

Université Abderrahmane MIRA de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de Fin de Cycle
En Vue de l'obtention du Diplôme de Master en Psychologie
Option Psychologie Clinique

Thème

LA qualité de vie chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale

Réalisé par :

- ✓ **ABDELHADI Fatma**
- ✓ **GHIAR Nadia**

Encadre par :

- M^{me} BAHOUINadia

2015/2016

REMERCIEMENTS

Nous remercions le dieu tout puissant de nous avoir permis de marcher sur le chemin de la science , et aujourd'hui d'effectuer ce travail.

Avant tout le monde :

*Nous remercions notre cher enseignante et promotrice BOUHOU
Nadia d'avoir accepté notre encadrement, et de nous avoir assistées
durant toute cette période, en nous accordant toute l'attention et temps
qu'il faut.*

On tient à remercier aussi :

*A nos patients pour leur patience et leur aide malgré la souffrance.
Les membres de jury pour avoir accepté d'évaluer notre travail Tous ceux qui ont
contribué de près ou de loin dans l'élaboration de notre mémoire.*

Nadia et fatima

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

Mes très chers parents

Mes très chères sœurs : Dahbia, Ouiza et son marie

Mes frères : Djamal, Kaci, Karim Mostapha, Madjid

Mes belles sœurs : Karima ,Razika, Wahiba, Djahida

Mes nièces : Amale ,Malak, Amina

Mes neveux : Walide , Oussama, Anasse, Amine

Tous mes oncles : et tantes maternelles

Tous mes oncles : et tante paternelles

Mes chères amies : yacine, Sofiane, Thanina, liela, Lydia, lila , Manar, Nawal, Nassima,

kahina , Salwa, Aicha, silina, siham, sabrina

Ma binôme : fatima et ses amies

Nadia-G

A mon binôme nadia pour ta varie amitié, et ton courage et sagesse

A notre psychologue Mme zbida , ton orientation pratique , tu m'as pris

La réussite ne se donne pas comme ça, il faut se battre pour réussir

A tous mes amis

Dédicace

Fatima A

Avec ma gratitude et grand amour, je dé dédie ce modeste travail

*A mes chers parents à pour leur sacrifice, encouragement et leurs précieux
conseils pour que je réussisse dans ma vie j'espère que je serai toujours à la
hauteur et leurs espérances*

*Ma mère : nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi
une éducation de qualité. Tu n'as ménagé aucun effort pour trouver ton
amour maternel et celui de prochain ; ces caractères fait de toi une maman*

Exemplaire, durable et aimable

Mon père : ta sagesse et franchise font de toi un père aimable

A mes sœurs et mes frères.

A tout ma : famille abdelhadi et boubaouss

A tous mes chez aimes : fatiha, khadija, houria, ouezena

Ainsi a tous les étudiants de ma promo

A mon binôme nadia pour ta varie amitié, et ton courage et sagesse

A notre psychologue Mme zbida , ton orientation pratique , tu m'as pris

La réussite ne se donne pas comme ça, il faut se battre pour réussir

A tous mes amis

Fatima A

La liste des figures

N° de figure	Le titre	La page
01	Les deux hémisphères	25
02	Le cerveau	26
03	Tumeur cérébrale	28
04	Le scanner cérébrale	30
05	IRM cérébrale	31

La liste des tableaux :

N° de tableau	Le titre de tableau	La page
01	Gradation des tumeurs selon l’OMS.	34
02	tableau récapitulatif des cas clinique.	48
03	Tableau des sous-groupes de questionnaire MOS-SF36.	54
04	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Hadja ».	60
05	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Aouda ».	64
06	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Halima ».	68
07	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « klaoudia ».	70
08	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Djouhr ».	73
09	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Baya ».	76
10	Présentations de résultats de questionnaire SF 36 de cas de « Mohend ».	79
11	Le degré moyen de la qualité de vie globale	82

La liste de l'abréviation :

Abréviation	significations
OMS	Organisation mondiale de santé
Qdv	Qualité de vie
MOS/ FS 23	Questionnaire court d'étude de la mesure de la santé 36(medical outcome study short form 36
HIC	Hypertension – intracrânienne
IRM	Imagerie résonance magnétique
LCR	Liquide céphalo- rachidienne

Table de matières

Introduction

Problématique :	1
les objectifs de recherche	6
Opérationnalisation des concepts	7

