, son évolution naturelle, diagnostic et pronostic, facteurs de risques, traitements, prévention et dépistage et enfin la surveillance). et l'aspect psychologique dont en a essayé de déterminer l'impact psychologique de cancer du sein sur les patientes et leurs entourage.

Le deuxième chapitre qu'on a rédigé permet d'aborder la conception de la femme et tout ce qui est liée à sa féminité, sa puberté, son schéma corporel, sa sexualité et sa santé psychique.

Le troisième chapitre s'est porté sur l'angoisse et ces différentes théories, ses différents types, sa classification, ses signes et sa prise en charge.

- la partie pratique qui se compose de deux chapitres :

Un qui comporte la méthodologie de recherche, la population sur laquelle porte notre objet d'étude , le lieux de la recherche ainsi que les outils d'investigation ; l'entretien qui représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations sur les patientes, et l'échelle d'anxiété d'HAMILTON qui mesure l'anxiété afin de savoir si la patiente est dans cet état pour raison de sa maladie .

Et l'autre qui compte : la présentation et analyse de discussions des hypothèses, qui comporte les points suivantes : présentations des cas, analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'HAMILTON ainsi la discussion des hypothèses qu'en à formulé.

En fin, la conclusion viendra clore ce travail, ou plutôt ouvrir sur d'autre perspective dont l'objectif final est bien affiner notre compréhension des femmes en situation d'angoisse ayant un cancer du sein.

1. Problématique et hypothèses :

Dans notre société, les femmes représentent la moitié de l'humanité avec des statuts différents (sœur, mère, conjointe, grand mère,...etc.). La femme jusqu'aujourd'hui dans sa totalité occupe une place importante dans la famille et dans la société, grâce à sa féminité qui réside essentiellement dans son attitude, sa façon d'être, son bien être et son caractère morphologique. Mais également grâce à son rôle en tant que mère, conjointe et professionnelle. La féminité caractérise d'abord la femme en tant qu'être biologique, elle qualifie ensuite la femme en tant que genre sexuel. Le corps de la femme représente une part essentielle de leur identité.

La valeur sociale des femmes était reliée à leur corps du fait de leur capacité à répondre tant aux besoins physiques et émotionnel des enfants et des hommes. Les femmes ne vit pas seulement dans un corps physique, elle vit d'abord dans un corps imaginaire, investi de signification et de valeur, avec lesquels elle intègre le monde en elle et s'intègre elle même au monde. (Le breton d, 1990, CHAPITRE 7).

Plusieurs anomalies peuvent survenir, bouleversé et altéré la qualité du bien être de la femme, que sa soit atteinte dans leur corps, sa sexualité, son rôle de mère et sa relation aux autres, et tout ce qui est relié à son identité féminine, tel un cancer qui résulte d'un désordre de la croissance et de la reproduction cellulaires.

Le cancer est parmi les maladies chroniques du siècle, souvent perçut comme « la pire des maladies » qui peut survenir à tout âge, ainsi certains âges sont prédisposés à une localisation cancéreuse déterminé. Par exemple, l'enfant est prédisposé au néphoblastome, l'adulte homme est prédisposé au lymphome hodgkinien, et l'adénocarcinome de la prostate caractérise l'homme âgé. (Abdenour yaker, 1984, p 72).

Parmi les types de cancers féminins les plus fréquents en trouvent le cancer du sein. Ce dernier est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein et qui est considéré comme une maladie complexe et difficile à prédire son évolution et qui amène à un bon nombre de perturbations dans la vie d'une personne et de son entourage (<http://www.breast cancer.org.uk>).

Problématique et hypothèses

Selon **Berger**, De nombreux problèmes de santé ont des répercussions importantes sur le mental. Parmi ces troubles, le cancer du sein est un domaine où la prise en charge psychologique est plus en plus proposée. La survenue de cette maladie grave dans la vie du sujet, entraîne irrémédiablement des effets sur le psychisme dont le premier peut être décrit en termes de l'angoisse. (Colloque de comité féminin "cancer du sein paris : 2004, Berger)

Le cancer du sein est devenu une des peurs majeures de notre société, son origine a deux composantes ; l'une est liée à l'image classique du cancer qui signifie souffrance, mort et l'autre à l'image des seins qui symbolise la féminité, maternité et sexualité (féminité et cancer du sein, septembre 2008, p2).

Selon **l'OMS**, les études statistiques dans les années 1960- 1970 au sujet de l'incidence des cancers du sein, parmi la population mondiale, ont montré une occurrence dix fois supérieure par rapport aux décennies précédentes. Dans le monde, plus de 1050000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, dont plus de 580000 dans les développés.

En Algérie, le cancer du sein reste une pathologie sous estimée par les patientes puisque plus de 50 % arrivent avec une tumeur de plus de 3cm, (benzidane.N, 2004, p21).

Son incidence en Algérie est 65,1 pour 105 hab., 30% pour la population colligées dans le registre d'Oran (1996,2005), 19,1 pour 105 hab. selon le registre de Sétif, pour la période (2001, 2005) avec une particularité algérienne et maghrébine. Un âge est survenu de 5 ans plus bas que celui de séries occidentales (urgence médicale, spéciale oncologie, 2011, p44).

En 2000 le taux de mortalité était de 19,71 00 000. Aujourd'hui, malgré l'augmentation de l'incidence, mais grâce aux progrès réalisés dans les traitements, la mortalité est stabilisée. Ceci est dû à la fois à un diagnostic plus précoce dans l'histoire naturelle de ce cancer et aux progrès des traitements que l'on peut lui opposer. (Elise gallon, 2012).

Le sentiment d'impuissance face à la maladie du cancer, ainsi que les blessures corporelles peuvent influencer les processus psychologique et souvent difficile à vivre pour la femme et pour son entourage. Donc il n'existe pas un malaise corporel accompagné d'un bien être psychique. (Giancarlo, Franco, 2005, p195).

Problématique et hypothèses

Selon Razan et delvaux(2008), le cancer du sein conduit a une altération de fonctionnement psychologique et de la qualité de vie dans trois dimensions ; physique, psychologique et sociale, les difficultés physiques sont liées aux conséquences des traitements (par exemple, de la chimiothérapie) et induit des nausées, de la douleur et de fatigue qui compromettent la poursuite normale des activités quotidiens, les difficultés psychologiques apparaissent aux différents stades de la maladie. Pour finir, la maladie modifié les rapports sociaux et induit une redistribution des rôles au sein de la famille qui est parfois mal vécu. (MOÏRA Mikolajczak, 2013, p91).

Les femmes atteintes d'un cancer du sein présentent d'avantage de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et difficultés sexuelles. Le diagnostic et le traitement de cette maladie grave, représentent un stress émotionnel et physique majeur dont les conséquences psychologiques, physiques et psychosociales peuvent s'étendre sur plusieurs années. L'amélioration des traitements et de l'espérance de vie entraînent, en effet, pour les patientes un double challenge : après avoir affronté la maladie et ses traitements médico-chirurgicaux, celles-ci auront la possibilité, mais aussi la charge de retrouver leur investissement antérieurs (Sarah dauchy, 2004, p8).

De même, le cancer du sein et les mutilations liées aux traitements bouleversent les repères et le rapport au corps. Cette maladie altère le rapport au monde et le rapport du malade lui même. Le sujet peut ressentir une impression de non-reconnaissance du corps et du psychisme, ces changements et altérations, peuvent avoir des conséquences psychosociales particulièrement négatives : anxiété, symptômes dépressifs, baisse estime de soi, sentiment de contrôle de son corps (Dany, 2008, p98).

Ces difficultés sont particulièrement importantes chez les femmes du fait de l'importance des investissements socio familiaux et professionnels. Les responsabilités de la patiente non seulement l'exposent à une angoisse accrue mais lui font courir le risque, si elles ne peuvent pas remplir leurs rôles, de déséquilibrer la structure sociofamiliale dans laquelle elles évoluent et représentent en même temps leurs unité de soutien.

Ce travail tente de reprendre à un double objectif : d'une part explorer la littérature sur notre problématique, principalement des données portées sur les femmes et leurs aspects psychiques liés au cancer du sein. D'autre part, elle vise à présenté à partir d'une étude

Problématique et hypothèses

comparative faite au service d'oncologie dans l'hôpital de « merad el mekki » d'amizour, les réactions psychiques et les différentes manifestations d'angoisse chez les femmes(célibataire, marier) ayant un cancer du sein. Répondant aux questions suivantes :

1- quels sont les éléments qui favorisent les manifestations d'angoisse chez les femmes célibataires et les femmes mariées atteinte d'un cancer du sein ?et est ce que certains de ces éléments entraînent une différence de degré de l'angoisse chez eux ?

2- est ce qu'il ya une différence des manifestations d'angoisse entre les femmes célibataires et les femmes mariées atteintes d'un cancer du sein ?

Les hypothèses qu'on a formulé pour répondre aux questions posées dans notre problématique sont suivantes :

1) -Les éléments qui favorisent l'angoisse chez les femmes célibataires sont : l'évolution de la maladie qui conduit à la mort, le traitement et ses effets secondaires, l'image de corps, le regard social et surtout d'être célibataires jusqu'au fin de ses jours, sans conjoint, sans enfants.

-les éléments qui favorisent l'angoisse chez les femmes mariées sont : l'évolution de la maladie et la mort, les traitements et ses effets secondaire, l'image de corps, le regard social, leurs familles et plus particulièrement d'avoir laissé leurs enfants.

-le degré de l'angoisse se diffère chez les femmes célibataires et les femmes mariées atteinte d'un cancer de sein, cela est dû aux certains éléments ; le fait que les femmes célibataires n'ont pas encore fondé leurs foyer et la possibilité de ne pas trouvé un homme qui va comprendre leurs états et surtout de ne pas vivre le sentiment de maternité, renforcent chez elles une importante angoisse plus élevé que les femmes mariés qui ont un soutien de la part de ses enfants et surtout de son conjoint.

2)- il y a une différence nette des manifestations d'angoisse entre les femmes célibataires et femmes mariées atteinte d'un cancer du sein.

2-définition des concepts clés :

1-cancer :

Selon L'OMS : « cancer est un terme générale appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formulant ce qu'on appelle des métastases.

J.DELAMARE défini cette pathologie comme :

« Nom générique des tumeurs malignes qui s'étendent rapidement et en tendance à se généraliser. On admet que le cancer se développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de décences de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire. Ces dernières sont multiples et encore imparfaitement connues : terrain héréditaire prédisposant au cancer, facteurs d'environnement très divers : produits chimiques, radiation, virus, climat, habitudes alimentaires...etc., qui peuvent libérer le pouvoir cancérogène que certaines cellules gardent à l'état latent. »

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

Les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes. Les cellules tumorales initiales peuvent diffuser (métastaser) de leur localisation primitives a tout l'organisme. (CIRADP.et ALL , 1997, p 1033).

2-le sein :

Le sein, est un organe pair situé sur la partie antérieure du thorax, renferment la glande mammaire et servant à la lactation chez la femme, atrophié et non fonctionnel chez l'homme .les seins augmentent de volume à la puberté, en réponse à la production d'œstrogènes par les ovaires.

Le sein de la femme adulte est constitué de 20 lobes séparés les uns des autres par des tissus conjonctifs et adipeux. Le tissu glandulaire, formé de lobes, subdivisé en lobules, forme un réseau de canaux galactophore qui rejoignent de plus gros canaux pour débouché à la

surface de mamelons. Le tissu glandulaire est constitué d'alvéoles, cellules qui sécrètent du lait que les canaux transportent jusqu'aux mamelons. Les alvéoles et les canaux sont entourés de cellules myoépithéliales qui sont douées de propriété contractiles, essentielles pour faire passer le lait des alvéoles vers les canaux.

Le sein est un concept central de la théorie psychanalytique de **Mélanie Klein**, celle-ci suppose une vie psychique essentiellement fantasmatique, basé sur l'investissement de l'Object partiel, représenté par le sein. La limite corporelle dedans /dehors n'étant en effet pas établie, le bébé vie le sein comme à la fois intérieur et extérieur : Mélanie Klein supposait que les fantasmes de l'enfant concernaient à la fois l'incorporation du sein et son utilisation comme lieu de décharge des fantasmes de haine (**SCHILDER P(1968) l'image du corps, GATHIMARD, PARIS Cité pas bri chan**)

3-cancer du sein :

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

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

4-anxiété :

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

3- Le choix et l'objectif de recherche :

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

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

-aspect médical de cancer du sein :

Préambule :

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier la pathologie cancéreuse qui représente aujourd'hui dans le monde comme en Algérie un problème de santé publique. Nous avons choisi de réduire notre champ de recherche à l'étude du cancer du sein.

L'orientation de notre travail vers ce type de cancer est due à la place que ce dernier occupe dans les préoccupations de la santé publique. Effectivement, il représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Alors dans la première partie de chapitre I nous allons étudier l'aspect médical du cancer de sein.

I-types de cancer du sein :

I-1- Il existe deux grands types de cancer du sein :

I-1-1- le cancer *in situ* : la prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique : carcinome intracanalair (85 % à 90 % des carcinomes *in situ* ; soit des acini situés dans les lobules : carcinome intra-lobulaire (10 % à 15 %). Mais la membrane basale est toujours respectée. Il n'y a pas d'infiltration.

I-1-2- le cancer infiltrant : est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale.

I-2- Il existe plusieurs types histologiques :

I-2-1- adénocarcinome canalaire infiltrant (75%) :

C'est le plus fréquent ; les cellules tumorales s'agencent en travées, en massif et en formation glandulaire.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

I-2-2- adénocarcinome lobulaire infiltrant (5-10 %) :

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

-adénocarcinome tubuleux : les cellules carcinomateuses s'agencent uniquement en formations glandulaires.les noyaux sont réguliers et le nombre de mitoses est faible. C'est un cancer de bon pronostic.

-carcinome mucineux kystique.

-carcinome adénoïde kystique.

-carcinome apocrine.

-carcinome médullaire : le stroma est riche en lymphocytes. Il n'existe pas de glandes ou de lésions de carcinome intracanalair. C'est un cancer de bon pronostic.

-la maladie de Paget : présence de cellules carcinomateuses au sein du revêtement malpighien du mamelon. Les cellules sont de grande taille, polygonales, au noyau irrégulier et d'architecture lentigineuse. La maladie de Paget du sein témoigne d'un cancer infiltrant ou d'un carcinome intracanalair du sein.il s'agit d'une propagation de cellules carcinomateuses au mamelon.(loriot.y, mardant.p, 2002).

II-Evolution naturelle :

II-1- Extension locale :

Le seuil de détection clinique des cancers du sein, qui est en moyenne de 1 à 2 cm, dépend de la situation de la tumeur dans la glande, de la proximité de la peau et du volume du sein. Une tumeur infra clinique peut seulement être détectée par une mammographie de dépistage. A un stade plus évolué, le cancer se fixe à la peau, au mamelon et au muscle pectoral.

II-2- Envahissement lymphatique :

Le drainage principal se fait vers les ganglions axillaires. Les ganglions de la partie basse de l'aisselle sont envahis les premiers et successivement les ganglions du niveau II en arrière du muscle petit pectoral et du niveau III, sous-claviculaires.

Le risque d'envahissement ganglionnaire est nul dans les CCIS et, par la suite, croit proportionnellement à la taille du cancer primitif. Le nombre des ganglions envahis reste le meilleur index de pronostic actuel.

Les ganglions de la chaîne mammaire interne et du creux sus-claviculaire sont concernés dans les localisations internes et centrales. Ces ganglions n'étant pas aisément évaluables, il est important d'estimer le risque statistique de leur envahissement : il est de 25 à 30% en cas de N+ axillaire et à 5 % en cas de N- axillaire.

II-3- Métastases :

Le risque métastatique, faible pour des tumeurs de moins de 5 cm, croit proportionnellement avec la taille de la tumeur primitive et le nombre de ganglion axillaires pathologiques (N+).

Les sites atteints sont par ordre de fréquence :

- Le squelette, avec des métastases ostéolytiques, plus rarement condensantes.
- l'appareil respiratoire, sous la forme de nodule pulmonaire multiple d'une lymphangite carcinomateuse, ou d'un épanchement pleural sérohémorragique.
- Le foie.
- Le cerveau, les méninges.

III- diagnostic :

III-1- Circonstances de découverte :

- Une tuméfaction découverte par la malade et en particulier l'autopalpation enseignée.
- une anomalie du mamelon (écoulement sérosanglant, rétraction de Paget).
- une adénopathie ou une métastase faisant rechercher le cancer primitif.
- Un sein inflammatoire.
- une consultation, une mammographie de dépistage.

III-2- Examen clinique :

III-2-1- Interrogatoire : il recherche :

- la date d'apparition de l'anomalie
- Les signes d'évolution récents (augmentation rapide de la taille de la tumeur).
- Les antécédents gynécologiques (facteurs de risque du cancer, ménopause ou non).
- Contraception estroprogestative ou traitement hormonal substitutif qu'il faut arrêter si le diagnostic est confirmé.

III-2-2- Examen physique :

Il est capital et doit inclure l'inspection et la palpation des deux glandes mammaires, des aisselles et des creux sus-claviculaires.

L'inspection de la patiente en position assise, torse dénudé, bras baissés, puis levés, recherche une voussure ou un signe du capiton, une rougeur ou une majoration du volume d'un sein, une anomalie du mamelon (rougeur, déviation, invagination).

La palpation des seins sur une patiente couchée, bras derrière la tête, recherche un nodule et en précise les caractères orientant vers la malignité : induration, contours flous et irréguliers, fixation ou épaissement de la peau (signe du pli, signe de la peau d'orange).

La palpation de l'aisselle et du creux sus-claviculaire recherche une adénopathie, typiquement induré dans les cancers.

III-3- Examens complémentaires :

III-3-1- La mammographie :

La mammographie est l'examen essentiel en raison d'une fiabilité élevée (environ 90%). Elle est pratiquée sur les deux incidences par sein et parfois des clichés agrandis. Les images en faveur d'un cancer sont :

- Une opacité de contours flous et irréguliers, typiquement spiculée dans un cancer.
- des micros calcifications groupées en foyer et en nombre supérieur à 10 par cm². la classification de LEGAL permettent d'apprécier l'aspect en faveur de la malignité. les calcifications en bâtonnets ou fourches (type 4 et 5) correspondent à un cancer dans 75 et 100% des cas. L'aspect en « grains de sel » (LEGAL3) est un signe de cancer dans un cas sur deux.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

- un épaissement de la peau, un halo d'œdème péri tumoral. (benzidane.N, 2004, P80).

III-3-2- Echographie :

l'échographie complète utilement la mammographie quand celle-ci n'est pas concluante (10% des cas), par exemple devant une densité glandulaire excessive (mastose fibreuse), des opacités multiples (mastose kystique), une distorsion architecturale, un nodule clinique non visible en mammographie.

L'aspect échographique d'un cancer est une image hypoéchogène, irrégulière et de structure hétérogène. L'échographie est particulièrement utile dans le diagnostic des kystes, avec une image anéchogène arrondie ou ovale et de grand axe parallèle à la peau.

III-3-3- La galactographie :

elle est pratiquée devant un écoulement mamelonnaire à la recherche d'un refoulement, d'une lacune, d'un galactophore anormal.

III-3-4- Micro biopsie :

La micro biopsie, sous anesthésie locale, ramène des carottes de tissus tumoraux. L'étude histologique des prélèvements détermine le diagnostic, le type histologique, l'histopronostic et la présence des récepteurs hormonaux. Sa fiabilité est supérieure au cytodagnostic. (lansac.j, lecomte.p, 255).

III-3-5- Anatomopathologie :

Obtenu par biopsie à l'aiguille, forage ou chirurgicalement, l'examen anatomopathologique est en fait nécessaire car :

- il permet seul d'affirmer le diagnostic.
- Il permet le grading histopronostic de Scarff et bloom.
- il s'accompagne du dosage des récepteurs hormonaux aux estrogènes et à la progestérone.
- Etude en cytométrie de flux.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

Il est pratiqué au moindre doute, surtout après 35 ans, en l'absence d'orientation clinique radiologique et cytologique de bénignité.

Ces examens complémentaires surviennent de façon variable dans le cheminement diagnostique. (saglier.j, 2003).

-Diagnostic différentiel :

- Devant une tumeur : il se pose avec :

- **Le fibroadénome :** tumeur bénigne de la femme jeune :
 - ferme, indolente, mobile.
 - donnant une opacité régulière avec parfois macro-calcifications.
 - ses tailles cliniques et mammographique sont superposables.
- **Le kyste :** tumeur rénitente, douloureuse, apparue brutalement.
 - variable suivant le moment du cycle, anéchogène à l'échographie.
 - la ponction permet la cytologie du liquide séreux et la kystographie.
- **Un hématome :** importance du contexte.
- **Un abcès du sein :** dans les formes inflammatoires.

Mais toute tumeur doit être considérée comme à priori comme un cancer et le doute impose la tumorectomie pour examen histologique, notamment extemporanée.

-Devant un écoulement unilatéral de mamelon :

Les écoulements bilatéraux sont le plus souvent d'étiologie bénigne, qu'il s'agisse d'une mastose, d'une ectasie canalaire ou de cause endocrinienne (adénome hypophysaire à prolactine).les écoulements unilatéraux et unicanalaires doivent conduire à l'exérèse chirurgicale par galactophorectomie et pyramidectomie. L'examen histologique révèle la cause de l'écoulement avec, par ordre de fréquence, un papillome bénin, une galactophorite ectasiant et, dans moins de 1% des cas, un cancer intracanalair ou infiltrant.

➤ Formes cliniques :

Les formes cliniques sont les suivantes :

- de l'homme (rare)

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

- de la femme enceinte.
- bilatéraux.
- écoulement sanglant du mamelon.
- squirrhe atrophique de la femme âgée.
- de la femme jeune, d'évolution souvent rapide.
- maladie de Paget du mamelon.

IV-pronostic :

Les cancers du sein ont une évolution longue, difficilement prévisible. L'évolution du pronostic cherche à identifier les malades à haut risque de rechute, en vue de cibler les traitements adjuvants (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie).

IV-1- Pronostic des cancers localisés :

Les principaux facteurs du pronostic sont la taille tumorale, le grade histologique, le nombre de ganglions axillaires pathologique et l'âge de la patiente. Les paramètres biologiques (ploïdie, ki 67, p53) n'ont pas une valeur pronostique indépendante et sont moins utilisés en pratique. D'autres facteurs, comme les récepteurs hormonaux ou le récepteur HER-2 (membre de la famille des récepteurs à l'EGF) sont des indicateurs biologiques de la réponse aux thérapies.

IV-1-1- Ganglions axillaires :

Le nombre de ganglions axillaires envahis (N+) est le meilleur facteur prédictif de la survie et du risque de « maladie résiduelle ». Le pronostic péjoratif des patientes N+ a conduit à proposer des traitements adjuvants. Les patientes sans envahissement ganglionnaire (N-) ont un bon pronostic avec des taux de survie à 5 ans de 80% et plus. Pour identifier le groupe des 20% des patientes N- à risque de rechute, on recourt à des critères biologiques complémentaires, comme l'état des récepteurs hormonaux et le grade histologique.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

IV-1-2- Taille tumorale :

Les taux de survie sont étroitement corrélés à la taille de la tumeur mammaire. Ce paramètre affine le pronostic, quel que soit le statut axillaire (N- et N+). Par exemple, une patiente ayant un cancer d'une taille inférieure à 1 cm, sans envahissement axillaire, a une chance de guérison très élevée, supérieure à 95%. À l'opposé, une tumeur T3 est péjorative, même en l'absence d'envahissement axillaire.

IV-1-3- Grade d'histopronostic :

Le grade de Scarff, Bloom et Richardson (SBR) est déterminé à partir de trois critères : le degré de différenciation (aptitude à former des tubules), les anomalies des noyaux et l'index mitotique (nombre de mitoses par champ). Les patientes sont gradées de 1 à 3, le grade 1 indiquant une tumeur bien différenciée et de bon pronostic. Un grade 3 indique une tumeur peu différenciée et de pronostic péjoratif. Le grade SBR est utile pour décider les traitements adjuvants dans des tumeurs classées N-.

IV-1-4- Age et ménopause :

Les patientes les plus jeunes, en dessous de 35 ans, ont un pronostic plus défavorable. Ce facteur est le plus souvent lié à l'envahissement ganglionnaire et au grade. On en tient compte en cas de décision incertaine.

Par ailleurs, le statut ménopausique est un élément du choix des traitements adjuvants, la chimiothérapie apparaissant plus efficace avant la ménopause et l'hormonothérapie chez les patientes ménopausées.

IV-1-5- Récepteur hormonaux (RH) :

Les récepteurs à l'œstradiol (RO) et à la progestérone (RP) sont recherchés en immunohistochimie sur la tumeur elle-même. Les patientes ayant des taux élevés de RH ont de meilleures chances de guérison que celles ayant des RH négatifs. De plus, la présence de RH est un test d'hormonodépendance, indiquant une probabilité de réponse à l'hormonothérapie.

➤ Autres facteurs biologiques

Ils permettent la caractérisation biologique de la maladie, mais leur place dans le traitement des cancers localisés n'est pas clairement établie :

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

- cytométrie de flux (étude de la ploïdie et de la fraction de cellule en phase S)
- cathepsine D (protéase dégradant le stroma et caractérisant l'invasion tumorale). La détection est faite sur la tumeur en immun-histochimie.
- amplification de l'oncogène HER-2, qui code un membre de la famille des récepteurs à l'EGF.

IV-2- Pronostic des cancers métastatiques :

En phase métastatique, la maladie est incurable, la durée médiane de survie d'environ deux ans, mais des survies longues sont parfois observées. L'évaluation du pronostic est un élément essentiel de la prise en charge de ces malades. Les paramètres sont essentiellement cliniques :

- L'intervalle libre, qui est l'espace de temps séparant le diagnostic initial et la survenue des métastases. Plus il est long, meilleur est le pronostic
- le siège des métastases, qui est étroitement corrélé avec l'évolution. Les métastases osseuses sont plus favorables que des métastases viscérales, en particulier cérébro-méningées et hépatiques.
- la masse tumorale joue un rôle majeur. Par exemple, une patiente ayant de multiples localisations encéphaliques a une espérance de vie de six mois, tandis que des survies longues sont possibles avec une métastase osseuse, isolée et traitée.
- Le taux des marqueurs tumoraux (CA 15-3, ACE) est également corrélé à la masse tumorale. L'évolution des marqueurs permet d'évaluer la réponse thérapeutique. (benzidane.N, 2004, P55).