La partie théorique

Chapitre I : la qualité de vie

Préambule :.....	8
1- Historique du concept de qualité de vie :	8
1-1 l'approches philosophique :	8
1-2 L'approche psychosociologique :.....	9
1- 3 l'approche politique :.....	9
1- 4 l'approche médicale :	10
2- définitions et conceptions de la qualité de vie.....	10
2-1 conception objective :.....	11
2-2 conceptions subjectives :.....	11
2-3 conceptions intégratives :.....	12
3 Les domaines de la qualité de vie :.....	12
3.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :	12
3.2 Le domaine physique de la qualité de vie	13
3.3 Le domaine social de la qualité de vie :	13
4. La qualité de vie globale :.....	14
5 .La qualité de vie liée à la santé :.....	14
6. L'évaluation de la qualité de vie :.....	15
6.1 6.1 Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie :	16
6.2 6.2 les méthodes :	16
6.2.1 6.2.1 Les échelles génériques :.....	16
6.2.2 6.2.2 Les échelles spécifiques :.....	16

7- .pathologie et qualité de vie :	17
7.1 La qualité de vie dans le domaine la cancérologie :	17

La partie théorique

Chapitre II : la tumeur cérébrale

1. Préambule :	19
Définition des concepts :	19
1.1 Le cerveau :	19
1.1.1 Le fonctionnements de du cerveau :	19
1.1.2 Les hémisphères cérébraux :	20
1.1.3 Le tronc cérébral :	21
1.1.4 Le cervelet :	21
1.1.5 L'hypophyse et l'hypothalamus :	22
2 .La tumeur :	22
2.1 Définition de la tumeur selon le dictionnaire médical :	23
2.2 Les symptômes de tumeur cérébrale :	24
2.2.1	25
2.2.2	25
2.2.3 Les déficits focaux :	25
3. Le diagnostic :	25
4. Examens complémentaires :	25
4.1. Le scanner	26
4.2 IRM	27
4.3 La ponction lombaire	28

4.4 L'artériographie	28
5. Les types de tumeurs cérébrales :.....	28
5.1 Tumeurs bénignes	28
5.2 Tumeur régionale :.....	29
5.2.1 Tumeur supratentorielle	29
5.2.2 Tumeurs sous tensoriel	29
5.3 Tumeur maligne :	29
5.4 Métastases	30
6. Gradation des tumeurs selon l'OMS :.....	30
7. Les facteurs de risques :	31
8. Le traitement de tumeur cérébrale :.....	32
8.1 La chirurgie :	32
8.2 La radiothérapie :.....	32
8.3 La chimiothérapie :.....	32
9 .Problèmes psychologiques de la maladie :.....	33
9.1 La dépression chez cancéreux :.....	34
9.2 L'image de soi chez les cancéreux :.....	34
9.3 L'anxiété :	35
9.4 La sexualité chez les cancéreux :	35
9.5 L'anorexie chez les cancéreux :.....	36
9.6 Les mécanismes de défense chez les cancéreux :.....	36
9.6.1Le déni :.....	37
9.6.2 Répression :.....	37
10. Le syndrome confusionnel :.....	37
11. La qualité de vie et la tumeur cérébrale :	38
12 .La réaction et l'adaptation familiale suite à la maladie (cancer) :	39

La partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de recherche

Préambule :.....	40
1. La présentation le lieu de stage :	40
1.1 La présentation de 1 ^{er} lieu	40
1.1.1 Le service est composé de :	41
1.1.2 Le personnel du service :	41
1.2 La présentation du 2 ^{eme} lieu :.....	41
1 .2 .1 Le service et composée de :	41
1 .2 .2 Le personnel du service :	42
2. Pré-enquête :.....	42
3 .Présentation de l'échantillon d'étude :.....	43
3 .1 critères d'inclusion de notre population d'étude :.....	43
3 .2 Les critères d'exclusion de notre population :	44
4. la méthode clinique :	45
5. Les outils utilisés :.....	46
5.1. L'entretien clinique de recherche :.....	46
5.1.1 L'entretien semi-directif :	47
5.1.2 Guide d'entretien :	47
5.2 Le questionnaire MOS-FS 36	48
6. déroulement de la pratique :	51
7. Les difficultés de la recherche :	52
8. Limites de stage :.....	52

Synthèse

Chapitre IV : analyse des résultats et discussion des hypothèses

I-Présentations et analyse des cas et disscussion des hypothèses.....	54
II-analyse générale.....	78
III- discussion des hypothèses.....	79

Conclusion

bibliographie

Contenu

Aucune entrée de table des matières n'a été trouvée.

tout être humain est exposé à une maladie, quel que soit son âge, ou son sexe, l'individu, peut être confronté à une maladie chronique, et une maladie grave qui nécessitent parfois une intervention chirurgicale, Après l'intervention, le sujet commence une nouvelle vie, mais avec plus ou moins de complication.

La maladie grave est une maladie qui met en jeu le pronostic vital à court terme, tel que les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulier.

Parmi ces maladies on cite les maladies cancéreuses, en particulier la tumeur cérébrale, qui est une maladie mortelle.

Tumeur du cerveau, Pour les malades comme pour leurs proches, l'annonce du diagnostic est toujours un choc. Du jour au lendemain, tout est brutalement remis en question, les idées se précipitent, pleines d'espoir un jour, chargées d'angoisse le lendemain.

Le cerveau est un organe complexe et fascinant. Il est le siège de notre personnalité, de notre pensée, de notre parole. Lorsqu'il est touché, nous sommes atteints dans ce que nous avons de plus intime. C'est une réalité à laquelle nous sommes rarement préparés et qui suscite de nombreuses questions et l'apparition d'une foule de sentiments. Une prise en charge doit être focalisée non seulement sur la maladie mais, aussi sur le malade. L'état psychique de patient doit être pris en considération, car sa prise en charge n'est pas seulement somatique, mais, aussi psychologique, qui est extrêmement importante et inséparable de la somatique.

De nos jours, on remarque qu'il a un taux très élevé des patients atteints de la tumeur cérébrale et que le nombre augmente du jour aux lendemains.

La confrontation à cette pathologie peut révéler au sujet ; des états dépressifs qui sont un état psychologique et physiologique, caractérisé par des composants somatiques, émotionnelles, cognitifs, comportementaux.

Dans notre études, portée sur le thème « la qualité de vie chez les personnes atteintes une tumeur cérébrale » nous avons choisi comme terrain d'étude

L'hôpital sidi balloua de Tizi ouzou et l'hôpital de 1 novembre 1954 situé a Oran qui répond au objectifs de notre recherche, nous allons servir de l'entretien semi directif et le questionnaire généraliste SF36 pour mesurer l'impact sur la qualité de vie.

Pour enrichir et éclaircir les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons suivi le plan de travail suivant :

Partie théorique : divisé en trois chapitres :

Chapitre I : la qualité de vie, comprend tous les concepts ayant un rapport avec cette variable 1 et a savoir les définitions, qualité de vie subjective et qualité de vie objective, les domaines et les composantes de la qualité de vie, ces concepts, santé, bien-être et qualité de vie.

Chapitre II : intitulé « le cerveau et le tumeur cérébrale » aspect médicale il est lié à la présentation des termes liés au cerveau et au tumeur cérébrale, les causes, les symptômes, et le traitement par la chirurgie et, la chimiothérapie, et la radiothérapie.

Et l'aspect psychologique, est réservé au trouble psychiques qui présent chez les patients.

Partie pratique: comprend deux chapitres :

Chapitre III: la démarche de la recherche et la population d'études

Dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée dans la recherche, le lieu de recherche où nous avons effectué notre stage pratique, [l'unité de balloua de Tizi ouzou et CHU d'Oran], les critiques de notre population d'étude et ces caractéristiques. Les techniques utilisées et leur analyses, basées sur les techniques utilisées, et le type d'entretien clinique, le questionnaire MOS-SF36, et leur analyse.

Chapitre IV: présentation et analyses des résultats et discussions des hypothèses.

En fin, nous avons clôturé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle nous avons posé d'autres questions de perspectives concernant cette catégorie dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Contenu

Problématique : 1

Problématique :

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental. Le fait de tomber gravement malade, comme dans le cas du cancer ou du sida, se traduit par une modification de l'état du malade et ses relations avec autrui.

A cet effet en(1947) l'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être, mentale, et sociale et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. La maladie affecte l'état physique, mental et social de l'individu notamment dans le cas des maladies graves comme le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique qui touche environ 10 millions de personnes dans le monde

Le cancer désigne une tumeur qui est une prolifération excessive de cellules anormales ressemblant plus ou moins au tissu dans laquelle elles se développent et qui finissent par acquérir une autonomie. Les tumeurs ont de nombreux facteurs qui peuvent intervenir dans la cancérogénèse comme les substances chimiques, radiation, virus, hérédité, etc. Ces dernières peuvent s'associer à des causes connues. Les cellules d'une tumeur ont perdu leur sensibilité au message de l'organisme qui empêche normalement toute prolifération excessive. Chez un individu bien portant, toutes les cellules tumorales isolées qui apparaissent sont normalement inhibées ou détruites par les globules blancs du système immunitaire. D'une véritable tumeur donc se développe que ces cellules sont devenues résistantes au système immunitaire.

En pratique on distingue deux types de tumeur : les tumeurs bénignes ont un volume habituellement limité. Elles refoulent les tissus voisins sans les envahir, ne donnent pas des métastases et n'ont dans l'immense majorité des cas aucune conséquence grave pour le malade. Les tumeurs malignes, ou cancer, ont des caractéristiques qui les opposent le plus point par point précédentes. Elles deviennent souvent volumineuses, mal délimitées infiltrent les tissus voisins, récidivant sont fréquemment, après ablation et surtout ont tendance à essaimer à distance en formant des métastases. Il existe plusieurs types du cancer, cancer du sein, cancer de la prostate, et cancer cérébrale on s'intéresse à ce dernier.