V-facteurs de risques :

V-1- Risques génétique :

Une histoire familiale de cancer de sein est souvent retrouvée. Il peut s'agir d'une simple prédisposition ou d'un cancer héréditaire du sein. Le risque relatif est multiplié par deux ou trois, pour une femme ayant une parente atteinte au premier degré, et s'accroît encore si une parente a été atteinte avant 40 ans, ou si elle a eu un cancer bilatéral.

Un cancer héréditaire est défini par la présence de trois personnes liées au premier degré et atteintes par un cancer du sein ou de l'ovaire, sur une ou plusieurs générations. Un risque

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

généétique est retrouvé dans 5 à 8% de l'ensemble des cancers des seins. Les mutations les plus fréquentes portent sur les gènes BRCA 1 du chromosome 17, BRCA 2 du chromosome 13 et dans le syndrome de Li-Fraumeni sur le gène de la p53. (Blacque-Belain, 1984, p414).

V-2- Terrain hormonal :

Une longue exposition aux œstrogènes (fenêtre œstrogénique) ou un déséquilibre œstroprogestatif observé au cours de la pré-ménopause (cycles anovulatoires, corps jaune déficient), constituent des états d'hyper-ostéogénie relative qui expose à un risque majoré. On retrouve ainsi :

- La puberté précoce.
- La multiparité.
- Une première grossesse après 40 ans.
- Une ménopause au delà de 52 ans.

En revanche, de nombreuses études de cas-témoins n'ont pas montré de risque particulier lié à la contraception hormonale. Pour le traitement substitutif hormonal de la ménopause, le risque apparaît très faible, sauf pour une durée de prise supérieure à 10 ans. Le TSH est cependant contre-indiqué chez les patientes ayant un antécédent de cancer mammaire. De même, le TSH doit être arrêté en cas de simple suspicion de cancer du sein.

V-3- Régime alimentaire :

Un régime riche en graisse et pauvre en végétaux peut expliquer la forte incidence des cancers du sein dans les pays occidentaux par rapport au Sud-est asiatique ou en Afrique noire. Les agents carcinogènes de l'alimentation n'ont pas été clairement identifiés. L'hypothèse est qu'un régime hypercalorique et trop gras facilite une production excessive d'œstrogènes par aromatisation des stéroïdes dans la graisse corporelle.

V-4- Mastopathies bénignes :

Les « mastopathies proliférantes » sont caractérisées par une hyperplasie canalaire et des dysplasies cellulaires, et constituent une pathologie à risque. Le risque relatif est multiplié par six ou plus selon le type de mastoses et le risque familial. Le diagnostic de « mastopathies proliférantes » est plus souvent porté par une biopsie chirurgicale pour des

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

anomalies mammographiques (opacité ou micro calcification). (loriot.y, mordant.E, 2002).

-Autres facteurs de risques :

Ce sont le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, une exposition à des radiations ionisantes (radiographies itératives pour tuberculose ou pour correction de scoliose dans l'enfance, radiothérapie pour maladie de Hodgkin).(scotte.f,2002).

VI-traitement :

VI-1- Méthodes :

VI-1-1- Chirurgie :

- **mammectomie radicale** enlevant en bloc le sein, les muscles pectoraux, le tissu cellulo-ganglionnaire de l'aisselle, abandonnée pratiquement actuellement car très mutilantes, source de gros bras et de problèmes cicatrisation (intervention de Halsted).
- **Mammectomie radicale modifiée** avec curage axillaire conservant le pectoral (patey) sur les tumeurs supérieures ou égales à 3 cm de multifocale ou résection non in sana.
- **chirurgie limitée** (quadrantectomie, tumorectomie) associée en règle à un curage limité axillaire qui nécessite une radiothérapie complémentaire.

A part, la chirurgie plastique de reconstruction après amputation mammaire (dans un même temps ou à distance)

Dans tous les cas, nécessité d'une analyse complète des pièces Opératoires. (seddik.khb, 2009, p 8-9).

VI-1-2- radiothérapie :

La radiothérapie postopératoire a pour objectif principal de réduire le risque de récurrences locales. L'irradiation est réalisée sur la glande mammaire restante après tumorectomie, ou la paroi thoracique après mastectomie. Pour les cancers de localisation centrale ou interne, elle est étendue à la chaîne mammaire interne et aux ganglions sus-

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

claviculaires. Le traitement distribue une dose de base de 45 à 50 Gy en quatre à cinq semaines et un complément de 10 à 20 Gy sur la cicatrice de tumorectomie.

Les études cliniques les plus récentes ont confirmé que la radiothérapie postopératoire permettait une réduction des récurrences locales et aussi un impact sur la survie des malades.

VI-1-3- Hormonothérapie :

Les options du traitement hormonal adjuvant sont représentées par le tamoxifène et la castration, mais d'autres médicaments sont à l'étude dans cette situation.

Tamoxifène : la tamoxifène est un anti-œstrogène périphérique, agissant sur la prolifération cellulaire par blocage des récepteurs hormonaux. Selon les données issues de la méta-analyse de 1998, la tamoxifène est un traitement adjuvant efficace pour les patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs (RH+), avec une réduction du risque de métastases (25 %) et de la mortalité à 10 ans (17%). L'hormonothérapie par tamoxifène réduit également le risque de cancer du sein contralatéral, d'environ 40%. Par contre, ce médicament n'apporte pas de bénéfice pour les patientes dont les récepteurs hormonaux sont négatifs.

La tamoxifène est prescrit seul ou en association avec une chimiothérapie adjuvante. Les séquences thérapeutiques sont, après la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et le tamoxifène (dès la fin de la chimiothérapie). Le tamoxifène est prescrit à la dose de 20 mg/jour et pendant cinq ans. La tolérance est excellente en dehors de bouffées de chaleur et de nausées les premiers mois. Ce médicament comporte un risque majoré de maladie thromboembolique et de cancer de l'endomètre.

-Castration : la castration chirurgicale ou radicale augmente la survie des patientes non ménopausées en situation adjuvante, comme Beatson l'avait montré pour les malades métastatiques, il ya cent ans. Une castration médicale peut être obtenue par l'administration d'un analogue de la LH-RH (goserline ou triptoreline). Les études cliniques ont montré un bénéfice pour les femmes non ménopausées, ayant des RH+. Les analogues de la LH-RH sont donnés en injection mensuelle ou trimestrielle pendant deux ans.

-Inhibiteurs des aromatasés : les anti-aromatases ont démontré leur intérêt dans le traitement des métastases hormonodépendantes des cancers du sein. Des premières études sont favorables à l'utilisation des anti-aromatases de troisième génération en traitement adjuvant.

VI-1-4- Chimiothérapie :

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

La chimiothérapie de référence chez les femmes non ménopausées utilise le schéma classique actuel FAC ou FEC, ou le schéma ancien CMF. Une chimiothérapie adjuvante est parfois utilisée chez la femme de moins de 60 ans qui le tolère et est RE négatif.

Les agents les plus utilisés sont la vincristine, le 5-FU, la cyclophosphamide, le méthotrexate, la vinorelbine, les texoïds et les anthracyclines qui sont les plus actives (adriamycine*, novantrone*, mitoxantrone*) mais qui exposent à une toxicité cardiaque cumulative.

Elle est utilisée sous forme de cycles de poly-chimiothérapie dans trois circonstances.

1-à titre adjuvant pour diminuer la fréquence des métastases, ou elle n'a démontré son efficacité que chez les femmes pré-ménopausées ayant un envahissement axillaire.

2-tumeur très évoluée localement, en particulier tumeurs en poussée évolutive ou elle a permis d'améliorer la survie (30-40%) en étant utilisée d'emblée suivie du traitement locorégional (indication dite né- adjuvante).

3-cancer métastasé ou les taux de réponse sont de l'ordre de 50 à 60%, ou elle a permis d'augmenter la survie (médiane un peu inférieure à 2 ans) sans permettre de réelles guérisons ; place des texoïds en deuxième ligne, parfois du platine.

La chimiothérapie n'améliore pas le pronostic à long terme mais retarde surtout la survenue des métastases. (daly.N, schweitzer, 2002).

-Indications thérapeutiques :

Les indications varient d'un cancer à un autre, les patientes sont souvent incluses dans des protocoles mais, globalement, les principes thérapeutiques se rejoignent.

1- Maladies localisée :(T1, T2, N0, T1, M0).

❖ **Les petites tumeurs :(T1, petits T2 inférieurs à 3cm, N0, N1)** bénéficient d'un traitement conservateur associant tumorectomie, curage axillaire (sous-veineux) et irradiation.

❖ **Les tumeurs plus importantes non adhérentes :** sont traitées par mammectomie conservant le pectoral et curage axillaire avec souvent une irradiation postopératoire si les ganglions sont envahis (N+) :

-plus la tumeur est grosse, plus il y a risque de récurrence dans le sein.

-certains auteurs proposent donc une mammectomie d'emblée.

-d'autres une réduction tumorale initiale par chimiothérapie afin de proposer un traitement conservateur, le sein restant devant alors être irradié.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

- ❖ **Un traitement général adjuvant** : est associé s'il existe un envahissement axillaire histologique (N+).il comporte :
 - une chimiothérapie pendant 6 à 12 mois.
 - et / ou une hormonothérapie (castration en pré ménopause, anti estrogène en post ménopause).

2- Tumeurs plus évoluées :

T3, T4, N2, N3, tumeurs inflammatoires et à temps de doublement rapide sont traitées par chimiothérapie première suivie du traitement locorégional puis chimiothérapie complémentaire (=hormonothérapie).

Les femmes âgées (par exemple plus de 65 ans) sont traitées par hormonothérapie et radiothérapie suivies de chirurgie.

3- Tumeurs métastasées :

Elles sont traitées par chimiothérapie et éventuellement hormonothérapie si les récepteurs sont positifs.

VII-prévention et dépistage :

A la différence du cancer du col utérin ou du cancer de l'endomètre, les modalités mêmes du dépistage, a fortiori de la prévention du cancer du sein, ne sont pas encore, à ce jour, bien définies.

C'est le cancer féminin le plus fréquent, et il représente la principale cause de mortalité de la femme entre 35 et 55 ans ; 25 000 à 30 000 nouveaux cas surviennent en France chaque année, et 8 à 10 000 femmes mourront de cette maladie.

C'est donc un problème de santé publique, d'autant que le pronostic est directement corrélé à la taille de la tumeur, la multiplicité des foyers et l'envahissement ganglionnaire.

VII-1- la prévention est-elle possible ?

Pourquoi les japonaises au japon n'ont-elle pratiquement pas de cancer du sein, et pourquoi aux Etats-Unis, ont-elle, dès la deuxième génération, le même taux élevé de risque que les américaines ?

Ces questions expliquent que, pour l'instant, seul dépistage est à notre porté, la prévention du cancer du sein restant, à ce jour, du domaine de la recherche ou de l'hypothèse.

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

Tout au plus peut-on déterminer aujourd'hui certains groupes de femmes ayant plus de risque que d'autres.

Il est acquis depuis cinq ans environ qu'il existe chez certaines femmes une prédisposition héréditaire au cancer du sein. On peut entrevoir aujourd'hui la possibilité d'un diagnostic prédictif, voire d'une thérapie préventive.

Ainsi, le fait d'avoir, dans une même famille, trois apparentés ou plus, au premier degré, atteints de cancer du sein fait porter le diagnostic de prédisposition héréditaire pour la famille. Dans ces cas, le rôle du praticien généraliste est de conseiller une consultation de génétique oncologique, d'encourager tous les membres de cette famille à subir des prélèvements sanguins afin de faire une enquête familiale de génétique moléculaire, pour déterminer s'il existe le gène BRCA (BRCA1 et BRCA2) chez ses membres.

Mais aucune étude, jusque-là, ne préconise une attitude particulière sinon une surveillance étroite de ces très jeunes femmes, dont la mère, les tantes, les cousines sont atteintes : on peut leur conseiller tout au plus d'avoir une grossesse avant 25 ans, de ne pas commencer trop tôt, trop jeune et de ne pas poursuivre trop longtemps, la contraception oestro-progestative.

Le régime alimentaire des pays occidentaux peut expliquer la forte incidence du cancer du sein en occident par rapport aux pays d'Asie et d'Afrique. Les recommandations de prévention sont de manger davantage de fruits et légumes et de réduire la consommation de viande et de graisses animales. La place des vitamines A, C, E et des résultats cliniques probants. (pelissier.c, langbort.2003, p155).

VII-2- dépistage :

- **Dépistage individuel** : l'interrogatoire permet d'individualiser les femmes à risque et de proposer à ces patientes un dépistage par un examen médical périodique des seins et une mammographie tous les deux ans.
- **Dépistage collectif** : la fréquence et la gravité du cancer du sein rendent compte de la nécessité d'un dépistage de masse. L'objectif est de détecter le cancer à un stade précoce, dans une population de femmes asymptomatiques. Le test de dépistage est la mammographie qui présente une excellente fiabilité notamment après la ménopause. Le dépistage avant 50 ans est plus discutable en raison de la densité glandulaire importante chez les femmes non ménopausées et d'une valeur prédictive moins bonne de la mammographie à cet âge.

Au plan technique, la mammographie comprend deux incidences de face et oblique à 45°.elle est interprétée par deux radiologues indépendants, avec possibilité d'une

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

troisième lecture en cas d'interprétation difficile. Le test est proposé tous les deux ans chez les femmes d'âge compris entre 55 et 70ans.

Des essais randomisés ont démontré que le dépistage collectif par la mammographie était capable de réduire la mortalité globale par cancer du sein d'environ 30%. Parallèlement, les cancers dépistés sont plus petits et ont un moindre taux d'envahissement axillaire. Le problème est, en France, le faible taux de participation aux campagnes de dépistage. (daly.n, schweitzer, 2002).

VIII-surveillance :

VIII-1- Objectif de la surveillance :

La surveillance des patientes traitées pour un cancer du sein a plusieurs objectifs :

-détecter une récurrence locorégionale curable, surtout après

Chirurgie conservatrice.

-faire le diagnostic précoce d'un éventuel cancer

Controlatéral (risque au niveau de 10%).

-faciliter la réinsertion sociale et la réadaptation

Fonctionnelle.

-traiter les complications iatrogènes.

En revanche, la recherche intensive de métastases est un objectif très discutable, car les études cliniques sur ce thème n'ont pas confirmé que la détection et le traitement précoce des métastases étaient susceptibles d'allonger la durée globale de survie des malades.

VIII-2- Examens de surveillance :

Les recommandations actuelles préconisent un examen clinique régulier (semestriel pendant cinq ans et annuel au-delà) et une mammographie annuelle. Des bilans sanguins, échographie du foie ou scintigraphie osseuse sont prescrits selon les symptômes. La surveillance biologique systématique n'est pas utile, sauf dans des cas particuliers comme un CA 15-3 initialement élevé ou en cas de haut risque métastatique.

VIII-3- Complications :

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

Dans les jours qui suivent l'intervention, il peut se produire un épanchement lymphatique de la région axillaire ou lymphocèle et une ankylose de l'épaule. Après mastectomie, les patientes bénéficient d'une prothèse mammaire externe.

La radiothérapie entraîne souvent un état inflammatoire du sein, qui persiste de six à douze mois. Aux doses utilisées en postopératoire, les séquelles sont rares à type de sclérose de la glande mammaire, de téléangiectasies cutanées, de pigmentation résiduelle, rarement de nécroses tardives.

La complication essentielle de la chirurgie est le lymphoedème du bras homolatéral. Le risque d'œdème important est de l'ordre de 5%. L'œdème du bras est imputable au curage axillaire qui induit une stase lymphatique. Le risque est aggravé par les travaux intensifs, un traumatisme ou des épisodes de lymphoedème peut être prévenu par la protection manuelle lors des travaux ménagers et de jardinage et la désinfection de toute plaie. Il convient d'éviter les prises de sang et la mesure de la tension artérielle sur le bras homolatéral. Ils sont traités par la massothérapie et en cas de lymphangite par une antibiothérapie à large spectre.

VIII-4- Récidive intra-mammaire après chirurgie conservatrice :

Après chirurgie conservatrice, le risque de récurrence locale de l'ordre de 10% à 10 ans (1% par an) et particulièrement dans les situations suivantes :

- marge d'exérèse incertaine, ou envahie lors de la Tumorectomie.
- présence d'une composante extensive de carcinome *in situ*
- patientes de moins de 35 ans.
- doses insuffisantes de radiothérapie.

L'objectif de détection précoce d'une récurrence locale, potentiellement curable impose une surveillance particulière, parfois difficile du fait de la fibrose radique. Le suivi repose sur l'examen clinique et la mammographie. En cas d'anomalie à ces examens de base, on fait appel à l'échographie et à l'IRM, voire à des biopsies.

Le traitement des récurrences mammaires isolées comporte une mastectomie totale, qui donne dans cette situation, des taux de survie à 5 ans de 50%. Un certain nombre de patientes (10%) présentent des métastases contemporaines de la récurrence mammaire, ce qui impose un bilan d'extension systématique. Le traitement est alors celui des cancers métastatiques.

VIII-5- Récidives pariétothoraciques après mastectomie :

Chapitre II: Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

Ces récurrences se présentent comme des nodules durs, enfoncés dans le derme au niveau de la cicatrice ou de la peau avoisinante. Des métastases à distance sont trouvées chez la moitié des patientes. Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale des perméations et la radiothérapie chez les patientes non irradiées. L'hormonothérapie et la chimiothérapie sont prescrites en fonction des résultats du bilan d'extension et de la présence de RH. (Lansac, J., Leconte, 2002).

CONCLUSION :

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

-aspect psychologique de cancer du sein :

Préambule

Le cancer de sein est une expérience qu'aucune femme ne souhaite vivre. Pour beaucoup, le cancer du sein est un mauvais cauchemar. Ce type de cancer comme toute maladie organique, ne concerne pas seulement l'aspect physique mais aussi l'aspect psychique qui provoque des réactions psychologiques très variées.

Dans la deuxième partie de premier chapitre, on va essayer de parlé sur l'impacte psychologique de cancer du sein sur les patientes et leur entourage.

I-l'annonce de diagnostic et le traitement chez la femme

Atteinte d'un cancer du sein :

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

II- réaction familiale :

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

II-1- Phase de diagnostic et de traitement :

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

Tout d'abord, le diagnostic de cancer précipite la famille dans une crise émotionnelle aigue. Cette crise est principalement déclenchée par la menace de perdre un proche et la remise en question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille ; cette situation induit des sentiments de peurs, d'impuissance et de culpabilité (northouse et coll. ; 1987 ; northouse, 1988 ; Giacquinta, 1979 ; Snyder, 1986).

La plus part des familles arrivent à faire face au diagnostic de cancer malgré la souffrance engendrée. Cependant, diverses études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement psychosocial significatif chez un tiers des patients cancéreux adultes, leur conjoints et leurs enfants (**maguire, 1981 ; northouse et coll., 1987**).

La famille est source de soutien pour le patient mais celle-ci états elle-même perturbée par ce stress, le bien-être psychologique du patient peut en être affecté une étude portant sur 661 femmes traitées par mastectomie pour un cancer du sein analyse les liens entre la perception d'un soutien familial et le bien être psychologique de patient (bloom, 1996).

II-2- Phase de rémission et de guérison :

La phase de rémission comprend une phase de réhabilitation et peut être assimilée, lorsqu'elle se prolonge, à une guérison. Les difficultés familiales associées à cette phase sont notamment : la recherche d'une satisfaction des besoins individuels, l'adaptation au changement de rôles et de mode de vie (Northouse, 1984).

Par ailleurs, le retour à la vie normale signifie une reprise des rôles et du mode de vie antérieur. Des désaccords entre membres de la famille concernant la réorganisation du fonctionnement familial peuvent se manifester et créer des conflits importants. Un déséquilibre dans l'attribution des rôles peut être maintenu lorsque le patient se trouve psychologiquement ou physiquement incapable de reprendre ses activités. La période de rémission et de guérison constitue un temps d'accalmie après la crise. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux. Le moindre dysfonctionnement ou symptôme physique lui fait craindre une rechute de son affection. La famille reste aussi anxieuse bien qu'elle semble contrôler ses sentiments, invitant le patient à tourner la page (Schweicher, 1987).

II-3- Phase préterminale et terminale :

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

Chez les enfants également, une nette diminution de l'anxiété a pu être notée quand ils étaient informés de l'évolution de la maladie terminale de leurs parents (Rosenheim et coll., 1985, P26).

III- qualité de vie des patients cancéreux :

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

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

La qualité de vie pourrait comprendre aussi le niveau de revenu, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés a la santé sociaux , environnementaux , économique. . .etc. dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrances physiques et psychiques. de nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie. Ainsi le fait de vivre une expérience négative peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis des quelles il évalués sa qualité de vie (FISHER ,2002).

IV-évolution psychologique des patients cancéreux :

Un patient cancéreux connaît différent phases d'adaptation psychologiques face à sa maladie. Celle-ci s'annonce parfois par des symptômes, ou est découverte fortuitement. Le malade doit alors faire face au diagnostic de cancer, puis aux traitements, plus ou moins agressifs, avec leurs effets secondaires souvent pénibles. il connaît ensuite une rémission. Dans la plupart des cas, les séquelles de la maladie et des traitements empêchent d'espérer une *restitutio ad integrum*, ce qui rend la notion de guérison délicate à manier. Deux évolutions sont alors possibles : le patient peut rechuter, avec le désespoir, l'angoisse que cela entraîne, et aller vers les phases préterminal et terminale de la maladie ; il peut aussi devenir ce que certains auteurs nomment un survivant. Ce statut ne va pas non plus sans problèmes : le sevrage du système médical, la nécessité de reprendre progressivement une vie active et de renoncer au soutien actif des proches sont autant de difficultés à surmonter (A.HAYNAL, W.PASINI, M.ARCHINARD, 1997).

V-aspect psychologique de douleur cancéreuse :

La souffrance physique entraîne la mise en place du processus psychique particulier qui mène le sujet à se focaliser sur l'autoconservation, sur l'évitement à tout pris de l'inconfort et ceux des valeurs essentielles personnelles qui lui paraissent (Soussan, Dudirot, 2009, P 62).

La douleur cancéreuse est un symptôme complexe, nécessitant une évaluation approfondie. À côté des examens médicaux en vue de déterminer la cause physique de la douleur, les mesures verbales de la sensation douloureuse occupent une place importante pour le traitement de la douleur. Il existe actuellement différentes échelles d'évaluation de la douleur dont certaines ont été étudiées plus spécifiquement dans des populations de patients cancéreux (FISHAM et coll., 1987 ; GRAHAM et coll., 1982 ; DAUT et coll., 1982, P99).

Ainsi, le sens que le patient attribue aux douleurs cancéreuses peut influencer l'amplitude de ses réactions : envisager la douleur comme un signe de la progression de l'affection cancéreuse induit une perturbation de l'humeur plus importante que si la douleur est attribuée à d'autres causes. La douleur entraîne une détresse, un pessimisme, voire une dépression. Ces états psychiques réduisent quant à eux la capacité du malade de faire face à la douleur. Il n'est pas exclu que l'action combinée de la douleur et de la dépression puisse intensifier une détérioration de l'état général d'un malade (Stam et coll., 1985 ; Chapman, 1997 ; Shacham et coll., 1983).

VI-aspect psychologique de la mammectomie :

Dans notre culture occidentale, le sein symbolise la féminité dans la double perspective de la sexualité et de la reproduction, mais la valeur de cet organe dépasse le cadre fonctionnel et comporte des aspects de séduction et d'esthétique largement exploités par les mass media, la mode et la publicité. De ce fait, il est important de porter une attention particulière aux réactions affectives de la femme mammectomisée même, dans un cas bénin, puisque une atteinte à cet organe constitue une menace directe et profonde à son identité de femme. Cette démarche psychologique est d'autant plus complexe qu'elle se déroule dans le cadre d'une maladie grave avec toute la signification implicite du cancer. La perspective de l'opération réveille des craintes irrationnelles et anciennes liées au thème de la castration et du morcellement et si la femme est maintenue dans l'ignorance de l'ablation, le réveil est souvent

Chapitre II : Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

pénible, voir bouleversant. Seules quelques malades très passives se réfugient dans une dépendance aveugle et préfère ne rien savoir. Au réveil, la perte appréhendée reste à vivre. Toutes ces femmes craignent de voir la cicatrice, quelques-unes s'y refusent désirant en prendre connaissance petit à petit à la maison.

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

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

Souvent, le cancer du sein modifie profondément le concept de soi des malades, selon Charmaz 1999, la maladie menace une part entière de l'identité des patientes. Les modifications sur le sein, garant symbolique de l'identité féminine, de la fonction maternelle et de la sexualité, entraînent un changement sur l'image du corps (M.mikolajczak, j.quaidbach, d.mélis, 2013).

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

Par ailleurs, 18 % des femmes mastéctomisées rapportent ne pas être satisfaites des séquelles cicatricielles et 24 % des prothèses qui leur sont proposées. Des comportements d'évitement tels que par exemple ne plus se regarder dans un miroir et se déshabiller dans le noir sont fréquents. Ainsi, 9 % des patientes rapportent éviter totalement de regarder leur cicatrice et 16 % tenter le faire. Elles rapportent se sentir réduites sur le plan des choix vestimentaires et ne plus pouvoir regarder de façon neutre les images attractives des magazines ou leurs amies

Chapitre II : Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

qu'elles peuvent quelques fois jalouser. D'une manière générale, les sujets jeunes n'ayant pas encore établi de lien affectifs et sexuel stable se sentent diminués et situations, si elles surviennent, sont associées à des difficultés diverses. Sur le plan psychologique, les cancers féminins et leurs traitements peuvent porter atteinte à l'image du corps et aux relations de couple. Les mastectomies atteignent non seulement les femmes par mutilation d'un attribut de féminité hautement investi socialement mais également par la description d'un organe ayant une fonction dans les stimulations participant à la satisfaction liées aux relations sexuelles (D.Razavi, N.Delvaux, 2002).

VIII-adaptation psychologique de la femme atteinte de cancer du sein et de son entourage :

Le travail d'adaptation psychologique a pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. Dans une étude prospective cherchant à repérer des facteurs de risques de détresse psychologique et psychosociale dans un groupe de femmes de tous âges traitées pour cancer du sein, les auteurs ont formulé l'hypothèse de certains facteurs de risques et ont défini, au début de la prise en charge, deux groupes, l'un à risque, l'autre non. Le caractère « à risque » est fondé sur la mauvaise qualité du coping antérieur, la mauvaise qualité du support socio familial, l'existence de problèmes de la santé antérieure. Cela accroit l'importance d'interroger les patientes sur leurs vécus subjectifs, et d'adopter une logique de prévention en fonction des facteurs de risque préexistants. L'adaptation de la patiente apparaît donc dépendre : de facteurs médicaux, des facteurs psychologiques dont la richesse des stratégies d'adaptation utilisées par la patiente, l'adaptation active, par recherche d'information et de partenariats étant peut-être la plus favorable en terme de diminution de la détresse psychologique ; elle dépend également des facteurs psychosociaux, dans ce domaine la bonne apparaît plus liée au soutien social perçu qu'à la taille objective du réseau social. L'adaptation des conjoints dépend elle aussi de la disponibilité de leur entourage, des charges liées aux enfants, et de la douleur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse (S.DAUCHY, P.ROUBY, 2006, P 11).

IX-prise en charge psychologique des patients cancéreux :

Lorsqu'un patient cancéreux développe un état psychopathologique (dépressif, anxieux ou organique), il doit bénéficier du traitement habituel pour ce trouble. L'approche

ChapitreII : Cancer du sein : Aspect médical, aspect psychologique

psychopharmacologique (BRIETBART et HOLLAND, 1993) et psychothérapeutique gagne à être centrée sur les symptômes, et à valoriser les ressources adaptatives du patient.

Mais tout patient cancéreux devrait pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique, s'il le souhaite, afin de pouvoir mobiliser au mieux ses capacités personnelles d'adaptation face à la maladie. Des interventions de groupe ont été développées avec succès ces dernières années, offrant aux patients de l'information, du soutien, la possibilité de développer des compétences particulières (« *coping skills training* »), ou des effets psychothérapeutiques de différents types (Cunningham et Edmonds, 1996).basées sur la résolution de problèmes, l'information, l'expression des émotions et le soutien psychologique ; dans les deux cas(cancer du sein métastatique et mélanome, respectivement), les patients ont connu une survie moyenne significativement plus longue que les sujets contrôles. Ces travaux sont en voie de répliation dans plusieurs centres. Si leurs résultats devaient être confirmés, ils modifieraient considérablement notre conception du rôle des facteurs psychologiques dans l'évolution du cancer. (A.HAYNA , W.ARCHINARD).

Conclusion

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

Préambule

lorsqu'on étudie la question de la féminité considérer en tant qu'un être différent de l'homme, et elle serait un être humain représentatif, selon leur image éclairante, caractéristiques qui vont de la paire avec les exigences de maternité et les autres exigences général.

Etre une femme, c'est avoir la chance ineffable de pouvoir donner la vie, grâce à des organes, outils merveilleux, qui gardent leur mystère pour encore trop de femme.

Notre sexe n'est pas une chose honteuse. Il doit nous être familier comme n'importe quelle partie du corps. Que ce chapitre sur sa description ne reste pas abstrait. On touchant tout ce qui peut l'être ; la femme, sa puberté, leur schéma corporel et sa sexualité.

1-Définition de La femme :

Être femme, simplement femme. Bien-être d'être fille, et d'être mère, bien sur, sinon quoi ? Reproduction ou plaisir du mâle ? Entre tout, la petite fille qui naît fille, dont le corps se transforme. la petite fille qui déjà désire sans savoir quoi ? L'adolescente qui se découvre nouvelle, qui se sent devenir, qui ose aimer. Qui attend la vie d'un autre. La vie qu'elle contient dans sa gracile forme. (Annie Anzieu, femme sans qualité, p 9)

1-2. Définition de la féminité :

La féminité caractérise d'abord la femme en tant qu'être biologique. Elle qualifie couvre l'ensemble ensuite la femme en tant que genre sexuel.

La féminité est « l'ensemble des caractères morphologiques, psychologiques et comportementaux propres aux femmes. Ils sont biologiquement liés au sexe et fortement influencés, voire conditionnée par l'environnement socioculturel. Ils sont exclusifs et différencient les femmes des hommes qui eux possèdent des caractères masculins ». (Dalhem Majorie, 2007 / 2010, p10).

2- La puberté féminine :

2- 1. Définition de la puberté :

c'est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiquement de la quiescence infantile à la capacité reproductive. La puberté est un phénomène physiologique. Son apparition varie selon l'espace culturelle et le temps.

L'adolescence est le passage obligé de l'enfant vers l'adulte. Elle commence vers 10,12 ans avec les premiers signes de la puberté dont l'événement le plus marquant est l'apparition des premières règles. L'adolescence dure à peu près 5 ans. Elle est considérée comme terminée quand une certaine maturité physique et psychique paraît évidente. (braconnier, A .Marcelli, D. (1988), p 54)

2-2. L'émission des premières hormones :

La puberté débute par la mise en route du fonctionnement de l'hypothalamus qui va déclencher des réactions hormonales en chaînes.

Sous l'impulsion de l'hormone émise par l'hypothalamus, l'hypophyse se met à sécréter ses ces deux hormones FSH et LH. Cette sécrétion hypothalamus-hypophyse, peu intense au début, stimule les ovaires et déclenche l'apparition des caractères sexuels secondaires. Dans un premier temps, les ovaires ne sécrètent que des estrogènes et plus particulièrement de l'estradiol dont le rôle est primordial dans le développement des organes génitaux.

2-3. L'apparition des caractères sexuels secondaires :

C'est la première manifestation du début de la puberté puisqu'ils apparaissent en réponse à la libération d'estradiol par les ovaires. Il s'agit principalement du développement mammaire et de l'apparition de la pilosité.

▪ Le développement mammaire :

La sécrétion estrogénique qui apparaît environ deux ans avant les premiers cycles ovaires entraîne tout d'abord la pigmentation de l'aréole suivie d'une surélévation du mamelon. Les canaux excréteurs prolifèrent ensuite mais sans formation de la partie glandulaire à leur extrémité. Il y a surtout un important développement du tissu conjonctif ainsi que du tissu adipeux qui va donner le volume du sein. Les deux seins ne se développent pas à la même vitesse. C'est très souvent le sein gauche qui prédomine sur le droit.

▪ La pilosité (poil) :

Alors que les seins ont commencé leur développement, la pilosité fait une timide apparition. C'est sous l'impulsion d'hormones mâles, sécrétées en petite quantité par les ovaires et surtout par les glandes surrénales, que va s'amorcer la pousse des poils, vers 12 ou 13 ans. Ce sont les poils pubiens qui apparaissent les premiers. D'abord épars sur les grandes lèvres, ils recouvrent peu à peu le Mont de Vénus. La pilosité des aisselles est

plus tardive. Elle n'est visible que 12 ou 18 mois après celle du pubis. Le duvet qui recouvrait le corps de la petite fille se modifie sur les membres ou les poils deviennent plus longs et plus épais.

▪ **Les autres signes pubertaires :**

Les seins et la pilosité sont des phénomènes les plus visibles qui annoncent le début de la puberté. Beaucoup d'autres modifications vont avoir lieu mais de façons plus discrètes.

La voix devient plus grave, les glandes sudoripares des aisselles, des mamelons, du nombril, des petites lèvres et de la région anale entrent en activité, ce qui modifie l'odeur corporelle.

▪ **Les modifications staturo-pondérales :**

Environ un an l'arrivée des règles, l'adolescente grandit beaucoup. Cette croissance importante se situe entre 12 et 13 ans et se ralentit énormément après la survenue des premières règles. Il y a en effet soudure des cartilages de conjugaison sous l'influence des estrogènes sécrétés par les ovaires. Ces mêmes estrogènes provoquent l'élargissement du bassin, l'accentuation de la cambrure lombaire et la répartition des masses graisseuses sur les hanches, le bassin et les cuisses, donnant ainsi à l'adolescente sa morphologie féminine. (Marie-Claude Delahaye, (1992) p 86 et 89).

2-4. Les premières règles :

-les règles :

phénomène naturel, sont la manifestation la plus visible de la puberté. Elles sont le témoignage du bon fonctionnement de l'axe hormonal hypothalamo-hypophysaire-ovarien et indiquent que la maturation sexuelle est en voie d'achèvement.

Les premières règles constituent une étape de la puberté : elles indiquent l'achèvement de la maturation de l'utérus mais ne signifient pas, pour autant, que la jeune fille a acquis la fonction de reproduction.

L'âge des premières règles varie entre 9 et 17 ans Les premières règles surgissent en moyenne deux ans après la formation des bourgeons mammaires mais cette durée peut être plus longue (quatre ans) ou plus courte (un an).

3- La féminité et le schéma corporel :

3-1. Définition de schéma corporel :

il s'agit d'une représentation du corps dans l'espace, ainsi que des différents segments

corporels qui le composent. Le schéma corporel se forme à partir des informations sensorielles extéroceptive (visuelles, tactiles, auditives) et proprioceptives (cénesthésiques et kinesthésique). (Annick Weil-Barais et Dominique cupa,p 34)

le schéma corporel se construit progressivement depuis la naissance. Selon wallon, la construction du schéma corporel et celle de la perception de l'autre suivent un même mode de développement. A six ans, on peut considérer que le schéma corporel est à peu près constitué. Ce qui explique que c'est dès cet âge que l'on peut observer des dysfonctionnements dans le schéma corporel.). (ibid, p 34)

3-2. Le corps féminin :

La féminité c'est un concept qui recouvre un ensemble d'affects, de modes émotionnels, liés aux représentations de l'espace du corps interne, au désir de gestation et au plaisir narcissique d'être possédée en tant qu'objet d'amour. (Annie anzieu, p7)

L'image corporelle d'une femme dépend du corps idéal du point de vue de la société, du corps idéal intériorisé, de son image corporelle du moment et de son allure réelle. La culture occidentale met l'emphase sur l'apparence. Ce qui est valorisé : la minceur, la jeunesse, la beauté, la santé. (Hurd, 2000)

Les réactions, physiologiques, et anatomiques, du corps féminin à l'amour sont identiques d'une femme à l'autre, indépendamment des réactions sensuelles et émotionnelles propres à chacune.

3- 3. Image symbolique des seins :

-Le sein comme support de l'identité féminine :

Le sein signe de sa marque le corps féminin, puisqu'il va principalement du sein de la femme (Bruillon, 1996). Ainsi il est possible de pensé que les seins soient des représentations de la féminité car ils font symboliquement référence à l'identité sexuée de la femme

Cette dernière doit être considérée comme l'identité fondée sur la différence des sexes, qui inclut qu'il existe un féminin et un masculin .l'identité sexuée se construit autour de référents physiques et comportementaux qui peuvent être naturalisés par les individus. Ainsi les seins sont symboliquement associés à la femme et renvoient à son identité sexuée socialement déterminé.

Selon Pierre DACO, (1972) « Les symboles de la femme sont nés, non seulement à partir de ce qu'elle est, mais de ce qu'elles paraissent être. »

-La maternité :

La féminité renvoie à différents types de représentation notamment à travers des caractéristiques que l'on attribue au rôle de la mère. Ainsi nous allons nous questionner sur le bien qui existe entre le sein et la mère.

Tout d'abord, le rôle de la mère renvoie, depuis bien longtemps, au principe de fécondité. De ce fait les seins sont associés à la reproduction et à la fertilité de la femme dans de nombreuses cultures.

Le sein est notamment symbole d'allaitement, image de réconfort maternel, cependant dans nos sociétés contemporaines. L'image de la mère semble parfois s'effacer au profit de celle de la femme et le sein reflète de préoccupation plus narcissique, le sein revêt plusieurs facettes : objet de convoitise et de désir d'identification pour la femme qui tend à se rapprocher de la perfection du modèle, objet de désir et de fantasme sexuel pour l'homme. (Kaufman, J.C. (2000), p 76)

Cette partie du corps féminin a été depuis les temps les plus reculés un objet universel de fascination, de vénération et d'exécration. Le sein nourricier est le lieu d'une relation symbolique entre la mère et l'enfant, source d'un plaisir fusionnel partagé (Baas, 2008). À travers l'allaitement est donc présente l'idée que le sein favoriserait un état fusionnel entre la mère et l'enfant : Dominique Blin le rapproche même du « sentiment d'union indissoluble » décrit par Freud dans *Malaise dans la civilisation*, (Paris, PUF, cité par Blin D.P119).

4-La sexualité féminine :

4-1 .définition de la sexualité :

La sexualité est un phénomène complexe qui évolue, se modifie avec les différents âges de la vie. Il comprend des investissements du corps propre, du corps de l'autre, de certaines représentations et des questions au sujet de la vie sexuelle. Il organise les modalités de la vie relationnelle (ou relation d'objet).

La psychanalyse accorde une place centrale à la sexualité. La sexualité désigne des activités et des états de plaisir qui dépendent non seulement de la génitalité mais aussi de toute une série d'activités et de plaisirs qui existent dès la toute petite enfance. En cela, le

plaisir sexuel n'est pas réductible à un besoin physiologique mais est une des composantes de l'amour. (Annick Weil- barais, 2008, p 32)

4-2. Le désir sexuel :

« le désir sexuel est l'expression de la disponibilité psychique qui suit les variations de l'humeur, c'est-à-dire de la confiance en soi et de liberté de l'esprit qui s'accommodent mal des querelles, des traumatisme, des conflits non résolu. Il nécessite donc une bonne connaissance de soi et une lucidité des relations avec les autres. Dans cette mesure, le désir n'est pas capricieux, il est allié de la femme dans la relation qu'elle désire avec l'homme de son choix. (Phelipe b, 1999, p 72)

Le désir sexuel résulte d'un mélange subtil de stimulation sensuelle, affective et intellectuelle liées à des sensations physiques réelles ou imaginées.

✓ Quelle est l'importance de nos sens dans le désir sexuel ?

Dans l'amour, les cinq sens sont en éveil et participent à la naissance du désir et à la montée de l'excitation sexuelle.

Les stimulations sensorielles sont multiples. Qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives, tactiles ou encore gustative, elles provoquent stimulent et entretiennent le désir sexuel. Une lecture, la vue d'une scène érotique, un regard furtif suffisent à l'enflammer.

✓ Les hormones jouent-elles un rôle dans le désir sexuel ?

L'hormone ayant l'influence la plus importante sur la libido, aussi bien féminine que masculine, est la testostérone sécrétée chez la femme en petite quantité par les ovaires et les glandes surrénales.

La deuxième hormone responsable de l'appétit sexuel de la femme est l'estradiol émis par les ovaires.

Les hormones sexuelles agissent en association avec des neurotransmetteurs qui sont des substances chimique libérées dans le cerveau, au niveau de l'hypothalamus.les plus importantes sont la sérotonine et la dopamine responsable.

4- L'accès au plaisir :

le mécanisme du plaisir est à la base le même pour toutes les femmes. Vont s'y greffer une multitude de paramètres tels que l'état de santé, le taux hormonal, l'âge, les circonstances, l'humeur, l'intensité de la stimulation érotique et, bien sur, l'aptitude psychologique au plaisir sexuel.

Chaque femme réagit à l'amour de façon différente. Une femme bien dans sa peau, en éveil constant à toute stimulation sensorielle ou émotive, a une vie sexuelle plus riche qu'une femme qui doute d'elle-même et refuse, par peur, de nouvelles expériences.

✓ Comment accéder au plaisir sexuel ?

Le plaisir sexuel est ressenti différemment par chacun d'entre nous. Il dépend de notre capacité à :

- Aimer suffisamment son corps pour désirer et accepter les multiples caresses de l'amour.
- Oser nourrir sa libido de fantasmes érotiques qui stimulent l'imagination.
- Accepter les jeux sexuels pour arriver à une excitation maximale.

IV- Les phases de la sexualité :

Les manifestations de base de l'évolution du plaisir ont été classées en quatre phases montrant par là le côté physique immuable et universel du plaisir sexuel féminin.

A_ La phase de l'excitation :

L'origine de l'excitation est le désir. Il peut naître spontanément par les sens ou être suscité et stimulé par des caresses.

Sous l'effet de l'excitation, les organes génitaux vont se congestionner par un afflux de sang dans la région pelvienne. Les parois vaginales se gonflent et libèrent par un phénomène de transsudation un liquide fluide destiné à lubrifier le vagin.

Chez les filles, l'excitation sexuelle se manifeste par une érection du clitoris et du mamelon des seins (qui durcissent) et par une lubrification du vagin (qui devient humide), facilitant ainsi le rapport sexuel. Le corps entier participe aussi à cette excitation : le pouls s'accélère, la respiration devient de plus en plus rapide, les muscles se contractent, cette phase d'excitation dure en général de quelques minutes à plus d'une demi-heure, en fonction de l'intensité de désir. (Paule Kadés, p 26)

B_ la phase de plateau :

La phase de plateau commence au moment de la pénétration du pénis qui envoie des ondes de plaisir dans tout le corps. La sensibilité à ce niveau est devenue très grande et la moindre pression provoque une bouffée de plaisir. Ce plaisir qui irradie, joint à l'excitation préliminaire, conduit à l'orgasme.

C_ phase de l'orgasme :

C'est la phase la plus courte et la plus intense. L'orgasme ne survient que si l'excitation sexuelle s'est maintenue à un certain niveau pendant un temps assez long. Il dépend beaucoup du plaisir que l'on a du partenaire et la qualité de ses caresses. (Marie-Claude Delahaye, P 184 et 193)

L'orgasme se traduit par une contraction des muscles qui enserrant le vagin, lesquels entraînent des spasmes rythmés au niveau du bassin et du bas du corps qui se raidit. (Paule kadés,p 26)

5- La santé psychique féminine :

Les femmes sont souvent déprimées que les hommes. Les chiffres sont éloquentes : la probabilité de développer une dépression sur toute une vie est, chez la femme, de 20% contre 13% chez l'homme. Huit pour cent des femmes associent une dépression à des troubles de la personnalité contre 4% chez les hommes. Des troubles anxieux associés à des troubles de l'humeur sont de 5,1% chez les femmes contre 1,9% chez les hommes.

Pourquoi ? Une explication qui a la vie dure concernerait la « la fragilité nature du psychisme féminin ». Petite précision : à la différence des hommes, les femmes sont plus fréquemment conscientes de leur souffrance et cherchent à se soigner. En général, les hommes ne s'y résolvent que très tard.

Autre explication qui arrive très vite : le jeu de variations hormonales ! combien de fois n'a-t-on pas entendu ce type de remarque ironique : « elle a ses règles... », « La ménopause la travaille... ». C'est quelque peu réducteur. On oublie trop souvent que l'origine de la majorité de ces douleurs et de ces souffrances remonte aux circonstances sociales de la vie de la plupart des femmes : le surmenage, la violence domestique, le stress professionnel ou social, le fait de se sentir prise au piège, la dépendance économique... les femmes sont, de fait, soumises à des forces culturelles et économiques. Ces réalités remises en mémoire permettront peut-être aux femmes en situation de détresse psychologique de ne pas éprouver, de surcroît, le sentiment d'une souffrance illégitime. Un sentiment qui ne fait qu'aggraver les troubles ressentis : anxiété, colère ou apathie. (Ibid., p 56)

Conclusion

Pour conclure, on peut dire que la valeur de la femme est symbolisée dans leur apparence ; dans une image de séduction et que ça soit dans la reproduction. Ainsi sa féminité peut répondre tant aux besoins physique et émotionnel des enfants et des hommes.

Préambule

L'angoisse est inséparable de la condition humaine. Un sentiment qui s'empare de l'âme qui se sent menacée par un mal future.

Si l'angoisse se pose là, comme question de ce qui est à comprendre de la vérité du sujet, de ce qu'il ne peut en dire et qui en revanche l'envahit dans son corps, comme question de ce qu'il en est du sujet du signifiant, de sa position d'être au monde et aussi comme question posée par sa plainte.

Alors, ce chapitre fait appel au savoir dont il lui en suppose un sujet.

1. Les différentes définitions de l'angoisse :

1.1. La conception de l'angoisse avant Freud :

Les psychologues organicistes rangent l'angoisse parmi les émotions, et la définissent comme une peur sans Object. Le terme « émotions » désignant, pour eux, une rupture brusque de l'équilibre psycho-physique, survenue sous l'influence d'un danger actuel.

Chez l'homme l'angoisse serait donc la peur animal imaginativement représentée et prolongée. Le résultat de cette prolongation est l'existence d'un rapport génétique entre l'angoisse humaine et l'émotivité animale.

Les théories de rebot et du courant organiciste, postulent que l'angoisse humaine est déclenchée par la perception brusque d'un danger mortel et insurmontable. De cette perception découlent alors trois types de comportements. Hérités du comportement animal : l'attaque ou agression. La fuite et la convulsion léthargique.

Selon Janet « pour l'angoisse toute la situation (non seulement le sentiment à l'égard de l'obstacle, mais encore l'objet lui-même) se trouve concentré dans l'intrapsychique ». (diel 1954, p 60)

Cette conception de l'angoisse intrapsychique ouvre la voie vers la découverte de l'inconscient et vers l'élaboration de la conception freudienne de l'angoisse.

1-2-définition freudienne de l'angoisse :

Un phénomène fondamental de Freud mise en exergue : « l'angoisse est un état d'affect et un problème principale de la névrose ». Autrement dit, un processus psychologiques

endogènes au même titre que l'amour et la haine, Freud cite d'autres : les tentions, la douleur et le deuil ont le caractère du déplaisir en commun avec l'angoisse.

En accord avec Sigmund Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objet. L'angoisse est assimilée à de l'énergie libre : une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de décharger met en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action et dans sa sensation corporelle : elle entre dans le registre plaisir /déplaisir. (Le Goff, i, (2009) P 60)

1-3- Définition de l'angoisse chez Lacan :

Dans ses écrits d'avant- guerre, Lacan avait référé l'angoisse au « corps morcelé » auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir ; l'unification du corps entier autour de pénis donne lieu à une angoisse de castration, mais il réfère aussi l'angoisse à la crainte d'être engouffré par une mère dévorante. Dès lors, ce qui angoisse n'est pas tant d'être séparé de la mère que de ne pouvoir s'en séparer.

Il est donc faux de dire que l'angoisse se caractérise par l'absence d'objet et la distinguer de la peur. « L'angoisse n'est pas sans objet » simplement, cet objet ne prend son sens que par la chose- cette chose que le sujet ne peut ni dire, ni caractériser, ni envisager sans vestige.

L'angoisse est donc une expression, un signifié imaginaire de cette détresse qui est solitude absolue. (Clero, j. p, 2002, P. 13)

1-4. La définition classique de l'angoisse :

A. L'anxiété :

la définition d'anxiété donnée au début de siècle par pierre Janet qui désigne une peur sans objet, ou plus précisément sans objet réel.

L'anxiété est l'appréhension irraisonnée que nous avons en face d'un danger. Elle se distingue quantitativement de l'angoisse. (Guy, Besançon, 1993).

B. La peur :

La peur est l'émotion que nous éprouvons en face d'un danger dont nous mesurons

l'ampleur comparativement aux moyens de défense dont nous disposons. C'est un phénomène entièrement conscient.

C- Effroi :

Un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable.

D. l'angoisse :

L'angoisse est état de malaise physique et psychique :

psychiquement elle est perçue comme un sentiment d'insécurité pouvant aller jusqu'à un état de panique. L'individu qui l'éprouve n'a pas conscience de l'objet qui la provoque ou bien encore l'état émotif qu'il subit lui paraît complètement disproportionné aux circonstances qui l'on induit. Il y a toujours des éléments d'inconnu, d'incertitude et d'impuissance qui se rattachent à l'angoisse.

Physiquement, elle est caractérisée par une gêne respiratoire avec un sentiment de restriction de la poitrine, par des sueurs, par des palpitations et souvent par une faiblesse générale. Elle est un réflexe induit par une émotion qui n'a pas pu être maîtrisée. Elle peut se représenter sous forme aiguë ou chronique. (De Saussure, R, 1953, P 10. 11).

2-Les théories psychanalytiques de l'angoisse

2-1-La théorie psychanalytique :

Cette théorie expliquée par Sigmund Freud dans son livre intitulé « inhibition, symptôme, et angoisse » qui est parue en 1926.

La théorie de Sigmund Freud explique l'angoisse en deux théories dites « la première théorie de l'angoisse » et « la deuxième théorie de l'angoisse »

2-1-1- La première théorie de l'angoisse:

Dans laquelle Freud s'appuie sur la libido, dont cette dernière se change en angoisse dès le moment que la pulsion ne peut atteindre à une satisfaction.

-Angoisse réelle et angoisse psychique

- **Angoisse réelle :**

L'angoisse réelle prévient d'un danger extérieur, elle est associée à un réflexe d'autoconservation, Freud la considère comme quelque chose de parfaitement normale. Par exemple l'enfant réagit à la perte de la mère, en reproduisant une angoisse dû à l'acte de la naissance, par la séparation d'avec la mère qui laisse la libido inemployée, n'ayant pas d'objet sur lequel elle puisse se porter.

- **L'angoisse psychique (névrotique):**

L'angoisse névrotique prévient le moi du danger que représente pour lui la libido, Freud explique qu'une libido momentanément inemployée mais d'une libido détachée d'une reproduction refoulée. Il répond à la théorie d'OTTO Rank dans laquelle il persiste que l'angoisse névrotique s'organise autour d'un noyau qui constitue la répétition d'un certain événement important et significatif qui appartient au passé du sujet.

2- 1-2- Deuxièmes théories de l'angoisse :

Dans cette théorie Freud considère que l'angoisse est comme une véritable fonction de Moi. C'est un signal de déplaisir qui permet de mobiliser toutes les énergies disponibles pour lutter contre la motion pulsionnelle issue du ça laquelle reste d'Alleur.

En effet Freud considère que le moi est le siège réel de l'angoisse et la conception antérieure qui voulant l'énergie de la motion refoulée soit automatiquement transférée en angoisse et repoussée. (Jean Bergeret, et al.1995, p78.79).

3-Théorie cognitivo- comportementale :

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage. Conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information.

Selon les principes de TCC, ce que nous ressentons est lié à notre perception de la situation angoissante et non simplement à la nature de cette situation. Cette idée a son origine dans les anciennes philosophies orientales et occidentales. Dans ces premiers ouvrages. Aaron Beck, le père de la TCC, a décrit les schémas de pensées négatives associés à l'angoisse (p. ex, être critique à l'égard de soi, du monde et de l'avenir). Il a également

décrit des moyens de cibler et d'atténuer les pensées négatives, afin d'améliorer l'humeur. Plus tard, Beck et ses collègues se sont concentrés sur le contenu des pensées et le processus de pensée associés à l'angoisse ainsi que sur les moyens de traiter les problèmes d'angoisse. (Neil, A, et Rector, PH. (2010), p 3)

4-classification de l'angoisse :

Trois types d'angoisse sont différenciés qualitativement selon les trois structures pathologiques suivantes :

- chez le névrosé, elle provient de la relation triangulaire et prend la signification d'angoisse de castration.
- chez le sujet état limite, elle provient de la relation anaclitique et génère l'angoisse de perte.
- chez le psychotique, elle provient de l'angoisse de mort et est reconnu sous l'angoisse de morcellement.