On appelant tumeur du cerveau toutes les tumeurs qui se à l'intérieur du crâne, elles peuvent se développer dans n'importe quelle zone du cerveau (les hémisphères, le cervelet, le tronc cérébrale, l'hypophyse, etc.).(J-p-wainsten, 2012, p987)

Les tumeurs cérébrale est une maladie fréquente, représentent environ 5000 nouveau cas par an au monde : ce sont des tumeurs bénignes le plus souvent ou des tumeurs malignes dans 30% des cas. Le pronostic globalement mauvais 3000 décès par an pour les tumeurs cérébrale primitive.(A-Bellesoeur, E-Hutt,L-Cabel,M-Moustarhfir,2015, p 137)

La prise en charge de tumeurs cérébrale le traitement a été abordé pour les différents types tumoraux, il peut être résumé de façon suivant : Tumeur bénigne a est exérèse chirurgicale complète (pour éviter la récurrence). Si l'exérèse est impossible ou incomplète, on réalise alors une radiothérapie cérébrale. Mais par contre la Tumeur maligne exérèse chirurgicale la plus large possible associée à une radiothérapie cérébrale et une chimiothérapie systémique. (A-Bellesoeur, E-Hutt, L-Cabel, M-Moustarhfir, 2015, p145)

Bien entendu, que la psychosomatique intervient dans l'explication des conflits psychique et leur relation avec l'atteinte organique, démontre la relation constatée entre le somatique et le psychique. (P-Marty, 1999, p29, 30, 31)

Donc Les maladie somatique influences sur la qualité de vie psychiques des personnes qui atteintes cette affection. Ainsi la tumeur affecte la qualité de vie de la personne malade .cette dernière est définie par L'OMS « bien –être à la fois physique, Montale, sociale, et pas scellements l'absence de maladie ou l'infirmité ».

Et pour les expert de l'OMS 1999 : défini la qualité de vie comme « la prescription qu'a un individu de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attente, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut-être influence de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance ses relations sociales et sa relation aux éléments essentielle de son environnement ». (Th-cinroy, Ph-Rouche, F-Guillemin, 1999)

Donc La qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant : l'état physique, l'état psychologique, les relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Ainsi de nombreux questionnaire sont récentes la littérature pour mesurer la qualité de vie liée à la santé, deux grandes familles d'instruments se distinguent en fonction de la population visée, instrument générique tel questionnaire généraliste SF-36. . (Lepege A et CosteJ .2001, p 15, 20).

Parmi les recherches qui ont été effectué sur le sujet de la qualité de vie nous retiendrons à celle de Anne Hartman intitulé «Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer de sein et de

leur accompagnant référent>>, ce travail vise à intégrer l'Objet maladie, le sujet malade et le proche pour une meilleur appréhension des phénomènes en jeu dans le contexte de la maladie cancéreuse du sein en phase initiale. A cette fin , 100 patientes accompagnée d'une personne proche été rencontrées à trois reprises après l' annonce de la maladie , à la fin des traitements et 6 mois après la fin (des traitements) afin de recueillir des données sur leur évaluation de la situation, leurs stratégies de coping, leur qualité de vie .

Les résultats montrent que les phénomènes transactionnels sont dépendants de facteurs contextuels ; le sens devoir, la norme de réciprocité et surtout les représentations profondes sur l'importance de l'entourage motivent le comportement d'aide des proche ; l'association des différentes stratégies de coping semble être une piste intéressante pour étudier les liens entre coping et qualité de vie. (A- Hrtmanne, 2007,p 12)

Et L'étude de (EUROCARE) sur les cancers digestifs les résultats de cette étude montrent que le pronostic de sujet âgés et moins que des sujets plus jeunes et qu'il existe une tendance au sou- traitement de ces patients moins de 1% des patients de plus de 75 ans atteinte de cancer reçoivent une chimiothérapie par contre 11% des patient de moins de 60 ans.

En pratique de la pris en charge des tumeurs digestives des patient de plus de 75 ans sont les même que ceux des patients plus jeunes. Plusieurs facteurs liés à l'âge des patients, vont cependant intervenir dans la discision thérapeutique : autre leur pathologie tumorale, ces patients présentés souvent des comorbidités associe (pathologie radio-vésiculaire). Qui pourront contre indiquer une intervention chirurgical ou majorer les risques d'une chimiothérapie. Plus encore Que les sujets jeunes, l'avis et la décision thérapeutique en situation palliative, les patients préférés privilégier leur qualité de vie au déterminent de la réalisation d'une chimiothérapie potentiellement

toxique, les risques sont de traiter insuffisamment le patient par risque de complication ou l'inverse, de traiter le risque par excès en surestimant le risque de décès par le cancer. (Ph-Rougier, E-Mitry, S-Dominguez, J-Taieb, 2010, p69).