5-Les types d'angoisse :

5-1- Angoisse de naissance :

Freud publia sa théorie sur l'angoisse en réponse à la publication de « traumatisme de la naissance » de Rank en 1924 qui avait lui aussi cherché à rendre compte de l'angoisse de séparation observé chez ses analystes. Pour ce dernier toutes les crises d'angoisse pouvaient être considérées comme des tentatives d' « abréagir » le premier traumatisme, celui de la naissance. Il expliquait toutes les névroses sur la base de cette angoisse initiale.

L'une des objections majeures faites par Freud à Rank a été que ce dernier mettait trop l'accent sur la naissance comme danger externe, et pas assez sur l'immaturation et la faiblesse de l'individu. Par ailleurs, Freud pensait que la naissance était un phénomène purement biologique, pas psychologique, et que le nourrisson ne pouvait éprouver le type d'angoisse postulé par Rank, car il ne percevait pas encore d'objet. (Quindoz, j.m, 2002, p 68).

5-2-Angoisse sociale :

Le terme angoisse sociale apparaît dans le texte freudien. Il souligne qu'il y a un moment social de l'angoisse, autrement dit il y a une angoisse sociale. La généalogie en est limpide : « l'angoisse de castration se développe en angoisse de conscience puis en angoisse sociale ». Quand il a introduit cette expression, c'est pour souligner que la conscience n'est

pas « le juge inflexible » que nous représentent les « éthiciens », mais qu'il s'agit du produit du « reproche » de « communauté » durement intériorisé du moins en temps et en paix et tant que vaut le contrat social. l'état de guerre vaut à contrario comme révélateur de sa précarité : le fait que ressurgisse la cruauté en temps de guerre et de terreur confirme que cette position est réversible (Laurant,C, 2006, p 43).

5-3- Angoisse de mort :

Le désinvestissement libidinal du moi et la résignation narcissique renvoient au sujet un sentiment de haine, d'abandon du surmoi qui correspond à un vide, une perception inquiétante et alimentent l'obsession gravitant autour de la mort : la pulsion de mort.

Le vécu d'anéantissement annonce l'anticipation et la crainte du vide, de la fin, que ce soit du principe de plaisir ou de la désagrégation de la vie biologique. La mort est présente partout, d'où le désarroi devant la maladie, devant les symptômes somatique qui rendent imminent cette angoisse de la mort et la mort elle-même.

Anzieu D montre que le vide pourrait presque être la métaphore de l'angoisse, « analogon » tellement il semble bien le définir dans la perception et le discours des « angoissés ». à partir du, qui fait référence aux écrits de pascal, interviennent les concepts de limites et des contenants du contenu. Limites du clivage entre le trop « d'excitation pulsionnelle » et le vide, logique contradictoire des conflits intrapsychiques, entre réalité psychique et réalité extérieure, entre dedans et dehors.

Cette angoisse entrainerait des comportements qui se renforcent dans la fuite et l'agressivité et qui pourraient maintenir le sujet dans une sorte d'emprisonnement. Le comportement du sujet s'orienterait de manière plus exhaustive autour d'une introspection massive l'entretenant dans l'écoute sensorielle au détriment de la créativité et de l'extériorité. (Le Goff, I, 2010, p18).

5-4-L'angoisse du moi :

Le moi suis réellement le lieu de l'angoisse et même l'emplacement de l'angoisse exclusif. L'angoisse nous donne la forte impression qu'en effet la pulsion s'angoisse d'elle-même, mais ce ne peut être que par moi interposé, c'est quand le moi est averti d'une façon ou d'une autre de cette montée pulsionnelle que l'angoisse surgit. Freud en désignant le moi comme emplacement de l'angoisse. (assqun, c, 2006, p 376).

6-L'angoisse pathologique et l'angoisse normale :

Nous éprouvons tous de l'angoisse de temps à autre. Rares sont les personnes qui passent une semaine sans éprouver de la tension causée par l'angoisse ou qui n'ont pas l'impression, un jour ou l'autre, que quelque chose va mal tourner. L'angoisse peut se manifester à l'occasion d'un événement important, ou lorsqu'on perçoit une menace ou un danger, cette angoisse quotidienne se manifeste de façon intermittente, elle se bénigne et ne dure pas longtemps, alors que l'angoisse qu'éprouve une personne ayant un trouble anxieux survient fréquemment, est plus intense et peut durer des heures, voire des jours. (ASSOUN, 2006, P 376)

6-1-l'angoisse normale :

Il est normal d'éprouver une certaine angoisse ; elle peut vous forcer à agir lorsque quelque chose vous inquiète et de vous mettre à l'abri du danger. Cette angoisse normale, appelée réaction « de lutte ou de fuite », fait en sorte que vous lutterez contre la situation dans laquelle vous vous trouvez.

Lorsque nous éprouvons un sentiment de danger, le cerveau transmet un message au système nerveux, qui réagit en produisant de l'adrénaline. Cet afflux d'adrénaline rend alerte, donne l'énergie et de la force et préparer le corps à attaquer (lutte) ou à quitter les lieux (fuite).toutes fois, il peut avoir des effets secondaire désagréable comme la nervosité, la tension, tremblements ou l'essoufflement.

6-2 .angoisse pathologique :

Lorsque l'intensité, la durée, la fréquence des états d'angoisse sont particulièrement marquées, elles retentissent sur l'ensemble de la vie de l'individu, interfèrent parfois gravement avec son bien être, sa qualité de vie, son intégration dans la société : dans ces conditions l'angoisse devient pathologique ; cette dernière est destructive, non seulement elle détruit l'individu qui en est possédé, mais elle anéantit d'avance son action.

L'angoisse pathologique peut s'exprimer de manière soit aigue, soit chronique, ou par une combinaison de ses deux formes ; elle associe des phénomènes physiques autant que psychique.

7- la sémiologie de l'angoisse :

Les manifestations cliniques de l'angoisse sont variables : comportements, manifestations physiques, manifestations psychiques.

a) Manifestations somatiques de l'angoisse :

- ✓ Musculaires : douleurs et courbatures, raideurs, sursauts, secousses cloniques, grincements des dents, voix mal assurée.
- ✓ Sensorielles : bourdonnement d'oreilles, vision brouillée, bouffées de chaleur ou de froid, Sensation de faiblesse, sensation de picotement.
- ✓ Cardio-vasculaires : tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine (oppression), Battements des vaisseaux, sensations syncopales, extra-systoles.
- ✓ Respiratoires : poids sur la poitrine ou constriction, sensation d'étouffement, soupirs, Dyspnée, toux, hyperventilation, selon « gendrot », on observe aussi des accès de toux, le hoquet, bâillement, les crises dysphoniques ou même aphoniques.
- ✓ Gastro-intestinales : difficulté à avaler, vents, dyspepsie (douleur avant ou après le repas, sensation de brûlure, ballonnements, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, barre...), coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation hoquet, soif ou faim paroxystique, spasmes ano-rectaux...
- ✓ Génito-urinaires : aménorrhée, ménorragies, apparition d'une frigidité, mictions fréquents, urgence de la miction, éjaculation précoce, absence d'érection, impuissance, douleurs abdomino-pelviennes, cystalgies, inhibition sexuelle. (dacco, p, 1973, p257)

b) Manifestations psychiques de l'angoisse :

- ✓ Attente crainte (soucis excessifs et/ou injustifiés) concernant des situations ou des événements.

- ✓ Peur anticipatoire ; peur du passé exprimé par le regret et le remords, peur de présent exprimé par le doute, et la peur de l'avenir aussi par les menaces, et les pressentiments.
- ✓ Appréhension intense avec sensation d'une menace grave.
- ✓ Perception de diverses modifications somatiques, génératrice d'anxiété.
- ✓ A l'extrême, sentiment de mort imminente, peur de perdre la raison ou signes de Dépersonnalisation (selon Schilder : troubles de la conscience de soi + troubles de la conscience du corps + déréalisation).
- ✓ Altération des fonctions cognitives : concentration, lassitude, doute-indécision.
- ✓ La désorganisation de capacité de sujet à ordonner ses perspectives. Le sujet angoissé ressent à l'égard de danger une obscure sollicitation, une attirance cruelle, une fascination dans laquelle il se met en ambivalence de la situation vécue comme menaçante et comme une menace désirée. (Henri Ey et al, 1989, P366.367).

L'angoisse est classée parmi les troubles de l'anxiété généralisée. Selon le DSM IV-TR les signes et les symptômes de cette dernière sont :

1-Agitation ou sensation d'être survolé ou à bout.

2-Difficulté de concentration ou trou de mémoire.

3-Irritabilité.

4-Tensions musculaire.

5-Perturbations de sommeil (difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant). (Américain psychiatrie association- DSM- IV-TR, 2000, P549).

Selon le manuel de psychologie, l'angoisse dans lequel le sujet ressent de pénible sensation physique (comme de la tachycardie et psychique, idée de mourir) (Guy .bessaçon, 1993.p39)

c) Manifestations comportementales

Ses signes sont caractériser par nature comportemental :

- ✓ Tension, tics divers, onychophagie, instabilité, agitations.
- ✓ Evitement phobique : symptôme de l'angoisse mais déjà transformation de l'angoisse.
- ✓ Addiction à : tentative auto-thérapeutique à un vécu d'angoisse.
- ✓ Comportement comme tentative de résolution, de défense et comme produisant également de la souffrance.

8- étiologie de l'angoisse :

Après une remise en cause de la doctrine des pulsions, Freud tente de Décrire :

8-1- Étiologie sexuel :

Freud va mettre en évidence l'implication de l'angoisse dans la sexualité. Il va dégager, à coté de la neurasthénie, une entité psychopathologique nommée « névrose d'angoisse ».

En 1894-1895, dans l'article intitulé : « qu'il est justifié de séparer la neurasthénie un complexe symptomatique déterminé, en tant que « névrose d'angoisse », il détermine une étiologie sexuelle de l'angoisse. Elle procéderait d'une accumulation d'énergie psychique sexuelle, résultant soit de circonstances externes, ou d'impossibilités internes d'élaboration, ne pourrait être déchargée et se comporterait comme un toxique psychique.

L'angoisse est le symptôme principal autour duquel s'organiserait la névrose.

Dans cet article Freud écrit « la psyché tombe dans l'affect d'angoisse quand elle se sent incapable de régler une tache approchante du dehors (danger) par action correspondante ; elle tombe dans la névrose d'angoisse quand elle se remarque incapable de compenser l'excitation endogène (sexuelle) naissante ».

Ce que Freud met à jour, c'est cette économique étonnante de l'angoisse : elle viendrait se décharger en lieu et place de la pulsion, l'angoisse est donc « un produit de la transformation de la libido » (leçon d'introduction à la psychanalyse) il nomme « libido » cette énergie des pulsions sexuelles.

Le mécanisme psychique de transformation directe de la libido en angoisse reste effectivement le même, déclenchant une névrose. » Qui sans avoir d'étiologie sexuelle précise Freud...présente néanmoins un mécanisme sexuel. (Ferenczi, S., 2002 p 78.89)

8-2- Etiologie pulsionnel :

L'angoisse, à l'instar de la pulsion, est une décharge. Dès ces premiers études analytique, Freud (1917) s'astreint à comprendre l'angoisse et la pulsion l'une par rapport à l'autre. On ne peut pas se faire une idée juste de la théorie freudienne de la pulsion si on ne considère pas la première théorie freudienne de l'angoisse. Pour Freud la pulsion est la force orientée de la vie corporel qui se fait »réalité psychique par le lien avec la représentation de désir », Freud appel « affect ».

Cette force de vie en tant qu'elle comporte une grandeur de poussé. C'est donc là, ou la pulsion ne peut pas se décharger vers une satisfaction. Que l'angoisse prend le relais, sous le déguisement de l'angoisse, c'est donc un certain visage de la pulsion serait à « démasquer ».

9- La prise en charge de l'angoisse :

Il existe maintenant des interventions psychologiques et pharmacologiques efficaces pour les troubles anxieux. Des progrès immenses ont été réalisés dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux aux cours des vingt dernières années.

9-1-Prise en charge psychologique :

Un soutien psychologique et une prise en charge attentive sont d'une efficacité reconnue. Des psychothérapies plus spécialisées peuvent être utiles dans des cas difficiles. Il s'agira en tout cas de bien comprendre, avec le patient, dans quel contexte de signification le trouble est survenu, mais aussi quelles sont les conséquences en termes de relations avec l'entourage. Un climat de sécurité et de confiance peut parfois être facilite par des approches corporelles comme la relaxation. Celle-ci peut même constituer une ressource utile pour la prévention des rechutes.

9-2-Les thérapies psychanalytiques :

La psychanalyse a pour but d'aider les patients, à identifier les conflits inconscients, sous-jacents aux conduits générant l'angoisse et à préciser les traumatismes précoces des premières expériences interpersonnelles, dans le cadre du transfert, thérapeute-patient.

Dans la psychanalyse, il s'agit donc de revenir aux traumatismes passés, de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des souvenirs écartés. Pour les thérapies existentielles, le travail s'opère sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il repère ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition. (Delourne, A, et Edmond, M, (2004). p 166)

➤ **Hypno thérapie :**

hypnose ne soignait pas. Par contre, dans l'état d'hypnose la conscience est en retrait, de nombreux mécanismes de blocage sont dès lors inhibés, permettant au patient d'être ouvert à toutes les suggestions du thérapeute. Pour Erickson, hypno thérapie est un (ré) apprentissage, visant à apprendre aux gens à avoir un fonctionnement adapté à leur environnement. et pour réapprendre, il faut être ouvert aux idées nouvelles, aux changements. (Kuslun.M et Rainville, 1995, p 104).

9-3-Les thérapies cognitives et comportementales :

Les thérapies cognitives et comportementales se démarquent de façon importante et elles ont connu un essor remarquable.

Elles visent à clarifier les circonstances de survenue des troubles, identifier les pensées irrationnelles afin de les faire évaluer et de les modifier par les réorganisations des attitudes inadaptées, « sans tenir compte du passé du sujet ». Elles associent la technique de relaxation, les expositions répétées à des situations, évitées jusqu'à la, son relaxation et en face du thérapeute, et une restriction cognitive de l'interprétation catastrophiques. (Académie des sciences et lettres, (2006), P 367. 376)

• **La relaxation :**

La relaxation psychothérapeutique est aujourd'hui l'un des courants les plus prometteurs dans le domaine des psychothérapies. Cette technique vise à une réduction du stress et d'anxiété et peuvent générer une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire.

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste à l'angoisse. De ce fait ; il est difficile de concevoir stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive. (cottraux, j (2004), p. 195).

10- Le traitement médical :

Consiste à la prescription d'un ensemble de substances qui sont destinés à combattre l'angoisse et l'anxiété qui sont appelés les tranquillisants ou anxiolytiques et on distingue les "benzodiazépines " et parmi eux le "valium" et "temista". (Académie des sciences et lettres, (2006), PP 367. 376)

Conclusion

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

Préambule :

c'est « l'art de diriger l'esprit humain dans la recherche de la vérité ».

La méthodologie est une étape importante dans une recherche, elle peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître, mais aussi de savoir les utiliser comme ils se doivent, c'est-à-dire savoir comment les adapter.

Autrement dit, les méthodes et techniques. Retenues dans une recherche donnée doivent être les plus aptes à rendre compte du sujet étudié et à nous mener vers les buts qu'on a fixés en termes d'aboutissement de notre travail. **(Angers, M. (1994), p 58)**

dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

II-Définitions opérationnels:

1-cancer : c'est une maladie caractérisé par la prolifération anarchique de cellules malignes qui essaient et détruisent de proche en proche les tissus sains.

2-sein : c'est un organe pair situé sur la partie antérieure du thorax, renfermant la glande mammaire, très développé chez la femme et atrophie chez l'homme.

3-cancer de sein : c'est une tumeur malignes des tissus de la glande mammaire, qui résulte d'une manière insidieuse ; son évolution est imprévisible.

4-anxiété : malaise psychique dû à l'anticipation d'un danger réel ou imaginaire.

5-angoisse : malaise caractérisé par un sentiment de forte peur accompagné de sensation physique désagréable.

II- La pré-enquête :

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

Dans le service oncologie, nous avons pu rencontrer les patientes hospitalisés pour des pathologies organiques, et nous avons mené la pré-enquête dans l'objectif est la connaissance de la pratique d'étude et à découvrir notre échantillon que nous avons abordé « les femmes atteintes de cancer du sein »

Nous avons réalisé des entretiens avec quelque patientes pour collecter les informations ainsi, la possibilité de verbaliser plus d'éléments ayant trait à leur problématique subjective et leur attitudes.

En effet, on a effectué notre pré-enquête sur deux femmes atteintes de cancer du sein, malika âgée de 32ans et nassima âgée de 49ans l'une est célibataire et l'autre marié, malika femme célibataire, professeur d'anglais, vit avec son père sa mère est décédé, elle a fait son diagnostic s'était deux mois. par contre nassima, mère de deux enfants, femme au foyer, vit avec sa petite famille (son mari et ses enfants), elle a reçu le diagnostic sa fait un mois et demi.

On les a interrogés sur leur état en générale notamment leur état psychologique. Dans leurs discours, au moment de l'annonce du diagnostic elles ont dit qu'elles étaient choquées d'avoir reçu cette terrible annonce, et à partir de ce jour leur vie est complètement bouleversées et qu'elles éprouvent de l'angoisse.

A l'aide de ces deux femmes, on a pu connaître la collecte d'une information sur notre recherche et d'avoir des illustrations et qui nous ont poussées à continuer notre recherche sur les femmes atteintes de cancer du sein.

III- La démarche de la recherche :

La démarche de la recherche est vue un cycle (Beausrond, 1988) où chaque étape est en lien avec la précédente et la suivante. Cette démarche est vivante, d'étape en étape, en construisant petit à petit, à la fois le cadre de la recherche et son contenu. **(Anne-Marie**

Lavarde, 2008, p 10)

III-1.La méthode utilisée :

Dans notre recherche, la méthode utilisée est déterminée par les exigences méthodologiques liées à la nature clinique de notre thème et ces objectifs, ce qui signifie que le choix de méthode n'était pas un hasard c'est-à-dire notre thème convient à la méthode clinique.

III-1.La méthode clinique :

On entend par « méthode clinique » l'ensemble des techniques utilisées ; dans le cadre de la pratique, des cliniciens aussi en trouvent que la « démarche » est centrée sur l'individu, la singularité.

Selon Lagache D en 1949, la méthode clinique se spécifie par une attitude méthodologique, elle a pour objectif d' « envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et de réagir d'un être humaine concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarquent qui tendent à résoudre ses conflits ».(Reuchlin, 2002, P 06.)

III-1-2.étude de cas:

Le clinicien cherche et tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles passés (histoire de sujet, organisation de la personnalité avec autrui, mécanismes de défenses, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignage des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seul de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présents et passés. (Khadija Chahraoui et Henri bnouny, 2003, p 115, 125).

III-1-3 .Méthode comparative :

Le choix d'une méthode de collecte dépendra de l'objet et du but du comparatif. L'étude comparative peut être définie comme un outil d'aide à la décision qui repose sur un travail de collecte, d'analyse et de comparaison d'information avec une finalité donnée. Or toutes les analyses comparatives ne poursuivent pas les mêmes finalités, et ce faisant elles n'impliquent pas tous les mêmes degrés de difficultés de collecte de l'information. C'est pourquoi, il convient à titre préalable, d'appréhender les différentes réalités que peut recouvrir la notion d'analyse comparative afin de cerner méthodologie à suivre dans le cadre particulière de notre étude. **(Amélie fondimane, 2004, p13)**

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

- **La sélection de notre population d'étude :**

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté pour des femmes (de sexe féminin) atteintes de cancer du sein à l'hôpital d'amizour, toutes les femmes sont adultes confrontés dans leur tranche d'âge. Notre population porte sur (10) cas différents, (05) des femmes célibataires, (05) autre des femmes marié, cette diversité nous permet de faire une étude comparative entre les deux femmes qui ont des situations familiales différentes.

Notre population à été choisie selon quelques critères que nous allons citer, après avoir obtenu leurs consentements.

- **Les critères de la population d'étude:**

- a) Toutes les femmes sont à l'âge adulte.
- b) Les femmes ont subits une tumeur du sein.
- c) Toutes les femmes sont sous le traitement de la chimiothérapie.
- d) des femmes en situation matrimoniale dite célibataire.
- e) des femmes en situation matrimoniale dite mariés.
- f) le cancer du sein touche les hommes et les femmes, alors on a choisi les femmes afin de déterminé les différents manifestations d'angoisse.

Sujet	Age	Situation familiale	Niveau d'instruction	Début de la maladie	Situation pro
Amel	31ans	Célibataire	Universitaire	4mois	Ne travail pa
Fatiha	32ans	Célibataire	Secondaire	1ans	Femme au f
Samira	37ans	Célibataire	Terminal	9mois	Coiffeuse
Nassima	38ans	Célibataire	Terminal	2ans	Algérie télé
Samia	42ans	Célibataire	Moyenne	1ans	Femme au f
Rihan	33ans	Marié	Universitaire	6mois	Avocat
Nadia	38ans	Marié	Terminal	3mois	Ne travail pa
Lynda	39ans	Marié	Secondaire	2mois	Femme au f
Fati	48ans	Marié	terminal	2ans	Educatrice
Aicha	49ans	Marié	Primaire	5mois	Femme au f

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

V-Présentation du lieu de la recherche :

Le travail présent découle, comme nous avons dit, de réflexion que nous avons élaboré à partir d'un stage réalisé au centre hospitalier d'amizour qui est intitulé « Merad el Mekki », il est situé à amizour wilaya de Bejaia. Cet hôpital était sous le nom de secteur sanitaire d'amizour qui est était créé en 1981 suivant le décret n° : 242/81 du : 05.09.1981 et il était rendu officiel selon le décret n° : 254/85du :22.10.1985.

Le secteur sanitaire a assuré une couverture sanitaire de trois de trois d'airas : **amizour**, **el-kseur** et **barbacha** qui regroupent huit communes répartie comme suite :

a) daïra d'amizour :

- commune d'amizour.
- Commune de feraoun.
- Commune smaoun
- commune de beni-djllil.

b) daïra d'el-kseur :

- Commune d'el-kseuret commune de tudja.

c) daïra de barbacha :

- commune de barbacha.

Le secteur sanitaire d'amizour a fonctionné sans structure d'hospitalisation jusqu'en 1992 date de réception et de mise en service d'un hôpital d'une capacité de 240 lits.

Le secteur sanitaire dispose des infrastructures suivantes :

- un hôpital de 240 lits techniques (196 lits organisés-arrêté N° 57-04 du 24. 11.2004).Quatre
 - polycliniques (une polyclinique pour 39 568 habitats)
 - Six centres de santé (soit un (1) centre pour 36379 habitats)
 - Vingt-sept (27) salles de soins (soit une sale de soin pour 6881 habitats)
 - Un service d'épidémiologie et de médecine préventive(SEMEP)
- L'E.P.H d'amizour est un établissement à critère administratif doté de la personnalité morale et d'autonomie financière, placé sur sous la tutelle du wali.

Il est constitué d'une structure de diagnostic de soin, d'hospitalisation et de réadaptation médical courant la population d'une commune ou d'un ensemble de communes.

L'établissement public hospitalier a pour mission la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il est charger de :

D'assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs de diagnostic

La prise en charge total des maladies durant leurs hospitalisations.

V.1.Description du service d'oncologie :**III.1.1.l'historique :**

Le service d'oncologie a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière. La prise en charge en des patients se fait en ambulatoire.

Le service comprend :

-À gauche on trouve le bureau médical.

-La première salle de deux lits

-la deuxième salle de deux lits

-la troisième salle pour hommes de cinq lits

-la quatrième salle pour femmes de cinq lits

-la cinquième salle pour femmes, de dix lits

- à droite on trouve le bureau des infirmiers

- une salle de préparation des protocoles de la chimiothérapie.

- Activité personnel : le personnel exerçant dans la structure :

-Cinq oncologues

-deux médecins généralistes.

-un surveillant médical.

-Un psychologue en charge.

-dix infirmiers (1) titulaire et autres préparatoires.

-un secrétaire médical.

- L'activité hebdomadaire se fait comme suite :

-trois journées de chimiothérapie.

-deux journées de consultation (prise en charge de nouveaux malades, contrôle, administration de biphosphonate, transfusions et traitements antalgiques.).

-l'approvisionnement des produits cytotoxiques se fait le jour même de la préparation.

VI- Les outils d'investigation :

VI.1.L'entretien clinique :

Est un « procéder d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations en relation avec le but fixé ».

Il existe divers types d'entretien. On peut les classer suivant le degré de liberté laissé aux De plus l'entretien clinique permet d'obtenir les informations sur la souffrance du sujet, ces difficultés de vie, les événements vécu, son histoire, ces rêves et ces fantasmes. (Chiland. C, 1989, P 119)

Il existe trois formes d'entretiens selon l'objectif recherché : entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif.

Interlocuteurs et le niveau de profondeur visé ». (Grawitz, M, 2001, P 644)

VI.2.L'entretien semi-directif :

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif pour donner un peu de liberté aux sujets interrogés.

Le clinicien sait ou il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut lui voir aborder.il a donc déjà en tête, en arrivant face a son interlocuteur, les notions importantes qui l'on conduit à décider cet entretien. (Mareau, Ch et all, 2006, p 48)

Dans ce type de l'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se mener son invistigation.ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée mais au moment opportun de l'entretien. (Poussin, G. 1994, p 76).

VI-3- Le guide de l'entretien :

L'entretien clinique est toujours associé d'un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview.

Le guide de l'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien prépare quelques questions à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, ses questions ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder. Le clinicien veille à ce que la formulation de la consigne ne soit pas inductive. (Chahraoui, Kh, et benony,H, 1999, P. 68.69).

VI-4- Attitudes du clinicien durant l'entretien :

L'entretien clinique est en situation d'échange entre un sujet actif, le clinicien adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet.

Ce genre d'entretien permet au patient une certaine liberté d'expression.une fois la consigne est donnée, le psychologue doit être attentif face au sujet.il évite de parler et surtout de l'interroger au cours de ces associations. Il l'encourage de lui dire oui, des gestes, signifiants son ouverture. **(Marty, P, 1990, p.72)**

selon CHiland C, « signale que le clinicien se tait pour laisser l'autre et parler pour lui faciliter la parole ». (Chiland, c. (1983), p 23). « Entretien clinique ».paris

Ce guide nous a permis d'obtenir de différentes informations sur le sujet, soit personnel ou sa maladie, et de compléter l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON.