Aussi dont l'étude descriptive longitudinale de Sigurdardottir (1996) sur la qualité de vie et dermatologie cette étude menée un an chez les patients atteints de mélanome métastatique, montrent bien que, même en stade avancé ne présentent que des altérations modérées de leur vie, des signes d'anorexie modérée, un bon état physique et générale, cependant, la qualité de vie se dégradera rapidement dès la mise en route d'un traitement par poly chimiothérapie, avec apparition d'éléments dépressifs, sans qu'aucune corrélation ne puisse être mise en évidence entre modifications cliniques objectives et l'évaluation des scores de la qualité de vie (J-Jacques-Grob, 2004, p 126 et 127).

Dans notre recherche intitulée " la qualité de vie chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale " on essaye d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie afin de répondre aux questions suivantes :

Comment les patients atteints d'une tumeur cérébrale perçoivent leur
Qualité de vie par rapport à la maladie ?

Hypothèse

Les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale ont une mauvaise qualité de vie.

Les objectifs de recherche :

Ce Modest travail qui porte sur la qualité de vie chez les personnes atteints des tumeurs cérébrale, réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de master en psychologie.

Les objectifs de notre recherche et que nous voulons atteindre dans notre travail sont les suivants :

Avoir une connaissance plus complète de cette intervention à travers l'analyse des entretiens cliniques.

Connaitre l'influence de tumeur cérébrale sur l'état psychique et physique et relationnel du patient atteint de cette maladie.

Donné l'importance au côté psychologique des tumeurs cérébrale.

Tant d'évaluer la qualité de vie des personnes pour but de répondre à nos hypothèses.

1- La qualité de vie :

- **Définition** : C'est une des combinaisons des facteurs psychologique, physique, sociaux et matériels pour évaluer le bien-être de l'individu. (www.l'iternaute.com)
- **Opérationnalisation du concept** : la qualité de vie se divise en deux pôles :

Bonne qualité de vie :

Le bien-être physique et psychique, les bonnes relations sociales, sensation de bonheur et vitalité.

Mauvaise qualité de vie:

Souffrance physique et psychique, abandon de loisirs, perte de relations avec les autres sensations de malaise et de dégoût.

2- la tumeur cérébrale :

- **Définition** : N'est pas nécessairement un cancer une tumeur est une masse plus ou moins grosse due à la multiplication anormale de cellules.
- **Opérationnalisation du concept** :
C'est une maladie qui se produit d'une manière pathologique et non inflammatoire. On peut distinguer deux degrés :
 - Les tumeurs qui se développent pas et qui reste localiser sont les tumeurs bénignes.
 - les tumeurs qui développent progressivement et plus rapide sont les tumeurs malignes

1 Préambule :

Le concept de la qualité de vie est un concept très vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnement, économique, politique.

1- Historique du concept de qualité de vie :

Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique, quatre approches sont envisagées :

1-1 l'approche philosophique :

Le concept de la qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Épicure se penchaient sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation. Qu'est-il ? comment ? comme le bonheur est toujours en avant de nous-même, désire plutôt que possédé, il en ressort qu'il est impossible de le décrire et difficile de le définir, d'où la divergence des opinions professées sur le bonheur. Certains le réduisent à au plaisir (KANT), d'autres aux honneurs d'autres enfin à la richesse. Pour Aristote, le bonheur est le désir suprême de chaque être humain. Il a ses conditions : tout d'abord une vie accomplie jusqu'à son terme. De plus, le bonheur ne se limite pas à la vertu, comme l'enseignèrent les stoïciens, car il ne peut être achevé sans ensemble de biens du corps (santé, intégrité) et de biens extérieurs (richesse, bonne réputation, pouvoir). Ces différents paramètres sont pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie.

Apparaît ensuite la notion de plaisir accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. « Qu'est-ce que je serai heureux si j'étais heureux ... » Il est juste que nous ne le soyons jamais, puisque nous attendons, pour le devenir, de l'être déjà. C'est le cercle du manque, où le bonheur, nécessairement, est manqué.

Apparaît ensuite la notion de plaisir plus accessible que celle du bonheur, car même si nous ne manquons de rien, toujours. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable. Mais Quel rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer que nous trouverons une réponse dans la mesure où il

affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance, et une n'est rien. Or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Par rapport au bonheur qui est négatif, au désir est négatif, puisqu'ils sont manque, le plaisir est positif, réel, il nous pousse à vivre. Il est ce que chacun expérimente.

Pour Epicure et Spinoza le plaisir se situe avant le bonheur .En effet, par là même, donc ce 'il n'est pas du bonheur qu'il faut partir, plaisir : plaisir du corps (la jouissance), plaisir de l'âme (la joie).

Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité de vie. En effet, si nous nous référons à Kant, le bien- être est indissociable du bonheur. (ficher G.N.2002, P 284)

1.1 1-2 L'approche psychosociologique :

Les psychosociologique ne sont pas préoccupée sur la qualité de vie, Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologie, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien- être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relation sociales, estime de soi, besoins, etc....)