Axe1 : contient des questions qui nous permettent d'obtenir des informations anamnestiques ou bien les caractéristiques personnelles du sujet.

Axe2 : contient des questions sur les problèmes de la santé et l'appariation de la maladie(les premiers signes, la période du traitement et l'un des facteurs du risque(le facteur héréditaire).

Axe3 : dans cet axe on a basé sur l'impact du cancer du sein sur les processus psychologiques et les réactions des femmes face au diagnostic et au traitement administré, aussi comment prend soin de son corps comme avant).

Axe4 : le but de cet axe c'est de savoir plus sur le soutien familial concernant le sujet atteint, ses relations avec eux, que sa soit relation marital ou maternel, car le soutien familial est un facteur important pour le bien être de la patiente.

Axe5 : cet axe porte sur le regard qu'elle porte la patiente sur l'avenir, ces espérances par rapport au traitement, pour ses projets, et tout ça dans le but de repérer ses attentes et ses degrés d'espérances.

VI-5-Echelle d'anxiété de max .Hamilton :

VI-5-1- définition :

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Cette échelle évalue le degré d'anxiété d'un individu. Elle ne peut évaluer la sévérité des symptômes dépressifs d'un patient. Elle mesure la sévérité de l'anxiété-état. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 4. (Bonis m de, ferrey G. 1975)

VI-6-1- la validité de l'échelle :

des études de validation de la version française ont été conduites par des médecins généralistes ou des psychiatres, dans de grands échantillons de population cliniques d'anxieux.

Étude de la validation d'après Pichot :

Etude 1 :

une étude en composantes principales met en évidence trois facteurs : anxiété psychique, anxiété physique et symptômes gastro-intestinaux et génito-urinaires.

Etude 2 :

une analyse en composantes principales après reparamétrisation indique la présence de trois facteurs : anxiété psychique, anxiété somatique et une dimension autre.

La validité de critère montre que l'échelle d'Hamilton mesure la sévérité de l'anxiété sans différencier les types de troubles anxieux.

VI-5-2- Le mode d'emploi de l'échelle d'anxiété :

L'échelle d'anxiété de Hamilton comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, humeur dépressive.

A chaque d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemple et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante.

La note globale va de 0 à 60, il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13), donc **le seul admis en général pour une anxiété significative est de 20.**

L'échelle doit être remplie après chaque entretien et une note être attribuée à tous les items. Lorsque le patient n'a pas évoqué spontanément tel ou tel secteur de l'anxiété au cours de l'entretien, quelque question doit lui être posée en fin d'entretien.

La cotation doit être déterminée par la symptomatologie actuelle du sujet, c'est-à-dire par les manifestations observées au cours même de l'entretien et par les symptômes rapportés par le patient dans le cadre de son épisode actuel.

Le temps évalué pour cette technique doit être 7 jours. Par exemple, une phobie, isolement, ancienne, disparue ne doit pas être prise en compte dans la cotation.

VI-5-3- La cotation :

Dans le test d'Hamilton les définitions suivant l'énoncé de l'item (la question) sont des exemples qui servent de guides, l'examineur doit marquer, à l'intérieur d'une case située à droite, un chiffre allant de zéro à quatre. Ce chiffre permet de définir l'intensité, et l'ensemble des items doit être noté. **(Hamilton, M, the assessment of anxiety states by rating, British journal of medical psychology.)**

- Le chiffre **0** signifie absent.
- Le chiffre **1** correspond à une intensité légère.
- Le chiffre **2** correspond à une intensité moyenne.
- Le chiffre **3** correspond à une intensité forte.
- Le chiffre **4** correspond à une intensité maximale (invalidante).

En effet, l'échelle doit être remplie après chaque entretiens et une note doit être attribuée à tous les items. Lorsque le patient n'a pas évoqué spontanément tel ou tel secteur de l'anxiété au cours de l'entretien, quelque question doit lui posée en fin d'entretien.

Conclusion :

L'échelle d'anxiété d'Hamilton offre de nombreux avantages, notamment en permettant une rigueur du recueil d'information clinique en facilitant la communication scientifique grâce aux utilisations des méthodes statistiques.

VI-5-4. Les limites de l'échelle :

Il existe des inconvénients, comme une croyance fétichiste dans les chiffres.

L'absence d'évaluation concertée des échelles une fois publiées et la multiplication de versions empêchant les comparaisons, les incertitudes sur la validité et la fidélité inter-juges qui sont souvent mal évaluées.

VI-5-5-Le déroulement général de la pratique :

Notre recherche sur le terrain s'est effectuée dans un établissement : le service d'oncologie d'Amizour au cours d'une durée de trois mois (du 1 mars au 25 mai), le premier mois a été consacré à observer et s'informer davantage sur l'état de ses sujets et de s'approcher aussi d'eux pour avoir leur confiance et leur consentement pour accéder à l'entretien clinique.

Après avoir eu un consentement de la population concernée le recueil des données est passé par les étapes suivantes :

VI-5-6-La passation du guide d'entretien :

Au cours de l'entretien, les sujets (les femmes atteinte d'un cancer du sein) répondent aux questions qui concernent leurs situation actuelle et passé vis-à-vis de sa maladie et ses effets secondaire mais égalent ses conséquences sur le coté psychique.

Durant l'entretien, la plupart des sujets ne comprennent pas la langue française, même si que le niveau d'instruction est de moyen ou secondaire, et cela a rendu l'application du guide d'entretien un peut difficile ce qui nous a obligés à tout traduire en langue maternelle.

La duré de l'entretien est de 30 à 45

VI-5-7-L'administration de l'échelle d'Hamilton :

vu le niveau d'instruction de certains sujets, on était obligé d'expliquer l'application et la passation de l'échelle de max Hamilton pour ces sujets en leur langue maternelle pour ne pas avoir de problèmes du choix de réponse.

VII-Les difficultés de la recherche :

Selon Quivy R « chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes ».

(Quivy, R, 2006, P 27)

Les obstacles rencontrés lors de la préparation de ce travail sont :

- manque de documentation spécialisée, d'ouvrage traitant le sujet atteint de cancer du sein.
- difficulté de faire l'entretien dans des bonnes conditions à cause des effets du traitement de cancer du sein, (ajute à cela, les entretiens se sont déroulés durant la séance du la chimiothérapie, car c'est le moment possible mis à notre disposition, à ce moment en remarque la fatigue des patiente durant le traitement de cancer, en plus les patientes se sont installé l'un prés de l'autre, ce qui les met en difficulté pour s'exprimer, sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois pour régler le générateur.)
- difficultés des sujets à se concentrer, cela est du au fait qu'ils se trouvent tous dans la même salle lors de leur entretien.

- difficultés à garder les mêmes rendez vous et les mêmes jours pour faire l'application de l'échelle.

- difficultés des patientes à comprendre la langue français, ce qui nous a obligés de leur traduire les questions de l'échelle, ainsi qu'à se communiquer avec la langue maternelle.

-Absence du psychologue au service d'oncologie d'Amizour pour nous orienter

- on a constaté que le nombre de lit ne correspond pas le nombre exacte des patiente, ce qui concerne la recherche d'endroit pour effectué l'entretien.

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de cette recherche, on cite :

Ce travail nous a permis également de voir le milieu professionnel, de connaitre le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager les souffrances.

Conclusion :

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, dans cette recherche en s'est basé sur la méthode clinique, notre population est constituée de deuze cas étudie au niveau du service d'oncologie à Amizour.

La population ciblée est celle des personnes atteinte d'un cancer du sein éprouvant de l'angoisse, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et l'échelle d'anxiété d'Hamilton afin d'arrivé aux objectifs de cette recherche.

Préambule :

Après avoir exposé nos outils de recherche et la population concernée, on va essayer dans ce qui suit de présenter nos sujets de recherche, les résultats obtenus durant l'entretien clinique ainsi que les résultats de l'échelle d'anxiété de « Max Hamilton » et tout cela dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

1- présentation des cas et analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété de « Max Hamilton » :

1-1 Présentation du 1^{er} cas :

AMEL âgée de 31 ans d'IGHIL ALI, célibataire, elle est issue d'une famille moyenne, elle a obtenu sa License en langue arabe mais elle travail pas actuellement. Son père est décédé ca fait bien longtemps, elle vie toujours avec sa mère qui souffre d'une hypertension artérielle, ces 05 sœurs, un frère unique et sa belle sœur. AMEL s'est présentée au service d'oncologie à l'hôpital de oued Amizour pour une séance de la chimiothérapie car elle souffre d'une tumeur du sein gauche.

Notre patiente a vécu son enfance normale sans problèmes, sans aucun manque, mais après la perte de son père à l'âge de 21 ans (l'adolescence) elle a commencée à vivre et à sentir un grand manque et un vide car elle était trop attachée à son père, son décès soudain a traumatisé notre patiente, et elle n'arrive pas à oublier jusqu'aujourd'hui.

En plus de cet événement douloureux (la perte du père), AMEL à vécu quelques problèmes qui sont émergés depuis le mariage de son frère où les conflits entre sa mère et sa belle sœur ne cesse d'augmenté, et même avec son frère qui donne toujours raison à sa femme et qui néglige sa mère et ses sœurs. Donc elle était obligée de prendre la responsabilité de la maison avec sa grande sœur et s'occuper de leur mère, de leurs petites sœurs, et reprendre à leurs besoins a tout moment. Donc ce n'est pas facile pour elle.

1-2 Analyse de l'entretien :

Lors de l'entretien AMEL a facilement accepté du parlé, elle était dans un état qui lui permet de nous accueillir et de répondre à nos questions, malgré que les patientes ayant un

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

cancer et sous traitement de la chimiothérapie se trouve généralement dans un état (douleurs, fatigue) qui ne leur permet pas de parlé. Elle souffre depuis 1 an de cette maladie, elle n'a remarqué aucun signe, mais elle l'a découvert au hasard, elle disait : « c'est avec l'au hasard que j'ai découvert ma maladie, c'est une simple curiosité qui nous a pousser moi et ma copine à faire une mammographie ».donc c'était une grande surprise, inattendu pour elle et qu'elle n'a pas pris en compte.

Après avoir fait la mammographie et la biopsie, le médecin à pu diagnostic chez elle une tumeur précoce de 1 cm et annoncé directement sa patiente. Cette dernière nous à dit qu'elle était très choquée, et surpris d'avoir un cancer du sein, car elle n'attendait pas ce genre du diagnostic, elle disait : « **je suis resté silencieuse pendant un long moment, inconsciente, « choukighe » (j'étais choqué)** », c'était un deuxième traumatisme après celui de la perte de son père. En face à cette maladie, notre patiente à beaucoup plus peur sur sa mère, sur sa réaction et plus particulièrement est ce que son fiancé va l'accepté avec cette maladie ou non ?, : « j'ai pensée à ma mère et a sa réaction, surtout « tes3a la tension » (elle souffre de l'hypertension artérielle), et surtout j'ai pensée à mon fiancé « ugadeghe ayidj » (j'ai peur qu'il me quitté) ». Notre patiente a peur du perdre sa mère et son fiancé et d'être abandonnée et resté seule, et de revivre de nouveau l'événement qu'elle a vécu dans son adolescence (la perte soudaine de son chère père).en quelque sorte en peut dire que notre patiente considère sa mère comme une personne qui comble le vide que son père à laissé, et son fiancé comme un homme qui l'a protégé. Alors se sont parmi les sujets qui favorisent l'angoisse chez elle et qui l'inquiètent le plus souvent.

De même, la patiente à du mal à accepté la chirurgie et le traitement que le médecin lui a proposé, elle éprouve de la peur et de l'inquiétude vis-à-vis du traitement et ses effets indésirable, elle disait : « **ougadegh la chimio,ougadegh les effeyness,delkrehiness** » (j'avait peur de la chimiothérapie, de ses effets et de ses douleurs). Elle a commencé également à présenté des problèmes de sommeil dus à des pensées négatives pendant la nuit concernant son état, elle disait : « **je pense beaucoup à ma maladie quand je veux dormir** », et à faire des cauchemars qui lui dérangent et renforcent encore plus son angoisse. Elle pense et s'inquiète que sa maladie va s'évoluer et mourir (c'est l'angoisse du mort). Suite à cette maladie et aux effets de la chimiothérapie, la patiente à remarquée des changements au niveau de son corps, de ses apparences (la chute des cheveux, la couleur de sa peau et la chirurgie du sein), elle à arrêté de prendre soins de son corps comme avant, en quelque sorte elle présente un sentiment de délaissement lier à son image corporelle.

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

M^{lle} AMEL n'a pas d'autres chronique, mais face à son état et aux effets du traitement administré, elle manifeste divers problèmes somatiques tels que : des douleurs au niveau du ventre, des nausées, des vomissements et la fatigue pendant cinq jours après la séance de la chimiothérapie. Elle n'a jamais subie une chirurgie auparavant sauf l'ablation de sein (ablation partielle). Elle a ajouté également qu'il n'y a personne de ses proches qui a souffert de cette maladie. C'est le seul membre parmi eux qui est atteint de cette maladie cancéreuse.

AMEL ne s'autorise même pas à manifester le moindre désagrément, jusqu'au présent sa mère n'est pas au courant de sa maladie, donc elle s'inquiète pour son état de santé et elle fait tout pour cacher cette information. Tous les autres membres de sa famille sont au courant de sa maladie et la première personne qui l'a informé était sa grande sœur, qui a pris sa comme une surprise dont elle l'a pleuré, mais après sa elle a fait du courage pour que sa mère ne soit pas remarquée. Ce qui concerne sa relation avec eux (les membres de sa famille) notre patiente n'a pas observé aucun changement, ni positif ni négatif vis-à-vis de son état, ils sont toujours les mêmes, donc le soutien familial qui est important pour le bien-être du patient est absent.

L'angoisse chez la patiente est omniprésente, du fait qu'elle cache aussi sa maladie à ses voisins, ses cousins et toutes les personnes qui la connaissent, elle a peur de leur regard et elle ne veut pas les informer et se montrer normale, ce qui lui fait beaucoup d'effort. Son fiancé a également beaucoup changé (négativement) et s'éloignait d'elle progressivement jusqu'à ce qu'il l'ait quitté carrément, tout cela est montré dans son discours : « **mon fiancé ou bien mon ex fiancé a changé, ijved emanis felll chouya chouya** » (il s'éloignait de moi petit à petit). Cela entraînait chez la patiente une tristesse et une faible estime de soi et un manque de confiance. Donc le fait qu'elle est condamnée par cette maladie et que son fiancé l'a quitté, l'angoisse le perturbe, et des idées négatives augmentent : « **Tout cela me perturbe, je ne peux ni travailler, ni se marier, ni voir des enfants et personne n'accepte d'être avec moi** », donc sa vision concernant le mariage est bloquée.

Pour AMEL l'avenir est flou, elle ne sait pas ce qu'il l'attend, « **oul3limghe ara dachou aydefer rebbi gherzzath** » (je ne sais pas ce que mon dieu me cache dans l'avenir, j'en sais rien). Mais malgré cela elle espère la guérison et revenir comme avant, elle veut vivre puisque elle est encore jeune « **derebbi ayikhdmen akka, et si possible addafeghe lhadja** ».

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

I3ali ar zath » (c'est le dieu qui ma fait sa et si possible que je trouverai du bien dans l'avenir ».comme elle espère la réussite dans un concoure qu'elle a passé.

1-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON » :

Tableau n°2: résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 1.

sujet	Situation familiale	âge	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale d'anxiété
AMEL	célibataire	31 ans	21	19	40

après la passation et la cotation de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON », en a obtenu 40 points pour le totale d'anxiété chez AMEL, dont 21 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par : une humeur anxieuse (inquiétude, irritabilité), tension (sensation de tension, fatigabilité, des pleurs faciles), des peurs (du noir, d'être abandonné seul, de la foule),insomnie(difficulté d'endormissement , sommeil non satisfaisant, rêves pénibles, terreurs nocturne) ,difficulté de concentration , une humeur dépressive(perte d'intérêt, dépression, variation de l'humeur) avec quelque comportements lors de l'entretien(front plissé, pâleur faciale,).et 19 points pour l'anxiété somatique qui se manifeste par : des symptômes somatiques généraux musculaires (douleurs dans les muscles, tintement d'oreilles, bouffées de chaleur, faiblesse, sensation de picotements), symptômes cardio-vasculaires et respiratoire(douleurs dans la poitrine, poids sur la poitrine, , étouffement), symptômes gastro-intestinaux(ballonnement, nausées, diarrhée), symptômes génito-urinaires(mictions fréquentes, aménorrhée) et des symptômes du S.N autonome(bouche sèche, rougeur, pâleur, vertige, sudation). Ce qui indique que notre patiente souffre d'une anxiété élevé.

Cet échelle nous à monté que M^{lle} AMEL à un état d'anxiété psychique plus élevé que l'anxiété somatique.

Conclusion :

L'atteinte de cancer de sein empêche AMEL de mener une vie ordinaire, il est (cancer du sein) devenu un obstacle qui la prive de la liberté. elle présente souvent des inquiétudes et une angoisse qui se manifeste sur le plus somatique plus que psychique , cela est dus aux certains éléments tels que : l'évolution de la maladie et la mort, être célibataire et abandonné seule, avoir peur de perdre sa mère du fait qu'elle cache sa maladie sur elle, le traitement et ces effets indésirables qui entraînent chez elle une certaine altération dans son identité féminine qui engendre une blessure narcissique.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien, se sont vérifier par les résultats de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1-Présentation du 2^{ème} cas :

FATIHA âgée de 32 ans de KHRRATA, célibataire, issus d'une famille moyenne, notre sujet à un niveau d'étude de neuvième année moyenne, elle est actuellement sans emploi a cause de son état de santé. Elle vie avec ces parents, ces cinq frères et une sœur .elle est le seul membre malade parmi eux. FATIHA s'est présenter à l'hôpital d'Amizour pour faire sa quatrième séance de la chimiothérapie car elle est atteinte d'une tumeur de sein droit.

Son père était un militaire, alors elle à passé toute sa vie se déplacer d'une wilaya a une autre, c'est vraiment dégoûtant pour elle. Malgré ca Elle a vécu ces période d'enfance et d'adolescence avec une très bonne façon sans aucun manque, même si leurs situation économique est moyenne mais son père travail jour et nuit pour satisfaire les besoins de chacun .elle n'a jamais vécu un événement traumatique et douloureux, sa vie était heureuse et pleine d'enthousiasme, tout est passé très bien.

Mais après l'atteinte de cette maladie les choses tout est changé pour elle et ce n'est plus comme avant puisque maintenant elle est obligée du faire attention à sa santé.

2-Présentation et analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien FATIHA était calme, souriante et le contact avec elle facile, elle était envi de perlé et d'être écoutée malgré qu'elle avait un peut de douleurs a cause de la chimiothérapie qu'elle fait.

Elle souffre de cette maladie depuis septembre 2014 (ca fait 8moins) , Elle a commencée à sentir les premiers symptômes comme des douleurs graves au niveau de son sein et de son bras, sans attendre elle a consulté directement un médecin qui a diagnostiqué sa maladie, l'annonce de diagnostic était inattendu , traumatisant et choquant pour elle ,et l'acceptation de la réalité était encore plus difficile, « **chokighe, khel3eghe, ouruminegh ara** » (c'était un choc pour moi, je me suis étonnée, je n'ai pas crus), ce qui signifier en quelque sorte que notre patiente présente un déni ou bien un refus d'accepter la réalité ,au moment du l'annonce la patiente pensait directement à la mort et à l'opération et son avenir autant que femme, elle disait : « **nighasse ademetheghe, ougatheghe l'opération** » (je me suis dit que j vais surement mourir , et j'ai peur de opération).

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

FATIHA n'a pas d'autres maladies chroniques, et personne de sa famille n'est atteinte de cette maladie c'était le premier membre, elle disait : « **je suis la première de ma famille qui est atteinte de cancer, et j'espère que serai la dernière nchallah** » elle n'a jamais subi une intervention chirurgicale auparavant, mais elle attend que son traitement se termine pour savoir si il aura une nécessité de faire une chirurgie ou pas. Elle espère que personne ne va souffrir comme elle.

Au début elle n'a pas acceptée le traitement que son médecin lui a proposé, et avec l'intervention de sa famille elle a commencée les séances de la chimiothérapie, ce qui prouve que notre patiente fait confiance à sa famille qu'elle l'entoure. Mais elle n'a pas encore fait la chirurgie (l'ablation) et sa reste un cauchemar pour elle, ce qui montre que la patiente a peur d'une perte (perdre un organe important qui signifie la féminité). Cela entraîne chez elle des troubles du sommeil, la fatigue, des inquiétudes (l'opération, son avenir, ses parents). Du même, après la découverte de la maladie et suite aux effets de la chimiothérapie (douleurs au niveau du ventre, des nausées, vomissement, chute des cheveux, pâleur et surtout un manque d'appétit), la patiente a remarqué quelques changements au niveau de son corps et qui manifestent sa maladie, ces changements sont indésirables et gênant pour elle et qui l'empêchent à prendre soins de son corps comme avant, et au point qu'elle préfère rester seule et s'isolé de tous le monde elle déclare : « **outhibighe ara addesleghe elhesse, tghamayeghe glachambre ouhdi, oulbghighe ara adyizer hed lhalaynou, adbl3aghe tak, outhibigheara tafath, thibighe adkimeghe gtlam** » (j'aime pas entendre le bruit, je reste seule dans ma chambre, j'aime pas que les autres voient mon état, je ferme la fenêtre, je ne supporte pas voir la lumière, j'aime rester dans l'ombre), c'est une sorte de dépression chez elle et une estime de soi très faible.

Notre patiente vit sa situation symptomatologique dans le désarroi, un regret, un choc et surtout dans une angoisse du mort, dépression qui est due à la peur de regard social et un sentiment de peur à faire une ablation du sein et perdre sa féminité, se sont des sujets qui l'inquiètent le plus souvent.

La famille de FATIHA est au courant de sa maladie, c'est son père qui les a informé car elle n'avait pas assez de courage à faire. Tous les membres de sa famille étaient vraiment choqués, ils ont réagi avec un silence absolu. Elle est devenue leurs inquiétude, elle disait : « **choquée, ils me surveillent tout le temps** » (ils étaient choqués, ils me surveillent tout le temps), ils ont peur de la perdre. Et concernant sa relation avec eux (les membres de sa

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

famille), elle a constaté un changement mais positivement, ils sont devenu plus compressifs, et plus gentils, ce qui signifie que FATIHA a trouvé un soutien et une aide de la part de sa famille et elle vit dans un environnement favorable et agréable. À part sa famille elle n'a informé personne, car elle ne veut pas que tout le monde sache qu'elle est malade et faible et surtout qu'elle sera leur sujet de discussion, elle disait : « la société est très dure » (notre société est très dure) ; elle ne supporte plus le regard des autres.

Sa projection et sa vision sur l'avenir est entre le négatif et le positif (sentiment d'ambivalence) ; des fois elle pense qu'elle va guérir et tout va bien, mais d'autres fois elle s'inquiète et pense qu'elle va sûrement mourir ou bien elle va rester seule sans famille. Notre patiente espère la guérison car elle ne veut pas quitter sa famille surtout sa mère. Elle a un seul projet, celui d'ouvrir un atelier pour pratiquer la couture et gagner de l'argent.

3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON » :

Tableau n° 3 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 2.

sujet	Situation familiale	âge	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Total d'anxiété
Fatiha	célibataire	32 ans	22	19	41

Après la passation et la notation de l'échelle d'appréciation d'anxiété de Max Hamilton, elle a obtenu 41 points pour le total d'anxiété chez FATIHA, dont 22 points pour le total d'anxiété psychique qui se manifeste par : humeurs anxieuses avec des inquiétudes importantes et irritabilité, fatigabilité, pleurs faciles, la peur d'être abandonnée seule, sommeil interrompu, cauchemars, difficulté de concentration et une humeur dépressive (perte des intérêts, insomnie du matin), et 19 points pour le total d'anxiété somatique qui se manifeste par des symptômes musculaires (tintement d'oreille, vision brouillée, bouffée de chaleur, faiblesse, douleurs dans les muscles), symptômes cardio-vasculaires (tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine), nausée, vomissements. Ce qui indique que notre patiente souffre d'une anxiété élevée.

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

Cette échelle nous a montrée que M^{lle} FATIHA a un état d'anxiété psychique important, et une anxiété somatique légère .donc c'est l'anxiété psychique qui domine l'anxiété somatique.

Conclusion :

le diagnostic inattendu de cette maladie cancéreuse ainsi que son traitement ont laissés chez notre patiente des séquelles importantes sur le plans physique que somatique et encore plus sur le plans psychique . Elle vit sa situation actuelle dans une détresse, souffrance, peurs et une angoisse permanente, ces sentiments pénibles sont lier aux certains éléments apparus pendant la maladie et le traitement administrer tels que : la peur de subir une ablation du sein (chirurgie) et l'altération de sa féminité, la mort et le regard social.

Ces éléments, ces inquiétudes et cette anxiété sont apparues dans l'analyse de l'entretien et vérifiés dans l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1-Présentation du 3^{ème} cas :

SAMIRA âgée de 37 ans de SIDI AICH, célibataire, issus d'une famille aisée, elle à un niveau d'étude du terminal au lycée (scientifique), notre patiente à fait une formation de coiffure, elle à travaillé comme coiffeuse pendant 4 ans mais actuellement elle à arrêtée son travail a cause de sa maladie. Elle vie avec ces parents, ces 3 frères et ces 2 sœurs, elle est le seul membre malade dans sa famille.la patiente s'est présenté au à l'hôpital d'Amizour pour une séance de la chimiothérapie car elle souffre d'une tumeur du sein gauche.

Notre patiente vie dans une famille où son père et ses frères sont trop sévère et dure et qui l'empêchent à vivre librement comme d'autres filles de son âge, elle à vécu toute sa vie dans un vide et un manque d'affection important surtout de la part de son père, cela à laissé chez elle une souffrance psychique intense et un manque de la confiance en soi même. Malgré que leurs situation économique est très bien mais elle n'était pas heureuse dans sa vie car l'argent ne peut jamais remplacer l'affection et la tendresse des parents.

SAMIRA était trop attaché a sa cousine qui est considéré comme sa jumelle, elles ont vécu leurs enfance, leurs adolescence et leurs adulte ensemble, elles partageait tout ensemble(le bonheur, le malheur...etc.). Mais cette dernière est décédée sa fait quatre ans avec un cancer d'over, cela était un choc et un traumatise pour elle, a partir de cet événement douloureux notre patiente à l'intuition qu'elle va mourir par la même façon.