Et externes (aspects sociaux démographie, événements de vie, soutien sociale). Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique de bien-être. Aussi la motivation, de satisfaction des buts de vie, de la qualité de vie des relations sociales et familiales. (Ficher G. N. 2002, p 284)

1.2 1- 3 l'approche politique :

« Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms Henri IV En France, Hoover, Johnson aux états- unis, que le «droit du bonheur» figure les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux états- Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissante et quasiment omniprésente pour l'amélioration de la qualité de vie » (Ficher G.N. 2002, P285)

1.3 1- 4 l'approche médicale :

On trouve le concept de la qualité de vie en médecine, et plus particulièrement en psychiatrie. Les psychiatres vont dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionnalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leur conditions de vie à l'extérieur. Cependant les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin le reste de l'Europe

Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie.

En effet, en 1947, l'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être. En suite en (1947), Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique et le fonctionnement sociale. Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions des handicaps aussi bien physiques que psychiques sans le dissocier de leur contexte (la vie de tous les jours)

Le concept de qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés.

2 2- définitions et conceptions de la qualité de vie

Selon L'OMS (1993) : la concept de qualité de vie, considère comme perception qu'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectif, ses attentes, ses normes et ses inquiétude .c'est un concept intégrant de manier complexe d'une manier complexe la santé physique de la personé , son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyance personnelle, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentielle de son environnement. » G-N .Ficher et al, 2002, p 288)

Selon Nordenfelt(1994) la notion de la qualité de vie est plus souvent confondue avec celles de la qualité de vie associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif, en réalité la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. La qualité de vie est une « collection de dimensions »selon (Lawton, 1997).

Pour d'autres auteurs contemporains, la qualité de vie et les notions voisines correspondent à un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de leur vie, la qualité de vie serait la plus générale et le plus utilisé aujourd'hui. (Schweitzer-bruchon .M ,2002 p48).

2.1 2-1 conception objective :

On a assisté à une évaluation des conceptions de la qualité de vie ; limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matériel (point de vue politique et économiques) et l'absence de maladie psychique (point de vue médicale). D'après Warbuton et Sherwood, 1996

On trouve encore dans la littérature des définitions du premier type comme celle-ci par exemple : les mesures de la qualité de vie ne doivent pas être confondues des niveaux d'aspiration ou des désire personnel, (...) elles se référant plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, psychologique, et sociale. Selon Jenkins, 1992. A cette conception objective et fonctionnelle (accessible par hétéro-évaluation), on ajoutera une conception subjective et phénoménale (accessible par auto-évaluation). Cette conception dépend en partie de l'individu qui est mieux placé à l'évalue. On est convaincu aujourd'hui que si la qualité de vie dépend en des circonstances, c'est l'individu qui est placé cependant pour l'évaluer. (Buchon-Schweitzer M. 2002, P 49).

2.2 2-2 conceptions subjectives :

Le concept de la qualité de vie subjective, à celui de la qualité de vie objective. C'est le cas elle proposée par s'oppose Nordenfelt(1994) : la qualité de vie se définit par «le degré de satisfaction et /ou de bonheur global ressenti par un individu dans sa vie» cette définition ne concerne en fait le bien-subjectif et la satisfaction de la vie. (Bruchon-Schweitzer M. 2002, P 50) .

Pour certain, la qualité de vie correspond à la satisfaction des besoins et des désirs. Le problème est que les auteurs divergents quand a la liste des besoins, et des désirs. Pour Maslow (1954) il y aurait une hiérarchie des besoins, depuis les besoins vitaux (manger, dormir, boire, etc.), et les besoins de plus en plus et (besoin d'aimer, besoin d'être aimé, besoin d'estime, de sécurité, etc.) Pour Griffin(1988), l'ensemble des besoins et désirs humains dépend d'un système de valeur (acquis) qui donne la vie le sens et sa structure : se réaliser, réussir, être liber et autonome.

On réalise que ces conceptions posent le problème de la distinction entre besoin et désir. Entre autre, elle réduit la qualité de vie à certains de ces composantes «phénoménales», comme le bonheur, satisfaction et le bien-être subjectif. (Bruchon-Schweitzer M.2002,p50).

2.3 2-3 conceptions intégratives :

Une définition posent souvent intégrative souvent trouvée dans la littérature est celle de l'OMS(1994) : « la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relation aux facteurs essentiel de son environnement».

D'autres définition intégratives prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considère la qualité de vie comme un véritable système.

Selon LWTON : « la qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et individuels, système» personne-environnement" de chaque individu.