2-Présentation et analyse de l'entretien :

Durant l'entretien SAMIRA était dynamique, elle pose des questions sur sa maladie et sur le traitement, le contacte avec elle était normal, son discours était un peut désorganiser mai il n'est pas difficile à suivre et à comprendre.

SAMIRA a senti les premiers symptômes ca fait 2 ans de ca comme des douleurs au niveau de poitrine, faiblesse, fièvre et diarrhée.

Après avoir ressenti et remarqué ces différents signes elle a hésitée de consulter un médecin car elle avait peur et était angoissé d'avoir une maladie grave, elle disait : « **ougatheghe aydyini ihadja grave** » (j'avais peur qu'il va m dire quelque chose grave), car ces différents signes sont généralement lier au cancer, ce qui signifier que notre patiente présente un doute et une souffrance même avant du consulté un médecin. Mais elle était obligée d'aller pour confirmer et pour être aise.la patiente à consulté un médecin

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

quelques jours après, ce dernier l'a orienté pour faire des analyses sanguins et une mammographie. Les résultats montraient que SAMIRA est atteinte d'un cancer du sein précoce et qui nécessite de commencer le traitement le plus tôt possible pour ne pas avoir des complications après. Sa réaction était normale car elle attendait ce diagnostic et même avant de consulter le médecin, les signes étaient claires et le facteur héréditaire est présent aussi (sa cousine qui est décédée avec un cancer d'ovaire, son grand père avec un cancer du sang et sa tante avec un cancer du sein), cela est montré dans son discours : « **oulchoukighe ara, parce que chouktheghe surtout mémouthen mes proches slcancer** ,» (j'étais pas choquée parce que j'avais un doute surtout quant mes proches ont décédé avec un cancer). Au moment de l'annonce du diagnostic, la patiente a pensé directement à la mort et à ses projets, pour elle avoir un cancer c'est être condamné : « **koulchi yfouk** » (tout est fini). Elle vit cette situation symptomatologie dans un état angoissant où elle est tout le temps fatiguée, désespérée et souffre des douleurs physiques dans quelques parties de son corps ; Cela veut dire que la patiente a peur de ne pas continuer sa vie comme avant et de ne pas réaliser ses projets. Pour elle un cancer égale la fin de la vie (mort).

Notre patiente n'a pas d'autres maladies chroniques, mais elle a déjà subi deux interventions chirurgicales ; la première c'est l'appendicite, la deuxième c'est dans le sein. Elle a facilement accepté le traitement administré pour guérir : « **je n'ai pas le choix housseghe elkrih** » (je n'ai pas le choix je ressens des douleurs osseuses).

Après la découverte de la maladie et suite aux effets secondaires du traitement SAMIRA commence à présenter des inquiétudes, de l'anxiété dans des choses très simples, de tristesse et des troubles de sommeil surtout une nuit avant la séance de la chimiothérapie, ces effets entraînent également chez la patiente des changements au niveau de son corps et une perception de diverses modifications corporelles et physiques gênantes (fatigue, perte de cheveux, pâleur) et une perte d'intérêt à ses apparences : « **avant j'étais présentable, j m'habille bien mais maintenant j'ai tout abandonnée** ». En quelque sorte c'est un désinvestissement envers la vie.

La famille de SAMIRA est au courant de sa maladie, ils n'arrivent pas à accepter la réalité jusqu'au aujourd'hui c'était un choc pour eux ; « **khel3en** » (ils sont étonnés) car ils n'attendaient pas que leur fille sera atteinte de cette maladie grave. La première personne

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

qui l'a met au courant de sa maladie était sa copine intime car elle est comme une sœur ou plus pour elle et qui l'encourage le plus souvent. Concernant sa relation avec eux, elle a observée un changement positif vis-à-vis de son état, mais pour elle c'est trop tard car avant ils n'étaient pas comme ça du tout, ils étaient durs et sévère avec elle et maintenant elle n'a pas besoin du personne à ces cotés, elle disait : « **jerhniyi déjà c'est trop tard** » (ils m'ont déjà blessé c'est trop tard).en quelque sort notre patiente à trouvé un soutien de la part de sa famille mais elle le refuse

Pour SAMIRA il ya pas d'avenir en Algérie pour les cancéreux car il n ya pas suffisamment du moyens , mais elle espère d'aller à l'étranger pour se soigner et pour guérir car elle est encore jeune pour quitter le monde, elle espère également de trouver un homme qui va comprendre son état même si il est impossible pour elle : « **oulhsighe ara adafeghe glwekthagighe argaze ayifhmen** » (je ne pense pas que j vais trouver un homme à cette époque qui va m comprendre) .SAMIRA a un seul projet qui est d'ouvrir de nouveau son salon de coiffure et continuer son travail comme avant.

3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON :

Tableau n° 4 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 3.

sujet	Situation familiale	âge	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale d'anxiété
Samira	célibataire	37 ans	24	22	46

Après la passation et la cotation de l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'HAMILTON, en obtenu 46points pour le totale d'anxiété chez SAMIRA, dont 24 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par une forte irritabilité, attente du pire, sensation de tension et fatigabilité, sensation d'être incapable de rester en place, peur, insomnie, perte d'intérêt, dépression et variation de l'humeur. Et 22 points pour l'anxiété somatique qui se manifeste par : douleurs dans les muscles, secousse cloniques, tintements d'oreilles, vision brouillée,

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

bouffée de chaleur, faiblesse, symptômes cardiovasculaires (tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine), symptômes respiratoire (poids sur la poitrine, soupirs), nausée et vomissements, urgence de la miction, pâleur, rougeur, vertiges. Cela indique que la patiente à un état d'anxiété élevé.

Cet échelle nous à montré que SAMIRA à un état d'anxiété psychique important que l'anxiété somatique. donc en peut dire que c'est l'anxiété psychique qui domine chez elle .

Conclusion :

L'effraction de la maladie cancéreuse engendre un réel bouleversement psychique et une souffrance chez notre patiente. Elle manifeste une anxiété psychique importante s'exprimé par les symptômes du peurs et d'inquiétude faces au certains éléments tels que : la non guérison et la gravité de la maladie qui va la conduire surement à la fin de sa vie (angoisse du mort) , la possibilité de ne pas trouvé un homme qui va comprendre son état de santé et avoir peur du resté sans conjoint et sans enfants mais aussi elle à peur d'être dans un état qui ne lui permet du réalisé ces projets(développé son travail, se marier, voyagé).

Ces éléments et ces inquiétudes qui renforcent l'angoisse chez AMEL sont apparus dans l'analyse de l'entretien et vérifié dans l'échelle d'anxiété d'HAMILTON.

1-Présentation du 4^{ème} cas :

Nassima est née à akbou en 1977. Âgée de 38ans, célibataire, elle est issue d'une famille moyenne, elle occupe un emploi dans une institution « Algérie télécom » avec un niveau terminal. Nassima s'est présentée au service d'oncologie à l'hôpital d'Amizour pour une séance de la chimiothérapie car elle souffre d'une tumeur du sein gauche.

Ainé d'une fratrie de trois sœurs et deux frères, mais elle ressort que c'est la plus grande parmi eux. Notre patiente nous a dit peut de chose sur son enfance mis a part un élément d'importance non négligeable, elle était trop jeune quand elle avait perdu sa mère (il y a 18 ans), depuis le jour ou elle a parti pour passer son examen de BAC, alors cela vient révéler chez elle un sentiment de détresse associé au décès de sa mère et qu'elle avait décidé de quitter ses études, elle a préféré de chercher un travail dans lequel pouvait mettre son temps en occupation.

La patiente avait une relation restreinte avec son père. Vu la mort de sa mère, son père qui a refait le mariage et que nassima présente un certain refus envers cet événement dont elle ne voulait pas qu'elle prenait la place de sa mère mais elle était obliger de vivre dans le même toit avec elle. Nassima affirme que depuis l'avenue de la femme de son père, des problèmes sont émergés et elle se contente plus avec elle car elle ne la trouve pas comme une bonne mère.

M^{elle} Nassima présente comme quelqu'un de réservé, parlant peu d'elle et semblant très seul malgré la présence de sa famille, ses activités, lui serve à pensé à autre chose mais une forte angoisse semble présenté en arrière plan.

2-présentation et analyse de l'entretien :

Ce qu'on a remarqué au début de l'entretien, c'est que M^{elle}(N) présente un malaise lors de la séance de la chimiothérapie et qui est rendu l'entretien un peut difficile.

A l'âge de 36 ans, ou nassima commence à sentir les premiers symptômes « **quand je touche en bas de mon sein, j'ai senti une grosse boule et j'ai remarqué que l'une et plus gonflé que l'autre, aussi j'ai des douleurs osseuses dans mon bras** ». La patiente à toute suite soupçonnée quelque chose qui n'allait pas. Alors elle à consulté un médecin spécialiste,

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

mais le plus important M^{ette} (N) à confirmé qu'elle a consulté plusieurs médecins mais ils n'ont pas trouvé sa maladie.

La dernière consultation et après avoir vu son médecin pour la confirmation de son atteinte la demoiselle a déjà eu peur car elle en doute et elle croit qu'elle va avoir des mauvais résultats elle disait **”chukhthegh yakkan”** (j'en doute déjà).

Le sujet face à l'annonce du diagnostic peut engendrer un réel bouleversement psychique, nassima était l'une des victimes de cette maladie ou elle est confronté à une situation menaçante et qui est accompagné d'une angoisse et d'une crainte de se retrouver dans un état qui rappelle la mort. Ce qui montre dans sa première réaction **« ur deqar ara !, sa fafi ad mtheh ! »**(Ne me dit pas !, donc je vais mourir !). La patiente a été surprise et choquée car c'était quelque chose d'inattendu et qu'elle a su que aucune personne dans sa famille atteint de cette maladie, c'est pour cela qu'elle a eu une réaction bouleversante, avec peur et inquiétude, **« je m'attendais pas a ça »**.

Notre patiente semble adapter une défense par légèreté face à ce poids trop lourd de la maladie, elle a pris beaucoup d'effort pour accepter de se traiter et le plus inquiétant pour elle c'est qu'elle a du mal à accepter l'intervention dont elle éprouve un certain refus, cet état d'angoisse engendre chez nassima engendre une forte crise d'identité liée à la perte narcissique qu'entraîne la maladie et ces traitements, ce qui a montré dans son discours **« surtout pour une femme, je vais devenir moche qui va m'accepté comme sa »**.

Après toute ces événements, la patiente commence à présenter des troubles du sommeil mais surtout sur le plan somatique et cela est dû à des effets secondaires qui sont durs pour elle tel que; les vomissements, les nausées, la perte d'appétit, chute des cheveux, des douleurs au niveau de sein, la fatigue et des difficultés d'endormissements, même quand elle se réveille le matin dont elle dit **« je sens la fatigue, toute la journée ça ne va pas »**. Notre patiente a un état de fatigue insurmontable dont elle n'arrive pas à trop s'occuper de son corps.

De plus nous savons que la survenue du cancer plonge souvent le sujet dans un état de solitude. M^{elle} (N) s'isole de plus en plus de son entourage, elle perd contacte avec eux, elle trouve que cette maladie est un obstacle, elle se prive de tout, de ses amis, de ses activités et même ces ambitions et ses intérêts ont changé et même des choses qu'elle aimait avant, ce qui exprime qu'elle vit une dépression, ce qui montre dans son discours **« j'évitais de parler de ma maladie »** et on trouve que nassima présente une baisse de l'estime de soi dont elle a

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

exprimé « **j'ai perdu tout intérêt a des choses, j'ai devenu inutile** ». Même quand elle croise les voisins ou les voisines, elle disait “**quand m'en dit Sava je leur dit oui pour juste les liquidés**”, Nassima a eu peur de leur regard dont elle évite le contacte avec eux.

Au début elle ne voulait pas informer sa famille pour ne pas les inquiéter vis-à-vis de son état mais elle disait que c'était son frère qui leur a annoncé le diagnostic, ils n'ont pas pu croire, mais la première personne à qui elle s'est confié c'est sa nièce.

Durant l'entretien avec M^{elle} Nassima a montré quelque difficulté à continuer son discours “moment de silence” « **attend...** » Et se qu'il a provoqué chez elle des pleurs facile quand elle a évoqué sa nièce, notre patiente a revit la scène de l'annonce. Surtout face à des souvenirs qu'elle a eu par exemple quand elle a confié sa maladie à sa nièce, qui a pleuré en larmes chaude, et c'est pour cette raison qu'elle a fait une décharge émotionnelles.

Elle parle de sa famille, elle trouve qu'ils sont changés au bien car ils font de la peine pour elle et disait qu'elle était entourée « **seqsayend felli** » mais ces amis se sont éloignés d'elle quand elle a eu cette maladie.

M^{elle} (N) au moment de traitement manifeste une d'angoisse face à l'attente du pire ce qui signifie que son degré d'espérance est faible, elle nous a dit que « **ttwaligh ur hellugh ara, ugadegh adikemel lehlakiw** ». Elle présente une inquiétude face à l'évolution de sa maladie car elle rêvait toujours qu'elle va rejoindre sa mère, et ce qui a renforcé chez elle un pénible ressentiment, elle a aucun projet à faire à l'avenir mais tout ce qu'elle veut c'est de guérison.

III- Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON » :

Tableau n° 5 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 4.

sujet	Situation familial	âge	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale
Nassima	célibataire	38 ans	24	20	44

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

Après la passation et l'entretien de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON, M^{elle} Nassima a obtenu 44 points pour le total d'anxiété, dont 24 points pour l'anxiété psychique se qui manifeste par; (inquiétude, appréhension, irritabilité), tension (impossibilité de se détendre, sensation de tension, fatigabilité et pleur facile), peur (d'être abandonné seul), l'insomnie (difficulté d'endormissement et cauchemars), fonction intellectuelles (difficulté de concentration, mauvaise mémoire), humeur dépressive(perde d'intérêts, variation de l'humeur dans la journée), comportement lors de l'entretien(front plissé et pâleur faciale). Et 20 point pour l'anxiété somatique, ce qui manifeste par ; symptôme somatiques généraux (sursauts musculaires, courbature dans les muscles, bouffées de chaleur, sensations de faiblesse, sensation de picotement), symptômes asturo-vasculaire (douleurs dans la poitrine, tachycardie), symptômes respiratoire (sensation d'étouffement), symptômes gastro-intestinaux (nausées, perte de poids, constipations), symptômes de S.N (bouche sèche, vertige et pâleur).L'échelle d'anxiété d'Hamilton a montré que M^{elle} Nassima souffre d'une anxiété élevé. Et que l'anxiété psychique est plus élevée que l'anxiété somatique.

Conclusion :

L'apparition de la maladie de cancer du sein est venue faire un bouleversement psychique et ainsi physique chez Nassima. Elle est alors envahit par des angoisses et des inquiétudes face aux certains éléments tel que ; la perception de la maladie et sa menace par la mort, la peur de se retrouvée toute seul sans conjoint et sans enfants, et surtout sa confrontation aux regards de la société.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien et qui se sont confirmés par l'analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON.

1) Présentation de 5^{ème} cas :

Samia est née a bougie, âgée de 42 ans, célibataire, elle issu d'une famille moyenne. Notre patiente a un niveau d'étude de 9 années secondaires, elle n'occupe aucun emploi. Ainé d'une fratrie de trois sœurs et deux frères, elle ressort que c'est la plus grande parmi eux, et le seul membre atteint d'un cancer du sein. A l'âge de 41 ans Samia à développé un cancer du sein localisée sur le sein droit.

Elle nous a dit peut de chose sur son enfance mis a part un élément important non négligeable, elle était mal traité par son père car il présente un caractère sévère et il ne travail pas (chômeur). Notre patiente à des mauvais souvenirs sur son père, suite a cela sa mère la voit battu devant ses yeux, a cause de ce climat défavorable notre patiente à développé un ulcère d'estomac et du colon.

Samira se fiancé à l'âge de 41 ans avec un homme plus grand qui est double de son âge et qu'elle n'a pas le choix l'avait accepté pour tat de raison, et après quelque mois se défiance.

Samia présente comme quelqu'un de réservé, parlant peut d'elle, elle dit avoir besoin de moment de solitude et ne pas être toujours au contacte des autre, ce qui semble engendrer une certaine culpabilité.

2- présentation et analyse de l'entretien :

Ce premier entretien ou nous avons échangé peut de parole fut très intense et nous nous sentions dans la position assez difficile de celui qui sent la souffrance de l'autre mais qui ne peut rien y faire puisque celui-ci n'est pas prêt à mettre en mot son angoisse.

Depuis 2014, Samia avait senti de douleurs comme signes de maladie, elle commence par se dire que se sont des gonflement et la perte du sang au niveau de son sein droit, la patiente a toute suite soupçonné quelque chose qui n'allait pas, alors elle s'est présenté chez le médecin spécialiste, elle se fait hospitalisée pour des analyses(radio et IRM). La patiente a de nombreuses maladie tel que le colon et l'ulcère, ajoute qu'elle avait un problème gynécologique dont elle a subi une chirurgie pour l'enlèvement du kyste, même celle de la chirurgie de son sein.

Chapitre VI Présentation, analyses et discussion des hypothèses

Suite à des analyses sanguines et les radios, les médecins ont pu diagnostiquer chez elle une tumeur du sein. Cependant Samia a été vécue l'annonce comme un véritable choc, dont elle n'arrive pas gérer cette nouvelle situation ce qui montre dans son discours « **J'ai resté bouche bée et je n'ai même pas reconnu le chemin à la maison** ». Notre patiente semble avoir été vécue l'annonce d'une façon traumatique, ce qui la laisse penser à la mort dont elle se sent menacé par le processus mortifère ce qui montre dans son discours « **urzhigh ur 3achegh** » mais le plus inquiétant réside dans son apparence dont elle s'exprime une certaine résistance face à l'intervention car notre patiente éprouve un sentiment d'angoisse qui est associé à la dégradation de son corps.

Après tout ses événements, Samia commence à présenter des perturbations sur le plan psychique tel que les troubles du sommeil. Ce qui concerne les effets secondaires qui sont dus au traitement comme la chute des cheveux, nausées, des vomissements, perte de poids et qui renforcent l'angoisse chez elle.

Samia vit sa situation symptomatique avec sa famille mais elle nous a dit qu'elle préfère d'être seule ce qui signifie que notre patiente plonge dans la solitude se qui rappelle la dépression. La première personne à qui s'est confié c'était sa mère dont elle avait surpris et pleurer en serrant dans ses bras. La patiente a constaté un changement vis-à-vis de son fiancé, elle nous a dit qu'il lui a balancé une phrase qui fait briser le cœur « **dach ara akhedmegh yessem** » « qu'est-ce que je vais faire de toi ». Ce qui a marqué un sentiment de honte et une baisse de l'estime de soi, mis à part concernant sa famille sont tous de ces côtés mais elle éprouve de la gêne ce qui montre dans son discours « **je n'ai plus besoin d'eux parce que c'est trop tard ils m'ont fait du mal** » elle disait qu'elle ne supporte pas les gens qui cherchent à entrer dans les détails de sa maladie.

De même Samia semble triste, elle présente un degré d'espoir de guérison faible lié à une angoisse qui rappelle l'attente du pire, elle ne fait aucune confiance au traitement dont elle se sent comme une malédiction « **ighlid felli elwahch** » « ma vie est devenue noire ». La patiente ne voit aucun avenir à cause de son état actuel, elle nous a dit qu'elle a accepté son destin.

3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON » :

Tableau n° 6 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 5.

Sujet	Situation familial	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale
Samia	célibataire	42 ans	27	22	49

Après la passation et l'entretien de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON, M^{elle} Samia a obtenu 49 points pour le total d'anxiété, dont 27 points pour l'anxiété psychique se qui se manifeste par : l'humeur anxieuse;(inquiétude, attente du pire, appréhension et irritabilité), qui se suit d'une (sensation de tension, fatigabilité, impossibilité de se détendre), ce qui concerne les peurs ; (du noir, des gens inconnu, d'être abandonné seul). L'insomnie ; (difficulté d'endormissement, sommeil non satisfaisant avec fatigue à réveil), fonction intellectuelles (mauvaise mémoire et difficulté de concentration) et humeur dépressive (pertes des intérêts, dépression, variation de l'humeur dans la journée), et quelque comportement lors de l'entretien(pâleur faciale) et 22 point pour l'anxiété somatique, se qui manifeste par; symptômes somatique généraux (sursauts musculaires, courbature dans les muscles, bouffées de chaleur, sensations de faiblesse), symptômes cardio-vasculaire (douleurs dans la poitrine, sensation de picotement, tachycardie, palpitation, poids sur la poitrine, sensation d'étouffement, nausées, vomissements, perte de poids, constipations, aménorrhée, bouche sèche, vertige et pâleur), ce qui la classe dans une anxiété élevé.

Conclusion :

l'apparition de la maladie du cancer du sein retrace un chemin qui conduit à des éléments consécutifs qui sont vécu par la patiente, elle représente des inquiétudes et des angoisses tel que : sentiment d'être attaqué par un processus mortifère, la chirurgie et le traitement qui entraine une dégradation de son identité féminine (la perte de sein), elle a peur d'être célibataire jusqu'au fin de ses jour (l'abandon de son fiancé) et surtout face au regard social.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien, se sont vérifier par les résultats de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1- Présentation du 6^{ème} cas :

Rihan est née à Sétif, âgée de 33 ans, Notre patiente à un niveau d'étude universitaire, elle occupe un emploi comme avocate, elle est issue d'une famille moyenne. Ainé d'une fratrie de cinq sœurs, le père de rihan était un homme d'affaire, il travail comme un commerçant.

Rihan se marié à l'âge de 20 ans, elle a deux enfants, elle nous a dit peut de chose sur son enfance mis a part elle a vécu son enfance normal dans un équilibre familiale ou elle a grandit dans des conditions acceptable.

A l'âge de 32 ans avait développé un cancer du sein localisé sur le sein gauche, rihan nous a dit qu'elle classe la troisième parmi les personnes qui ont était déjà atteint de cette maladie a titre d'exemple : son cousin, sa grand mère, son grand père.

2- présentation et analyse de l'entretien :

Depuis 2014, rihan a commencé a remarquée les premier signes de sa maladie, quand elle était en position de l'allaitement ou elle commencé a sentir des douleurs « des piques » lorsqu'elle allaite son enfant, dans ce cas rihan commence a se dire que c'est une erreur s'est produit lorsque son enfant la mordre , jusqu'elle n'arrive pas à supporté, elle à toute suite allé voir un médecin spécialiste "oncologue" et qui se fait hospitalisée pour des analyses sanguines et des radios. La patiente nous a dit qu'elle a eu déjà dans sa famille atteint d'une tumeur, et aussi qu'elle n'a jamais subi une chirurgie auparavant sauf celle de son sein.

Face a des résultats des analyses, son médecin a pu diagnostiquer chez elle une tumeur du sein, son médecin a lui annoncé directement et d'une façon terrible « **vous avait un cancer et après !** », elle nous a dit qu'il était sévère. La patiente semble avoir été vécu l'annonce comme un véritable choc ce qui montre dans son discours « **j'ai resté début après j'ai tombé par terre, je n'ai même pas le courage de m'enlevé** » et la première chose qui lui venait a l'esprit c'est qu'elle pense à ses enfants car elle a senti attaquée par un processus mortifère. Dans un premier temps, la patiente éprouve un certain refus envers la chirurgie et le traitement ou elle a pris beaucoup d'effort de se traiter « c'est difficile pour moi, j'étais trop stressé ».

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

Suite a ces événements, rihan à commencé a présenté des perturbations sur le plan somatique qui est du aux effets secondaires du traitement, tel que des douleurs osseuses, les vomissements, chute des cheveux, perte d'appétit et de fatigue. Et a partir de cela ou elle a commencé a présenté des difficultés d'endormissement se qui a renforcé chez elle une angoisse persistante ce qui montre dans son discours « j'ai beaucoup souffert durant les séances de la chimiothérapie, c'est vraiment terrible)

Au début, rihan n'a pas eu du courage pour informé sa famille a propos de son atteinte mais son bon père avait pris la place de leur annoncé le diagnostic, son mari qu'était dans un état de choc et d'inquiétude pour elle, la patiente nous a dit qu'elle n'a pas constaté un changements à l'égard de sa famille, elle disait qu'elle était entourée surtout par son mari qui était prés d'elle mis a part déclare que ses amies qui sont éloigné d'elle se qui a renforcé l'angoisse d'apparaître, elle ajoute qu'elle ne voulait pas que personnes d'autre soit au courant de sont atteinte car elle préfèrai d'évitè leur regard « **quand je reçois des visiteurs toute leur regard sont fixées directement à mon sein** »

La patiente à un certain espoir de guérison malgré que la maladie est toujours redoutable, elle a eu de soutien de la part de sa famille ce qui renforce son degré d'espérance, elle voulait que tout va devenir comme avant car elle se sente condamné et que sa maladie la prive de tout, et aussi pouvoir passé le reste de sa vie avec sa famille et surtout elle voulait bien qu'elle continué sa profession.

3- Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton:

Tableau n° 7 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 6.

Sujet	Situation familial	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale
Rihan	marié	33 ans	20	18	38

Après la passation de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON, M^{me} rihan a obtenu 38 points pour le total d'anxiété, dont 20 points pour l'anxiété psychique se manifeste par : l'humeur anxieuse (inquiétude, appréhension, irritabilité). Dans la sensation de tentions (fatigabilité, impossible de se détendre, incapable de resté en place). Les peurs (du noir, d'être

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

abandonné seul). Insomnie (difficulté d'endormissement sommeil interrompu, sommeil insatisfaisant avec fatigue, cauchemars). Dans l'humeur dépressive en trouve ; perte des intérêts, dépression, insomnie du matin, variation de l'humeur dans la journée), et 18 point pour l'anxiété somatique se qui montre dans les items, les symptômes somatique généraux comme courbatures dans les muscles, tintements d'oreilles, vision brouillée, bouffées de chaleur, sensation de faiblesse, sensation de picotement). Dans les symptômes cardio-vasculaires comme tachycardie, palpitations, douleur dans la poitrine). Symptôme respiratoire (poids sur la poitrine, sensation d'étouffement, dyspnée). Symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée). Système nerveux autonome (bouche sèche, pâleur, vertige).Ce qui indique que la patiente souffre d'une anxiété moyenne

Conclusion :

L'apparition de la maladie du cancer du sein retrace un chemin qui conduit à des éléments consécutifs qui sont vécu par la patiente, elle représente des inquiétudes et des angoisses tel que : sentiment d'être attaqué par un processus mortifère et de laissé ses enfants derrière, la chirurgie et le traitement qui entraine une dégradation de son identité féminine (la perte de sein).

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien, se sont vérifier par les résultats de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1-Présentation du 7^{ème} cas :

Nadia âgée de 38 ans, habite à Sedouk, mère de trois enfants. Notre patiente a un niveau d'étude terminal (BAC), elle n'occupe aucun emploi (femme au foyer). Aînée d'une fratrie de quatre sœurs et de quatre frères, notre patiente nous a dit peu de chose sur son enfance, elle disait qu'elle a vécu son enfance normale comme d'autre personne, dans un équilibre familial, elle était excellente dans ses études jusqu'au niveau terminal ou elle a échoué pour la première fois. C'est à partir de là que les problèmes sont émergés, se trouve fautive à la décision de son père qu'il était un homme de sa parole lui empêche de continuer ses études et l'a forcé à se marier avec un ami qui est plus proche de lui. Nadia a accepté involontairement cette idée de mariage.

Nadia se marie à l'âge de 20 ans, Elle nous a confirmé qu'après son mariage commence à estimer son mari petit à petit car elle a trouvé finalement un homme respectueux et qui se comporte gentiment avec elle.

2-Présentation et analyse de cas :

Pendant l'entretien la patiente nous a bien recueilli, un sourire dans le visage, le contact avec elle était facile, l'expression de son langage est bien claire, elle répondait exactement à nos questions.

À l'âge de 37 ans, Nadia commence à sentir des douleurs d'une boule localisée dans son sein gauche. Ce qui montre dans son discours « j'ai senti une boule dans mon sein », elle a immédiatement consulté un médecin spécialiste et après avoir réalisé des examens (IRM, analyses sanguines) on lui a pu diagnostiquer chez elle une tumeur.

Face à ces résultats obtenus, l'annonce d'un cancer et du traitement par la chimiothérapie semble avoir un effet consécutif chez Nadia, elle s'est confrontée à une menace qui rappelle la mort, elle utilise d'ailleurs le verbe « finir » en disant « on ne sait pas comment on va finir », cette annonce et fantasmes qu'elle occasionne l'ont plongé dans une angoisse et inquiétude pour ses enfants « ugadegh felesen » (je m'inquiétais pour mes enfants).

Il apparaît difficile pour Nadia d'accepter la chimiothérapie, elle semble être dans un état de confusion, de grande ambivalence à l'égard de la vie et de mort, alors qu'au plus profond d'elle il existe une certaine résistance. La patiente ne parle pas trop de son cancer, c'est en effet dans son corps que la patiente vit le mal que personne ne peut comprendre, le

Chapitre V présentation, analyses et discussion des hypothèses

cancer vient donc bien rompre l'équilibre narcissique antérieur en brisant l'illusion de la santé éternel.

De plus nous apprenons qu'elle n'a jamais été malade (maladie chronique) mais face a son état et depuis qu'elle se sait malade commence a présenté des difficultés d'endormissement pendant la nuit et surtout elle se plainte qu'elle a des douleurs diurne et nocturne du aux traitements et ses effets,(la perte de poids, la fatigue pendant cinq jour, des nausées et perte des cheveux) cela lui renforça de mettre une perruque pour qu'elle se voit normale « les effets du traitement me gêne au point que ne peut même pas regardé au miroir) je met souvent une perruque pour que les autres vont pas remarqué que je suis malade).

Elle était très affectueuse et elle éprouve de difficulté a ce confier a sa famille, son mari qui était très inquiétant pour elle quad il a eu cette information, ainsi que sa famille qui lui donne de soutien malgré qu'elle fait semblant d'être normal en masquant son apparence et sa détresse surtout devant ses enfants qui n'était pas au courant de sa maladie, la patiente n'a pas remarqué un changement a l'égard de son mari mais c'est elle qui se sente gêné au prix de son image dégradée.

Ainsi l'angoisse et la peur sont contrecarrées par l'espoir qui semble grandir au fil de nos rencontres, témoignant par son envie de vivre au prix de ses enfants « je mets toute mon espoir sur le traitement, si non tout dépend de bon dieu », elle prendra réellement conscience de cette épreuve difficile aux limites du symbolisable, et élaborera le souhait d'être aidée afin de continuer ce travail sur elle- même.

3-Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Tableau n° 8 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 7.

Sujet	Situation familial	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	totale
Nadia	Marié	38 ans	19	23	42

Après l'analyse de l'entretien, la passation et la cotation de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON », en a obtenu 42 points pour le totale d'anxiété chez Nadia, dont 19

Chapitre V présentation, analyses et discussion des hypothèses

points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par : une humeur anxieuse (inquiétude, irritabilité), tension (sensation de tension, fatigabilité, des pleurs faciles), des peurs (du noir, d'être abandonné seul), insomnie (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu, sommeil non satisfaisant, rêves pénibles, cauchemars), difficulté de concentration, une humeur dépressive (perte d'intérêt, dépression, variation de l'humeur) avec quelques comportements lors de l'entretien (pâleur faciale). et 23 points pour l'anxiété somatique qui se manifeste par : des symptômes somatiques généraux musculaires (douleurs dans les muscles, tintement d'oreilles, bouffées de chaleur, faiblesse, sensation de picotements), symptômes cardiovasculaires et respiratoire (douleurs dans la poitrine, poids sur la poitrine, soupirs, étouffement), symptômes gastro-intestinaux (ballonnement, nausées, diarrhée), symptômes génito-urinaires (mictions fréquentes, aménorrhée) et des symptômes du S.N autonome (bouche sèche, rougeur, pâleur, vertige, sudation). Ce qui indique que notre patiente souffre d'une anxiété élevée.

Conclusion :

Le cancer vient donc bien rompre l'équilibre narcissique antérieur en brisant l'illusion de santé éternelle, Nadia présente des éléments consécutifs à son compte tel que ; sa confrontation à ses angoisses de mort, sa crainte de laisser ses enfants, la perte de son identité féminine qui est liée à son image corporelle.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien, se sont vérifiés par les résultats de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1- Présentation du 8^{ème} cas :

Linda âgée de 39 ans, mariée, elle est issue d'une famille moyenne, son niveau d'étude est de 9 année moyenne, elle n'occupe aucun emploi (femme au foyer). Aînée d'une fratrie de deux sœurs et un seul frère et sa belle sœur.

Linda se mariée a l'âge de 23 ans et a deux filles, son mari était un émigré, il occupe un emploi dans une agence immobilière. Elle nous a dit peut de chose sur son enfance, la patiente a vécu son enfance normal dans un équilibre familiale, mis a part un point important qui est marqué dans sa vie conjugale, elle se souvenait de départ de son mari en France, et qu'il n'a jamais de retour, notre patiente avait du mal a comprendre son absence durant ce temps, après quelque année la patiente a surprit qu'il avait remarié en France et qu'il n'a jamais de conscience de venir voir ses filles suite a sa la patiente lui demanda le dévore mais son mari ne voulait pas.

A l'âge de 37 a développé une tumeur localisée sur le sein gauche ou elle était hospitalisé pour des analyses et des radios, son père est décédé après quelque mois de son atteinte mais elle nous a dit qu'il ne savait rien a propos de son atteinte, elle n'a jamais osé de lui dire a cause de son état de santé.

2-présentation et analyse du cas :

Durant l'entretien on a remarqué une hésitation dans ses réponses car elle se sente un mal alaise dans la sale de la chimiothérapie et ou elle commence à se plaindre des infirmières.

Dans un premier temps, Linda à commencé à sentir les premiers signes de cette maladie, « **J'ai senti une boule dans mon sein gauche** », elle disait aussi qu'elle ne présente pas d'autre maladie chronique mis à part y a aucun d'autre membre de ses proches atteint de cette maladie.

Suite a la découverte de sa maladie (il y a 2 ans), la patiente a immédiatement présenter chez le médecin spécialiste et suite au analyses sanguines et de la mammographie, son médecin a pu diagnostiquer chez elle une tumeur du sein.

Durant la séance de consultation avec le médecin, toute seul et après avoir vu les résultats des analyses, le médecin a lui annoncé directement, mais elle disait que elle a soupçonné déjà ça et c'est pour cela la patiente a déjà eu peur, mais a ce moment face a l'annonce, La patiente semble avoir être vécu l'annonce comme un véritable choc dont elle se sente menacé par un

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

processus mortifère. Elle était perturbé et angoissé ce qui montre dans son discours « **j'été perturbé, j'ai les pieds qui tremble** ». La premier chose qui lui venait a l'esprit, ce qu'il est destiné pour elle de mourir, et de laissé ses filles derrière, elle s'inquiète pour eux énormément et ce qui montre dans son discours : « **ad-mthegh adedjagh araw-iw** » « **j'ai peur de mourir et de laissé mes enfant** ».

Après tous ces événements et a force du temps, la patiente commence à avoir des perturbations de processus du sommeil qui est du a des pensées négatives (représentation de cancer), de même elle a pris beaucoup d'effort pour accepté la chirurgie et le traitement administré dont elle éprouve un certain refus qui signifie la souffrance elle même. Et a partir de la commence à avoir les effets secondaire dont elle se plaint : des douleurs au niveau du dos, perte d'appétit, perte du poids, insomnie et se qui renforce chez elle des angoisses face a la dégradation de son état.

M^{me} Linda vit sa situation en partageant avec sa famille, ils sont tous surpris du diagnostic mis a part ce qui est important la patiente a remarqué un changement a l'égard de son mari, elle confirme qu'il a changé dans ses rapport sexuel et dans ses attitudes quand il est au courant de sa maladie se qui est engendrer pour elle une baisse de l'estime de soi. Mais elle aussi présente un changement a l'égard de son maris a cause de son état actuel et qu'elle a rendu rigide se qui signifie que Linda présente un délaissement lié a son image de corps, elle nous a dit toute est devenue stressant pour elle, et qu'elle trouve des difficultés par rapport a sa « **nekki igreglen fellas** » (**c'est moi qui l'évite**) d'ailleurs c'est pour cette raison qu'il a remarié derrière son dos se qui montre dans son discours « *dayen use3jibegh ara, dayesmi igruh ar thayed* » « **il ma quitté pour cette raison, il a trouvé une autre** ».

A la fin de l'entretien Linda nous a dit qu'elle prie pour avoir une longue vie et elle espère qu'ils vont trouver la solution à cette maladie incurable car elle vit dans le doute de ne pas guérir et qu'il viendra un jour ou il va mourir, elle a peur de ne pas pouvoir construire sa maison et voir ses enfants grandir. La patiente présente un certain pessimisme vis-à-vis de la guérison se qui signifie qu'elle présente une angoisse face a l'attente du pire.

3-Analyse de l'entretien de l'échelle d'anxiété d' HAMILTON:

Tableau n° 9 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 8.

sujet	Situation familial	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale
Linda	Marié	39 ans	21	18	39

Après l'entretien de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON, M^{me} Linda a obtenu 39 points pour le total d'anxiété, dont 21 points pour l'anxiété psychique se manifeste par : l'humeur anxieuse (inquiétude, attente de pire, irritabilité). Dans la sensation de tensions (fatigabilité, pleur facile, impossible de se détendre, incapable de resté en place). Les peurs (du noir, d'être abandonné seul). Insomnie (difficulté d'endormissement sommeil interrompu, sommeil insatisfaisant avec fatigue, cauchemars). Fonction intellectuelles (difficulté de concentration et une mauvaise mémoire). Dans l'humeur dépressive en trouve ; perte des intérêts, dépression, insomnie du matin, variation de l'humeur dans la journée), et 18 point pour l'anxiété somatique se qui montre dans les items, les symptômes somatique généraux comme courbatures dans les muscles, tintements d'oreilles, vision brouillée, bouffées de chaleur, sensation de faiblesse, sensation de picotement). Dans les symptômes cardio-vasculaires comme tachycardie, palpitations, douleur dans la poitrine). Symptôme respiratoire (poids sur la poitrine, sensation d'étouffement). Symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée). Système nerveux autonome (bouche sèche, vertige), ce qui la classe dans une anxiété moyenne.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton a montré que notre patiente Linda présente sur le plan psychique une anxiété élevée par contre l'anxiété somatique c'est montré moyenne.

Conclusion :

L'atteinte de cancer de sein empêche LINDA de mener une vie ordinaire, il est (cancer du sein) devenu un obstacle qui la prive de la liberté. Elle présente souvent des inquiétudes qui alimente son angoisse dus aux certains éléments tels que : angoisse omniprésent de la mort dont elle fait de la peine pour ses enfants, le traitement et ces effets indésirables qui entraînent chez elle un délaissement lié a son image du corps.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien, se sont vérifier par les résultats de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

1-Présentation de 9^{ème} cas :

Fati âgée de 48 ans d'ihddaden (Bejaia) , mariée et mère pour quarts enfants (deux garçon et deux filles), issus d'une famille moyenne, elle a un niveau d'étude du terminale, elle travaille comme éducatrice dans une crèche privé. Notre patiente s'est présentée à l'hôpital d'Amizour pour une consultation médicale qui fait chaque 12 jour (une semaine avant la séance de la chimiothérapie) car elle souffre d'une tumeur de sein droit.

La patiente vie seule avec sa petite famille (son marie et ses enfants) depuis presque 10 ans ; car elle a vécue une situation conflictuelle avec la famille de son marie et qui lui permet d'avoir des mauvaises relations avec eux et surtout avec sa belle mère qu'été trop dure et jalouse, elle disait : « thamgharthiw thou3er outhmelghe ara, thtaseme bzzaf » (ma belle mère est très dure, elle est insupportable et jalouse). Alors, son marie décida du quitter la maison et être indépendant de sa famille pour éviter les problèmes et vivre plus aise avec sa petite famille.

Son marie travail comme enseignant du français au CEM, il essaye d'amélioré leurs situation avec les cours de soutiens qu'il fait, et de satisfaire les besoins de ses enfants, tout est passé très bien jusqu'à la découverte de la maladie de FATI, où certains inquiétudes commence à émergées au sein de la famille.

2-Présentation et analyse de l'entretien :

Au début la patiente n'a pas acceptée du nous parlé facilement ; car elle était fatigué sous l'effet de la chimiothérapie, mais quelques minutes après et avec l'intervention d'une psychologue, elle nous a permet de commencé notre entretien avec elle.

Durant l'entretien, FATI parlait avec hésitation, elle était un peut difficile à suivre. FATI essaye à chaque fois du banalisée sa maladie, elle disait : « lante bezzaf des jeunes filles, halkente akamncki , et même khedmente l'ablation » (ya beaucoup de jeunes qui sont malade comme moi , elles ont fait même l'ablation).se qui signifier que notre patiente utilise des mécanismes de défenses pour faire face à ses conflits émotionnels.

FATI à senti les premiers symptômes soudainement depuis 2ans comme une boule dans le sein gauche, elle disait : « j'étais entraine du faire une douche et j'ai remarqué qu'il ya une petite boule dans mon sein », elle a hésitée du consulté un médecin car a chaque fois elle rêve qu'elle est interne dans un hôpital, donc elle a peur d'avoir une maladie grave. Mais quelques

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

jours après, elle a décidé de consulter un médecin spécialiste qui a diagnostiqué son état. Ce dernier l'a demandé de faire une mammographie et des analyses sanguines, les résultats obtenus confirment que FATI a un petit kyste dans le sein mais ce n'est pas grave, il nécessite juste une simple opération. Mais après cette chirurgie la patiente ressent toujours des douleurs comme avant ou encore plus, mais cette fois elle décida de voir un grand médecin spécialiste à Alger, ce dernier a refait l'examen médical à nouveau et diagnostiqué chez elle une tumeur du sein.

L'annonce du diagnostic n'était pas facile pour elle. Elle était abasourdie, peureuse et paniquée, elle était comme envahie de froid et de tremblement où elle n'a pas pu rester dans une seule place ce qui montre que FATI était traumatisée d'avoir atteint le cancer du sein. Elle pensait directement à la mort, comment elle va devenir, à sa famille et surtout à ses enfants et à leurs réactions, donc notre patiente pensait sur ses enfants plus qu'elle-même car se sont toute sa vie, elle disait : « **ougadeghe federyaw, ougadeghe ademetheghe wanjeghe** » (j'ai peur sur mes enfants, j'ai peur de mourir et de les avoir quittés).

FATI vit sa situation symptomatologique dans une détresse, désespoir, douleurs et une angoisse intense. La patiente a facilement accepté l'intervention chirurgicale et le traitement administré afin de ne plus avoir des complications et de devenir comme avant. La patiente n'a pas d'autres maladies chroniques à part sa maladie actuelle, mais suite à cette dernière et aux effets de la chimiothérapie, elle a commencé à présenter quelques problèmes somatiques : nausées, vomissements, fatigue, maux de tête...etc., mais aussi les troubles de sommeil, cauchemars dus à des pensées négatives pendant la nuit concernant son état de santé. De même elle a remarqué quelques changements gênants au niveau de son corps (pâleur faciale, chute de cheveux, perte importante de poids) mais malgré ça la patiente n'a pas arrêté de prendre soin de son apparence comme avant (elle met la perruque, fond de teint) car elle ne veut pas que son mari remarque ces changements et être moins désiré pour lui.

La famille et l'entourage de FATI sont au courant de sa maladie presque elle les a informés juste après le diagnostic posé par le médecin, leur réaction était presque la même avec la sienne, au début ils n'ont pas accepté ça, où son mari a demandé de refaire à nouveau les analyses et la mammographie. L'attitude de l'entourage a changé vis-à-vis de FATI, dont elle a remarqué un changement positif dans leur comportement vis-à-vis d'elle, sa famille est devenue plus proche, surtout son mari qui se trouve toujours à ses côtés et l'aide à s'occuper de leurs enfants. Où elle déclare : « peut-être c'est grâce à lui que je suis à l'aise et je ne pense pas trop à ma maladie », on peut dire que cette patiente a trouvé un très grand soutien

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

familiale. Et concernant ces rapport sexuelle, elle nous a confirmé qu'il ya un changement de sa part, se n'est plus comme avant elle est devenu un peut complexer par ces apparences physiques et qui l'empêche à vivre sa relation sexuelle comme avant.

En fin en a terminé notre entretien avec sa vision sur l'avenir et ses espérances où en à constaté que FATI présente un sentiment d'ambivalence ; elle voit l'avenir comme quelque chose de très loin et qui ne pense pas à la vivre car les personne cancéreux sont tous décédés suite au manque des médicaments et des moyens. Mais autres fois elle présente un certain espoir qui est pour elle le seul moteur qui reste, elle espère la guérison et la présence au mariage de ses enfants.

3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON :

Tableau n°11 : résultats de l'échelle d'anxiété de max Hamilton pour le sujet 9.

sujet	Situation familiale	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Total d'anxiété
FATI	célibataire	48 ans	17	18	35

Après la passation et la cotation de l'échelle d'anxiété d'HAMILTON ,en à obtenu 35 points pour le total d'anxiété chez FATI ,dont 17 point pour l'anxiété psychique qui se manifeste par : inquiétude, attente de pire, sensation de tension, fatigabilité, des peurs(des gens 'on connaît pas, des gros animaux), cauchemars, difficulté de concentration, perte d'intérêt, dépression, variation de l'humeur dans la journée.et 18 points pour l'anxiété somatique qui se manifeste par : douleurs dans les muscles, secousse cloniques, voix mal assurée, tintements d'oreilles, vision brouillée, sensation de faiblesse, des symptômes respiratoires (poids sur la poitrine, étouffement), ballonnement, nausées, vomissements, diarrhée, aménorrhée, rougeur, pâleur. cela indique que notre patiente souffre d'une anxiété moyenne, grâce au soutien familiale et à l'environnement agréable qu'il l'entoure.

Conclusion :

La maladie de cancer du sein ainsi que ses traitements ont une influence négative importante sur la vie psychique du notre sujet. Elle présente souvent des peurs, des inquiétudes qui engendrent chez elle une anxiété importante sur le plans somatique que psychique, cela est dus aux certains éléments tels que : l'évolution de la maladie et la mort, ses enfants et leurs réaction devant cet événement, les effets du traitement.

Ces éléments sont apparus pendant l'analyse de l'entretien et vérifié par l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON.

1-Présentation du 10^{ème} cas :

M^{me} aïcha âgée de 49 ans. Elle est issue d'une famille aisée. Aîné d'une fratrie de trois frères et trois sœurs. Notre sujet à un niveau d'étude de (5) année primaire, n'occupe aucun emploi (femme au foyer), elle est considérer le seul membre malade atteint de la tumeur du sein gauche. Aïcha est vécu son enfance normale et dans un équilibre familiale ou elle a grandi dans des conditions acceptable.

M^{me} Aïcha se marié a l'âge de 22ans et elle a six garçons et une fille. En 2004 son mari était hospitalisé pour une affection du colon, suite a cette événement, un an après aïcha a fait une chirurgie de vésicule.

Nous apprenons également que son fils avait souffert des crises d'épilepsie depuis 4ans, ce qui l'empêchait de mener une vie normal pour lui et pour ses parents qui nécessite une surveillance attentionnel de leur fils. Aujourd'hui est stabilisé.

Aussi pour la survenu de la maladie de Aïcha nous a dit « c'est à mon tour » ou elle était hospitaliser (hôpital de Mostapha bacha) pour un cancer du sein et pour des consultations (analyses et radio IRM).

2-présentation et analyse de l'entretien :

lorsque nous rencontrons madame Aïcha et durant l'entretien on a remarqué une hésitation dans ses réponses a cause de son mal être dans l'hôpital et les effets de la chimio qui représente pour elle une thérapie fatigante ce qui nous faut du temps pour commencer a nous parlé et la relation s'établi assez vite.

Depuis septembre 2014 elle souffre de douleurs dans le dos et dans le sein « **j'ai senti comme une masse dans mon sein** ». Elle commence par se dire que ce sont des douleurs normales dues à son âge ou a ses maladie chronique dont elle souffre tel que l'hypertension artériel, le colon et l'arthrose, elle ajoute qu'elle à déjà subi une chirurgie de vésicule auparavant (c'était en 2005), puis ses douleurs s'accroissent au point qu'elle ne peut bientôt plus sortir chez elle. Elle se fait alors hospitaliser pour tous les examens nécessaires (radio, IRM) qui permettent de détecter une origine tumorale.

Face à des résultats des analyses, et durant la séance de consultation avec le médecin toute seul, cependant elle semble avoir été vécu l'annonce d'une façon traumatique ou la patiente a tout lâchée, inhiber face a ce nouvelle événement avec ses yeux fixé et cela montre dans son discours « j'ai tout lâché », de même elle avait déjà marqué plusieurs maladies a son

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

compte. La patiente a des difficultés à mettre des mots pour son angoisse dont se trouve face un sentiment d'être attaqué par un processus mortifère.

Le plus important, son médecin lui proposa de faire la chirurgie pour enlevé la tumeur, et elle refus en effet la chimiothérapie, elle n'y croit pas et pense que le traitement ne fera que renforcer l'aspect terrifiant de la mort et suite a sa elle a pleuré en larme chaude et celle-ci montre dans son discours « **a ce moment j'ai trop stressé c'est difficile, je doit faire confiance** », les choses les plus souvent dont elle s'inquiétait concernant ses enfants et surtout sa fille car elle n'a pas encore marié bien que nous dise dans son expression « **ugadegh ademthegh atidejehg** » « **j'ai peur de mourir et de laissé mes enfants derrière** » elle s'inquiète aussi pour le mariage de son fils car elle a eu peur de mourir avant d'assisté son mariage. Elle ajoute qu'elle se souvient plus de visage de son médecin et ne supporte pas le lieu ou elle était hospitalisé (hôpital de Mostapha bacha) et qui lui rappellent le vécu de l'annonce ou les événements qu'elle a vécu d'une façon traumatique ce qui entraînait un évitement de cet excitation pénible.

Après tous les événements qu'elle a vécu, la patiente commence a présenté des perturbations sur le plan somatique tel que ; des troubles du sommeil qui est du a des pensées négatives (pensées négatives pendant la nuit). Et ce qui concerne les effets secondaire qui est du au traitement administré dont elle se plaint ; des nausées, des vomissements, des douleurs osseuses, des fatigues et l'insomnie, elle ajute que l'IRM pour elle est insupportable, fatigant et inquiétant, ce qu'elle a engendré une perte de concentration et de l'angoisse.

M^{me} aicha vit sa situation symptomatique avec toute sa famille dans un climat entourés, elle disait qu'elle était toujours accompagné par son mari, il savait tous à-propos de ce sujet, « **la premiers fois quand j'ai lui dit que j'ai eu un cancer, il était choqué mais il fait semblant pour que je sens rien et pour que me laisse pas tomber** ».mais surtout elle veut plus personne d'autre sait de son atteinte a cause du leur regard « **je veux plut personne me dit que je suis chagrinée** ». Confirme qu'elle n'a pas constaté un changement a l'égard de son mari et dans son rapport sexuel, elle disait que c'est elle qui a changé envers eu car elle ne vit pas en pleine santé et aussi qu'elle vit au prés d'une image dégradée d'elle-même.

Aicha s'exprime autant : « je deviens stresser quand je viens faire la chimiothérapie à l'hôpital ». Elle représente un degré d'espoir faible car elle voit que l'intervention chirurgicale de sein comme un obstacle qui l'empêche de voir son avenir, L'angoisse chez la

Chapitre VI présentation, analyses et discussion des hypothèses

patient est omniprésent, elle nous a dit qu'elle n'a pas des projets pour le moment avant qu'elle se libère de cette chirurgie. La patiente vive le jour au jour et s'ignore de lendemain.

3-Analyse de l'entretien de l'échelle de l'anxiété d' Hamilton :

Tableau n° 1 : résultats de l'échelle d'anxiété de Max Hamilton pour le sujet 10.

sujet	Situation familial	Age	Anxiété psychique	Anxiété somatique	Totale
Aicha	marié	49 ans	20	23	43

Après l'analyse de l'entretien, la passation et la cotation de l'échelle d'anxiété de « MAX HAMILTON », en a obtenu 43 points pour le totale d'anxiété chez Aicha, dont 20 points pour l'anxiété psychique qui se manifeste par : une humeur anxieuse (inquiétude et attente de pire), tension (sensation de tension et fatigabilité), peur (du noir et d'être abandonné seul), insomnie (difficulté d'endormissement et sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil), fonction intellectuelles (difficultés de concentrations et mauvaise mémoire), humeur dépressive (perte d'intérêt et dépression). et quelque comportement lors de l'entretien (pâleur faciale). Et 23 points pour l'anxiété somatique qui se manifeste par : des symptômes somatiques généraux musculaires (courbature dans les muscles, vision brouillée, bouffées de chaleur et sensation de faiblesse), symptômes cardio-vasculaire (tachycardie, palpitation et douleurs dans la poitrine), symptômes gastro-intestinaux (douleurs après le repas, nausées et diarrhée), symptômes génito-urinaire (miction fréquentes et urgence de miction), Symptômes du système SN (bouche sèche et pâleur), et quelque comportement lors de l'entretien (front plissé et pâleur faciale). Ce qui montre que notre patiente s'exprime son anxiété par le somatique plus que psychique.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton a montré que M^{me} AICHA à une anxiété somatique plus élevée que l'anxiété psychique.

Conclusion :

L'apparition de la maladie de cancer du sein est venue faire un bouleversement psychique et ainsi physique chez Aicha. Elle est alors envahit par des angoisses et des inquiétudes face aux certains éléments tel que ; la perception de la maladie et sa menace de la mort, la peur de la chirurgie et les effets secondaires du traitement, les cauchemars et surtout sa confrontation aux regards de la société.

Ces éléments sont apparus dans l'analyse de l'entretien et qui se sont confirmés par l'analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON.

2- Analyse des résultats et discussion des hypothèses :

2-1- analyse des résultats :

Dans cette partie on répartira les résultats de l'entretien et de l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton de chaque cas selon les anxiétés psychique et somatique chez les femmes mariées et les femmes célibataires atteinte d'un cancer du sein, et selon le degré de l'anxiété chez elles. Afin de savoir si il ya une différence dans les manifestations et dans le degré d'angoisse qui est dû aux certains éléments.

Tableau n°12 : répartition des résultats selon l'anxiété psychique et somatique chez les femmes célibataire atteinte d'un cancer du sein.

Cas Type D'anxiété	AMEL	FATIHA	SAMIRA	NASSIMA	SAMIA
Anxiété psychique	21	22	24	24	27
Anxiété somatique	19	19	22	20	22
Total d'anxiété	40	41	46	44	49

La première constatation qu'on peut retirer à partir du tableau N°1 est que l'anxiété psychique est supérieur à l'anxiété somatique chez toutes les patientes dont (Amel présente 21 point pour l'anxiété psychique et 19 pour l'anxiété somatique, Fatiha présente 22 point pour l'anxiété psychique et 19 pour l'anxiété somatique, Samira présente 24 points pour l'anxiété psychique et 22 pour l'anxiété somatique, Nassima présente 24 points pour l'anxiété psychique et 20 points pour l'anxiété somatique et enfin Samira présente 27 point pour l'anxiété psychique et 22 points pour l'anxiété somatique).

À partir de là on peut constater que l'angoisse chez les femmes célibataire se manifeste sur le plans psychique que somatique.

Tableau n°13 : répartition des résultats selon l'anxiété psychique et somatique chez les femmes marié atteinte d'un cancer du sein.

Cas types d'anxiété	RIHAN	NADIA	LINDA	FATI	AÏCHA
Anxiété psychique	20	19	21	17	20
Anxiété somatique	18	23	18	18	23
Total	38	42	39	35	43

La deuxième constatation qu'on peut retirer à partir de tableau n°2 et l'échelle d'anxiété d-Hamilton est, que les femmes marié atteinte d'un cancer du sein présentent un état anxieux somatique plus élevé que psychique ; de même l'anxiété psychique est dominante chez deux femme uniquement (Rihan qui présente 20 points pour l'anxiété somatique et linda qui présente 21 points pour l'anxiété psychique et 18 pour l'anxiété somatique).et l'anxiété somatique est dominante chez 3 patients(en trouve Nadia qui présente 19 points pour l'anxiété psychique et 23 pour l'anxiété somatique, Aïcha qui présente une anxiété psychique avec 20 points et l'anxiété somatique avec 23 points et enfin Fati présente 17 pour l'anxiété psychique et 18 pour l'anxiété somatique. Cela indique que les femmes marié atteinte d'un cancer du sein manifestent les sentiments d'angoisse sur le plan somatique plus que psychique.

Tableau n°14 : répartition des résultats selon le degré de l'anxiété chez les femmes célibataires atteinte d'un cancer du sein.

Chapitre V : présentation, analyse, discussion des hypothèses

Cas	AMEI	FATIHA	SAMIRA	NASSIMA	SAMIA
Degré d'anxiété					
Légère					
Moyenne					
Elevée	x	x	x	x	X

Tableau n°15 : répartition des résultats selon le degré de l'anxiété chez les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein.

Cas	RIHAN	NADIA	LINDA	FATI	AÏCHA
degré d'anxiété					
Légère					
Moyenne	X		X	X	
Elevée		x			x

2-2- Discussions des hypothèses :

Première hypothèse :

Les éléments qui favorisent l'angoisse chez les femmes célibataires atteinte d'un cancer du sein sont : l'évolution de la maladie et la mort, le traitement et ses effets secondaires et surtout d'être célibataires et rester seule sans conjoint et sans enfants.

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle d'Hamilton en a constaté que notre hypothèses à été confirmé et que nos cinq cas célibataires présentes souffre d'une angoisse liée à la mort, le traitement et ses effets indésirables l'image du corps et leurs féminité, le regard social et le célibat.

Amel souffre d'une angoisse qui se manifeste par des symptômes de peur de mourir et de ne pas guérir la réaction de sa mère et d'être abandonné seul: « j'ai pensé à ma mère et sa

Chapitre V : présentation, analyse, discussion des hypothèses

réaction surtout elle souffre d'une hypertension artérielle, et j'ai pensé à mon fiancé j'ai peur qu'il me quitte », le traitement et ses effets, l'altération de son identité féminine.

Fatiha vit sa situation actuelle dans une angoisse et avec des sentiments pénibles dû à la peur de subir une chirurgie (ablation de sein), son image du corps et sa féminité, la mort : « **je me suis dit que je vais sûrement mourir et j'ai peur de l'opération** » et le regard social.

Samira manifeste une anxiété s'exprimé par des symptômes de peur et de l'inquiétude face aux éléments suivants : la gravité de la maladie et la non guérison (mort) : « **tout est fini, je Sai que j vais mourir** », la possibilité de ne pas trouvé un homme qui va comprendre son état de santé , elle disait : « **je ne pense pas que j vais trouvé un homme à cet époque qui va me comprendre** ».

L'entretien avec Nassima montre qu'elle était envahit par des angoisse qui se manifestent par des sentiments de peurs et d'inquiétude par apport ; a la menace de mort : « **donc j vai mourir** », la peur de se retrouver seule sans conjoint et sans enfants, l'altération de son image de corps et de sa féminité, « **surtout autant que femme j vais devenir moche et personne ne va m'accepter comme ça** » ainsi que le regard social : « **j'évite de se parlé avec eux sur ma maladie, car ils me regard bizarrement** ».

Samia manifeste des inquiétudes et des angoisse attribués à son état de santé comme : d'être menacé par la mort, la chirurgie et le traitement qui entraînent une dégradation de son image corporelle et son identité féminine, la peur d'être célibataire et resté seule.

-les éléments qui favorisent l'angoisse chez les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein sont : l'évolution de la maladie et la mort, le traitement et ses effets secondaires, le regard social, leurs familles et plus particulièrement leurs enfants et leur réaction.

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, en peut dire que notre hypothèse à été confirmé chez presque toutes les patientes.

Pendant la réalisation de l'entretien, Rihan à met en place ses angoisses s'exprimé par le sentiment de peurs et d'inquiétude face aux certains éléments tel que : la mort, laissé ses enfants, la chirurgie et le traitement qui engendrent une altération dans son identité féminine : « **c'et difficile pour moi, j'étais trop stressé** »

Chapitre V : présentation, analyse, discussion des hypothèses

L'entretien indique que, Nadia présente des peurs et des inquiétudes dus aux certains éléments tels que : à la mort, d'avoir laissé ses enfants , « **je m'inquiète souvent sur mes enfants** », les effets de la chimiothérapie et la perte de son identité féminine , l'altération de son et le regard social, elle disait « **les effets du traitement me gênent au point que je ne même pas regardé au miroir, je met souvent une perruque pour que les autres vont pas remarqué** ».

L'entretien avec Linda montre qu'elle présente des inquiétudes qui alimentent son angoisse, ces inquiétudes sont dus aux éléments suivants : la peur de mourir, ses enfants : « **j'ai peurs de laissé mes enfants** », le traitement et ses effets secondaires qui entraînent chez elle un délaissement lier à son image de corps : « **la chimiothérapie m'inquiète souvent, ses effets peuvent produire un changement dans mes apparences** ».

L'entretien avec Fati nous a montrer que le cancer du sein influence négativement sur sa vie psychique, elle présente des peurs et une angoisse lier aux éléments suivants : l'évolution de la maladie et la mort, ses enfants , : « **j'ai peur de mourir et l'ai avoir quitter, qu'est ce que ils vont faire ?**), les effets du traitement , le regard social qui chez elle une certaine dépression : « **j'aime pas entendre le bruit, je reste seule dans ma chambre ,j'aime pas que les autre voir mon état, je ne support pas la leurs regard, j'aime resté dans l'ombre sans lumière** ».

Durant l'entretien avec AÏCHA elle nous semble qu'elle est envahit par des angoisse et des inquiétudes face aux certains éléments comme : l'évolution de la maladie qui peut conduire à la mort, la chirurgie et les effets secondaires du traitement : « **la chimio est difficile, amis je dois supporter et faire confiance** », et surtout d'avoir laissé ses enfants : « **j'ai peur de mourir et de laissé mes enfants derrière.....**), ainsi face a la confrontation du regard social.

D'après les résultats qu'en a obtenu en peut aussi conclure que la plus part des femmes atteinte d'un cancer du sein (que sa soit marié au célibataire) présentent généralement des inquiétudes qui favorisent chez elles une angoisse premièrement la mort : selon **fisher** les « femmes touché par un cancer du sein estiment que leur vie à changé, elles souffrent d'une peur de la mort... », Deuxiément, le traitement et ses effets secondaires : selon **dauchy et rasavi** l'affection cancéreuse du sein et ses traitements entraînent un stress émotionnel majeur et d'importants problèmes psychologiques qui peuvent persister pendant des années, troisièmement, l'altération de l'image du corps et de l'identité féminine : selon **Dany** « le cancer du sein et les mutilation liées aux traitements bouleversent le rapport au corps, ces changement et altérations peuvent avoir des conséquences du corps particulièrement négatives tels que ; l'anxiété baissement de l'estime de soi », selon **CHARMAZ** « souvent le cancer du

Chapitre V : présentation, analyse, discussion des hypothèses

sein modifie profondément le concept de soi des malades, la maladie menace une perte entière de l'identité des patientes, les modifications sur le sein, garant symbolique de l'identité féminine, de la fonction maternelle entraîne un changement dans l'image de corps », et enfin en a le regard social.

-le degré de l'angoisse se diffère chez les célibataire et les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein ; le fait que les femmes célibataire n'ont pas encore fondé un foyer et trouvé un homme qui va comprendre leurs états, renforcent chez elles une importante angoisse plus élevé que les femmes mariés qui ont un soutien de la part de leurs enfants et leurs conjoints.

D'après les résultats des deux tableaux ci-dessus qu'en a obtenu a partir de l'analyse de l'entretien et l'échelle d'anxiété d'Hamilton en peut conclure que notre hypothèse à été confirmé par nos dix cas (5 femmes célibataires , et 5 femmes mariés) ;dont toute les femmes célibataires présentent une anxiété élevé(Amel , Fatiha, Samira, Nassima, Samia), et la majorité des femmes mariés présentent une anxiété moyenne , donc a partir de là en peut dire que le degré d'anxiété est plus élevé chez les femmes célibataires que chez les femmes mariés cela est dû aux inquiétudes des femmes célibataires par rapport à leurs situation familiale(le célibat et de ne pas avoir des enfants) et aux soutien que les femmes mariés ont trouvé de la part de leurs maris et de leurs enfants ;

Il nous semble que nos hypothèses ont été confirmées et cela en basant sur les donnés et l'analyse de l'entretien et de l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

Par ailleurs, les résultats qu'en a obtenu restent non représentatifs car les groupes de recherche ne représente pas toute la population d'étude, mais sa reste une contribution pour l'étude de cette catégorie.

Deuxième hypothèse :

- Il ya une différence dans les manifestations d'angoisse chez les femmes célibataires et les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein.

Cette première hypothèse à été confirmée par nos dix cas (5 femmes célibataires et 5 femmes mariés).

A partir l'analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété de MAX HAMILTON en a constaté premièrement, que toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein présentent un

Chapitre V : présentation, analyse, discussion des hypothèses

bouleversement psychique et des sentiments d'angoisse importante. Selon **liebens et almant** « la survenu et l'annonce du cancer du sein seraient en partie responsable de l'apparition des symptômes d'angoisse chez les femmes atteinte ». Et deuxiément que les manifestations d'angoisse se différent chez les femmes célibataires et les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein; puisque les femmes célibataires développent une anxiété importante sur le plans psychique plus que somatique (Amel, Fatiha, Samira, Nassima, Samia développent une anxiété psychique plus élevé que somatique) par contre la majorité des femmes mariés développent une anxiété importante sur le plans somatique plus que psychique (Nadia, Fati et Aïcha).

Conclusion :

Le cancer de sein fait partie des maladies graves qui bouleverse totalement la vie des femmes qu'il l'affecte sur tout les plans, la vie quotidienne, les relations sociales, et la vie professionnelle. Ces influences touchent non seulement les femmes atteintes, mais également les autres membres de la famille, ainsi que son environnement et son entourage en générale.

En effet, L'étude de cette maladie nous a permit de découvrir et de révéler plusieurs aspect de ses manifestations, cette maladie fait souffrir toute les femmes (mariés, célibataires, instruites ,non instruites) atteinte , physiquement, psychologiquement et même socialement.

Dans notre étude, nous avons vérifié l'un des problèmes psychologique important qui est l'angoisse chez les femmes atteinte d'un cancer du sein. Cela nous a permet de rependre aux certains interrogations a partir des ouvrages consultés, de ce qu'on a investigué , analysé et étudié, on utilisant la méthode clinique (étude de cas) qui permet de mieux analysé le rapport existait entre le cancer de sein et l'angoisse, une étude comparative qui convient avec notre thème de recherche et des outils d'investigations qui enrichissent notre étude comme l'entretien clinique qui nous a permit d'aboutir à des informations concernant nos patientes, et l'échelle d'appréciation d'anxiété de MAX HAMILTON.

Nos hypothèses concernant la différence des manifestations d'angoisse existe entre les femmes célibataires et les femmes mariés atteinte d'un cancer du sein, et concernant les éléments qui favorisent l'angoisse et qui engendrent une différence de degré entre elles, ont été confirmé ; dont toutes les femmes célibataires (5 sur 5) présentent une angoisse élevé qui se manifeste sur le plans psychique plus que somatique , et la majorité des femmes mariés (3 sur 2) présentent une angoisse moyenne qui se manifeste sur le plans somatique plus psychique ; Et parmi les éléments qui favorisent l'angoisse et qui engendrent une différence de degré en trouve : l'évolution de la maladie et la mort, le traitement et ses effets secondaires, l'image de corps et le regard social, les enfants et le conjoint chez les femmes mariés, le mariage et d'être resté seule chez les femmes célibataires.

Conclusion

Même si on est arrivé à ces résultats de la recherches, mais ils restent toujours limité parce que on ne peut pas les généralisé sur toute la population.

Au terme de ce mémoire, bien qu'il s'agisse d'un travail modeste, cela nous a permis d'avancer sur le plan méthodologique et de connaissances scientifiques.

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

1-les ouvrages :

- ALEXANDER.J, (2007). « **Cancérologie, hématologie** », paris, p 15.
- Américain psychiatric association- DSM-IV-TR, 2000, « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », 4^{eme} édition, texte révisé, Washington.
- ANGERS.M, (1994). « **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Alger, éd Casbah.
- ANNE.M, (2008). « **Guide méthodologique de la recherche en psychologie** », 1^{er} édition, paris.
- ANNICK .W, BARAIS, (2008). « **100 fiche de la psychologie** », 2^{eme} éd, Bréal.
- ASSOUN.P. « **Laçons psychanalytiques sur l'angoisse** », 3^{eme} édition, Econocia .
- BACQUE.MF, (2001). « **Annoncer un cancer** », paris, springer, p 22.
- BENZIDANE. N, (2004). « **Cancer du sein, diagnostic et traitement**), Alger, OPU.
- BERGERET.J, (1995). « **Psychologie, pathologie théorique et clinique**), paris, 6^{eme} édition, Masson.
- BERTHIER. N, (1998). « **Les entretiens, les techniques d'enquête** », paris, Armand colin, p 51.
- BLOOM.JR, (1996). « **Cancer et famille** », Chichester, p 369-387.
- CHAHRAOUI.KH ET BENONY, (2003). « **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », paris, Edition DUNOD, p 100.
- CHILAND.C, (1989). « **Entretien clinique** », paris, éd., PUF, p 119.
- CLERO.J (2002). « **Vocabulaire de Lacan** », paris, ellipses.
- COTTRAUX.J, (2004). « **Les thérapies comportementales et cognitives** »paris, 4eme édition, Masson.
- DACCO.P, (1972). « **Comprendre la psychologie et leur psychologie profonde** », DUNOD,

- DACCO.P, (1973). « **Prodigieuses victoires de la psychologie** », Belgique, Ed DUNOD.
- DANY.C, (2008). « **Elle ne supporte plus son image ; les souffrances psychologiques des malades du cancer** », springer, p 97-102.
- DAUCHY.S, ROUBY.P, (2006). « **Aspect psychologique de cancer du sein de la femme jeune**), 28es journée de la SFSPM, Lille, novembre.
- DELOURNE.A et EDMOND.M, (2004). « **Pratiquer la psychothérapie** », paris, éd. DUNOD.
- DIEL.P, (1992). « **La peur et l'angoisse** », paris, Payot.
- ECKHARD, (2006). « **L'accompagnement des malades cancéreux**), paris, éd SER, p 493.
- ELISE, GALLON, (2012). « **Cancer du sein et sentiment de guérison** ».
- FERENCZI.S. (2002) « **des origines de la vie sexuelle** », Édition Payot.
- FISHER.GN, (2002). « **Traité de la psychologie de la santé** », paris, éd DUNOD, p283-289.
- GRAWITZ.M, (2001). « **Méthodes des sciences sociales** », paris, éd, dolez, p644.
- GUY, BENSONSON, (1993). « **Manuel de psychopathologie, anxiété, dépression et psychopathologie de corps** », paris, DUNOD.
- HAYNAL.A, POSINI.W, (1997). « **Médecine psychosomatique** », paris, 3^{eme} Édition, Masson, p193.
- HELEN.L, (2006). « **le rôle de l'environnement dans le cancer du sein** »,WECF 12.
- HENRI.EY, (1989). « **Manuel de psychiatrie** »,6^{eme} Édition, paris.
- KAUFFMAN.JC, (200), « **corps de femme, regard d'homme, sociologie des seins nus**), paris, Méthane.
- LANSAC.J, LECOMPTE.P, (2002). « **cancérologie** », paris, Masson.
- LE GOFF.I, (2009). « **passage à l'acte et angoisse paroxystique ; interrogation psychologique** », paris, éd DUNOD.

- LORIENT.Y, (2002). « **Cancérologie** »Masson.
- MAREAU.CH, et all, (2006). « **Réussir son 1^{er} cycle en psychologie** », studyrama, 4^{eme} éd, France.
- MARINAPUDDU et TOFFORTEAU. **Cancer de sein** », paris, p 1-2.
- MIKOLAJCZA.K. « **Les interventions en psychologie de la santé** », paris, DUNOD, p91.
- NEIL.A, (2010). « **La thérapie cognitivo-comportementales** », canada, Édition Camh.
- PHELIPE .B, (1999). « **Le sexe et l'amour** », Édition Odile Jacob.
- POUSSIN.G. « **La pratique de l'entretien clinique** », paris, DUNOD.
- QUINDOZ.JM, (2002). « **la solitude apprivoisée** », 2^{eme}ed, paris, Édition DUNOD.
- QUIVY.R, « **manuel de recherche en science sociale** », paris, 3^{eme} Édition, DUNOD.
- RAZAVI.D, DELVEAU.N, (2002). « **Psychologie, le cancer, le malade et sa famille** », pris, Masson.
- SCOTTE.F, (2002). « **Cancérologie** », paris, Édition marketing S.A.
- SEDDIK.KH, (2009). « **Le cancer du sein** », CCA.CHU, Oron.

2- les revues :

- BAIZE.N, MAUNIER.N, PHIIPE.J, (2008). « **féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie** », in **"bulletin du cancer"** .vol 95,n°9, 849-57.
- DAUCHY.S, (2004). « **Retentissement psychologique du cancer du sein chez la femmes jeune** », la lettre de sénologue, n°24, p19.
- MAGUIRE.P, (1981). « **les répercussions de la mastectomie sur la famille** »,in **"international journal of family psychiatry"**,n°1, 485-503.
- NORTHOUSE, (1984). **"Impact de cancer sur la famille"**, in « **international journal of psychiatry in médecine** », 14(3), 215-242.
- ROSENHIEM, (1985). « **Informing children about a parent's terminal illness** », in « **journal of child psychology and allied disciplines** », n°26, 995-998.

3-dictionnaires:

-BLAQUE-BELAIN.A, (1984), « **dictionnaire médicale clinique pharmacologique et thérapeutique** », Alger, OPU.

-DELAMARE.J, (2002). “**Dictionnaire des termes de médecine** “, paris, 27^{eme} Édition, malouin, p127.

-(2003- 2007), « **dictionnaire des risques** », paris, 2^{eme} Édition, Armand colin.

-JOZETTE 107 **le robert méthodique**, « **dictionnaire méthodique de français actuelle** », avenue pommetier, Rey-debaue, paris (XI^e).

-(1976), « **Larousse de la médecine** », librairie Larousse, Édition complète, canada.

4-les sites internet :

-http : // www. europadonna.fr

-http: //www.breast cancer.org.uk

-OMS .http: // [www.who.int/](http://www.who.int/topics/cancer/fr/) topics/cancer/fr/.

Annexe I : le guide d'entretien

Annexe I : le guide d'entretien

Axe 1 : caractéristiques personnelles :

- Nom?
- Prénom ?
- Age ?
- situation familiale ?
- niveau d'instruction ?
- la profession ?

Axe 2 : les données somatiques :

- de quoi vous êtes malade ?
- quels sont les premiers signes qui vous en poussé à consulté le médecin ?
- décrivez-moi votre état de santé au cours de cette période ?
- avez-vous d'autres maladies chroniques ?
- avez-vous subi une intervention chirurgicale au paravent ?
- est ce que il ya quelqu'un de vos proches atteinte de cette maladie ?
- quels sont les effets indésirables du traitement administré ?

Axe 3 : état psychologique dans lequel elles sont :

- quand est ce qu'on vous a annoncé le diagnostic ?
- qui vous a annoncé cette maladie ?et comment ?
- quelle était votre première réaction ?
- qu'avez-vous ressenti ?
- qu'avez-vous pensée ?
- avez-vous accepté la chirurgie et le traitement administré facilement ?
- avez-vous des troubles de sommeil ?
- après votre maladie sentez vous qu'il ya un changement ?

-prenez vous soin de votre corps comme avant ?

-qu'est ce qu'il vous inquiète le plus souvent (votre état, votre famille ou bien autres choses) ?

Axe 4 : relations familiales et environnementales :

-est ce que votre famille est au courant de votre maladie ?

-quelle était leur réaction ?

-avez-vous remarquée des changements relationnels vis-à-vis de votre état ?

- avez-vous remarquée des changements dans votre relation conjugale ?

-avez-vous remarqué un changement dans vos rapports sexuels ?

- êtes-vous satisfaites dans vos désirs sexuels ?

Axe 5 : leur vision sur l'avenir :

-qu'espéré vous par le traitement ?

-avez-vous des projets à faire dans l'avenir ?

- comment voyez-vous l'avenir ?

Annexe II : l'échelle
d'anxiété de max
Hamilton.

Échelle d'appréciation de l'anxiété de MAX HAMILTON :

anxiété
Psychique

anxiété
somatique

1- Humeur anxieuse :

- inquiétude
- attente du pire
- appréhension (anticipation avec peur)

2-tension

- sensation de tension
- fatigabilité
- impossibilité de se détendre
- pleurs facile
- tremblement
- sensation d'être incapable de rester en place

3-peurs

- du noir
- des gens qu'on connaît pas
- d'être abandonné seul
- des gros animaux
- de la circulation
- de la foule

4-insomnie

- difficulté d'endormissement
- sommeil interrompu
- sommeil non satisfaisant avec fatigue à réveil
- rêves pénibles
- cauchemars
- terreurs nocturnes

5-fonction intellectuelles

- difficultés de concentration
- mauvaise mémoire

6-humeur dépressive

- perte des intérêts
- ne prend pas plaisir à ses passe temps
- dépression
- insomnie du matin
- variations de l'humeur dans la journée

14-comportement lors de l'entretien :

général : tendu non à aise-agitation nerveuse ;des mains, tripote ses doigts, serre sa mouchoir-instabilité va et vient-tremblement des mains-front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire-respiration haletante-pâleur faciale.

Physiologique : avale sa salive- éructions-tachycardie au repos-rythme respiratoire à plus de 20/min- reflexes tendineux vifs-tremblement-dilatation pupillaire-exophtalmie-sudation,battements des paupières.

7-symptômes somatique généraux (musculaires) :

- douleurs et courbatures dans les muscles
- raideurs musculaires
- sursauts musculaires
- secousse cloniques
- grincements des dents
- voix mal assurée

8-symptômes somatiques généraux (musculaires) :

- tintements d'oreilles
- vision brouillée
- bouffées de chaleur et de froid
- sensation de faiblesse
- sensation de picotement

9-symptômes cardio-vasculaires :

- tachycardie
- palpitation
- douleurs dans la poitrine
- battement des vaisseaux
- sensations syncopales
- extrasystoles

10-symptômes respiratoires :

- poids sur la poitrine ou sensation de constriction
- sensation d'étouffement
- dyspnée
- sopirs

11-symptômes gastro-intestinaux :

- dyspepsie :douleur avant ou après le repas.
- Sensation de brulure.
- Pyrosis.
- Nausée.
- Vomissement.
- Creux à l'estomac
- difficulté pour avaler
- vents
- « clonique » abdominale
- borborygmes
- diarrhée
- perte de poids
- constipation

12-symptômes génito-urinaires :

- miction fréquentes
- urgence de la miction
- aménorrhée
- ménorragies
- apparition d'une frigidité
- éjaculation précoce
- absence d'érection
- impuissance

13-symptomes du système nerveux autonome :

- bouche sèche
- accès de rougeur
- pâleur
- vertiges
- tendance à la sudation
- céphalée
- de tension
- horripilation