L'intérêt pour la définition de la qualité de vie en terme intégrative et dynamique est de :

Prendre à la fois les composantes externes (par exemple l'état de santé, le bien-être subjectif et auto-évaluation). Considère les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie. (Bruchon-Schweitzer M 2002, p50et51)

3 3 Les domaines de la qualité de vie :

Les autres s'accordent aujourd'hui, à reconnaître que QDV est un ensemble extrêmement complexe plusieurs domaines : physique, mentale, et le sociale. Ces doivent être évalués selon plusieurs points de vue et critères :

3.1 3.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plus part des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et états affectifs positifs. Pour d'autre, elle inclut en outre une absence d'affecte négatifs tel que l'anxiété et la dépression. Quelques auteurs situer dans le domaine psychologique (surtout il s'agit de QDV associée à la santé) toutes les altérations et les troubles du fonctionnement psychologique du sujet comme la mémoire, la concentration, la fatigabilité, la dégressivité, etc.

et qui peuvent être induits par l'état de santé du sujet par les et /ou par les traitements qu'il subit.

Quelques auteurs situent dans domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamique processuelles comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi.

Enfin, l'auto-évaluation c'est la technique la plus pertinente pour l'exploration de la dimension psychologique de la qualité de vie, d'autres méthodes peuvent être utiles comme les teste qui permettent l'évaluation des détérioration ou l'efficacité des capacités mentale.(Bruchon- Schweitzer M .2002 ,p52 et 53).

3.2 3.2 Le domaine physique de la qualité de vie

Ce domaine contient plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et la capacité fonctionnelles. Qui se subdivisent en composantes plus fines, Ainsi la santé physique comprend l'énergie, la fatigue, le sommeil, les symptômes divers indicateurs biologique. Et les capacités fonctionnelles qui incluent le statu fonctionnel, la mobilité du sujet et les activités quotidiennes qu'il peut accomplir et sa relative autonomie.

Les deux aspects de la qualité de vie physique peuvent être évalués selon deux points de vue externes (médical), qui consiste à l'évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus et d'un point de vue interne, (subjectif), seulement accessible pour l'auto évaluation. Qui permettra d'atteindre les représentations.

On verra un peu loin dans ce chapitre que les mesures de la santé les plus sauvant utilisées comme critères sont, en effet, tantôt des donnée clinique collectées dans les dossiers médicaux, des résultats d'analyses et d'examens ou encore des grille remplir par les médecins, constitue de listes de symptôme, mais pour des raisons pratiques autant que théorique, on estime la qualité de vie physique par des techniques auto-évaluative plus ou moins sophistique. (Bruchon-Schweitzer M.2002,P 53 et 54) .

3.3 3.3 Le domaine social de la qualité de vie :

S'intéresse aux relations et activités sociales des individus dans divers sphères : familiale, amicale, professionnelle,...etc. De nombreuses échelles de la qualité de vie évaluant une santé et des activités sociale selon les démentions suivantes : la famille, les amies, loisir, vie professionnelle, vie amoureuse et vie civique. C'est le cas des échelles comme NHP ou le WHOQOL-26 ou à 100

Pour certains auteurs, comme Griffin(1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus (l'authenticité de ces relations).

Pour des autres comme Flanagan (1982), la façon dont un individu évalue ses activités sociales (estime de soi « sociale », sentiment de réalisation de soi, échecs et réussites, etc.) Et aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement social.

Mais aujourd'hui on sait qu'il est important de considérer à la fois le réseau social effectif des individus (composition, densité, dispersion géographique), et l'aspect qualitatif de ses relations par exemple « le soutien social perçu ».

La qualité de vie sociale est estimée en générale par des outils très génériques. Mais il existe des échelles spécifiques explorant le fonctionnement social des individus, celui-ci pouvant être évalué par un tiers, notamment dans un contexte thérapeutique (Bruchon-Schweitzer M.2002, p55et 56).

4 4. La qualité de vie globale :

Selon l'organisation mondiale de la santé l'OMS(1994), la qualité de vie est définie ainsi " la perception qu'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, relation avec les spécificités de son environnement".

Donc la qualité de vie est une notion très vaste, car elle englobe des composantes physiques, psychologiques et sociales. Il est donc difficile de limiter son champ d'étude, ni de mesurer son ensemble, puisqu'il décrit le fonctionnement général des individus.

5 5. La qualité de vie liée à la santé :

Le terme de la qualité de vie liée à la santé fut alors inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles en changeant leur nom (la qualité de vie liée à la santé). Il implique qu'un individu puisse analyser la qualité de vie dans ses composantes liées ou non à la santé. Cette perspective tient compte de l'interconnexion qui rend peu vraisemblable le projet de mesurer la qualité de vie liée à la santé. Nous pouvons le rapprocher de la citation de l'OMS

(1948) : la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complétée en 1986 par les éléments suivants :

La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie. Elle est ce que permet à un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évaluer avec milieu ou s'adapter à celui-ci.

Pour Patrick. P et Erikson E-H, 1993 : la qualité de vie « est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, de niveau fonctionnel, des perceptions, et des opportunités sociale modifiée par la maladie, les blessures, les traitements, ou la politiques de la santé ».

Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant :

L'état physique du sujet (autonomie, capacité physique), son état psychologique (émotive, anxiété, dépression), et Ses relations sociale et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel Ces procédures thérapeutique (douleurs)

Pour Bergner M ,1989 : les principaux domaines de la qualité de vie sont :

Les symptômes, le statut fonctionnel, les activités liées au rôle sociale, le fonctionnement social, la cognition ; le sommeil et le repos, l'énergie et la vitalité, l'état ou le statut émotionnel ; la perception de la santé ; Et enfin la satisfaction générale à l'égard de la vie.

Pour Hodge.J, 1990 ; les instruments actuel peuvent apparaitre comme une prenant pas suffisamment en compte, le complexité de l'expérience humaine, qui reste pourtant le centre d'intérêt principal des médecins et des patients. A ce type de démarche doit être opposée une autre approche, plus soucieuse de l'expérience des sujets, qui nous aide à comprendre comment une réalité apparemment insupportable peut parfois être une source positive de bien-être et de qualité de vie. (leplégé A, coste J, 2002, p 20-21)

6 6. L'évaluation de la qualité de vie :

Dans le domaine de la santé ; la mesure de la qualité vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique e/ou psychique. Cette

mesure suppose une prise de consciences par l'équipe soignant de l'échec relatif de l'hétéro-évaluation conventionnelle et du rôle actif du patient dans la prise en considération de son vécu subjectif. (G-N fischer et AL 2002, p 289)

6.1 6.1 Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie :

Il existe différentes situations clinique dans les quelle les études de qualité de vie sont préconisées. Dans le domaine de cancérologie, zettoun (1996), la qualité de vie est essentiellement subjective et sa mesure ne peut être déduite exclusivement de mesures objectives des conditions de la vie.il est généralement reconnu que les mesures subjective et objectives de la qualité de vie ne sont pas fortement corrélées entre elles et qu'une étude valide de la conceptualisation et la mesure de la qualité de vie requiert une recherche minutieuse à la fois des facteurs objectifs et subjectif (Heal et sigelman, 1990 ; læhman, 1982). Cet aspect souligne l'importance d'une évaluation subjective des expériences de vie des personnes elles-mêmes care les croyances personnelles influent sur c qui est jugé important sur la façon dont est perçu le monde (leplège et J-Coste . 2002 ,p72)

6.2 6.2 les méthodes :

On distingue deux types d'outils, les échelles génériques et les échelles spécifiques.

6.2.1 6.2.1 Les échelles génériques :

Les instruments génériques sont conçus pour l'exploration de pathologies varies, a des stades de gravité divers, et dans différentes groupes socio-économiques et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaine dimension concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges le l'état fonctionnel, du bien-être et de la perception globale de la santé. Ils sont élaborés à partir de questionnaire, testés dans la population générale.(leplège et J-Coste,2002, p 153).

6.2.2 6.2.2 Les échelles spécifiques :

Les questionnaires spécifiques d'une pathologie sont plus sensibles et ne peuvent être comparés avec d'autres pathologies.

En cancérologie, cancérologues et psychométriciens ont développé des auto-questionnaires adaptés à la Maladie cancéreuse comprenant un nombre de

questions suffisant pour l'exploration des divers aspects de la QdV, mais pas trop longs afin de ne pas lasser le malade.

Les échelles de la qualité de vie peuvent être d'un apport constructif dans la compréhension de la relation personne /environnement, dans la compréhension des stratégies d'ajustement mises en place par le patient face à la maladie.(C-Rotonda, 2011, p 20)

7 7 .pathologie et qualité de vie :

Le terme de qualité de vie est un concept qui englobe les conséquences physique, psychologiques et sociales d'une maladie, par opposition à ses répercussions strictement cliniques (launois, 1992). Nous pouvons le rapprocher de la citation de l'OMS(1948) :« la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien –être physique, mental et social. »

Cette citation a été complétée en 1986 par les éléments suivants :

La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie, [...] la santé est ce qui permet à un groupe ou à un individu d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins. Et d'autre part d'évaluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci.

L'évaluation de la qualité de vie est également essentielle dans le domaine de la pathologie. Nous l'illustrerons à travers le domaine de cancérologie.

7.1 7.1 La qualité de vie dans le domaine la cancérologie :

Comme le soulignent schraub, Mercier, arveux (1996) le terme "qualité de vie" est employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. Son évaluation posait problème au début, car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept et se limitaient ; par exemple, à l'absence de toxicité médicamenteuse, mesuré par le médecin, à l'aide d'index ou de codes de toxicité de chimiothérapie, ou code de vie OMS.

Par la suite, d'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la durée de survie sans toxicité thérapeutique ou sans rechute de la maladie cancéreuse, (temps sans symptôme ou rechute, ou TWISIT) qui ne mesure qu'une seule partie du concept de la qualité de vie.

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 (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs vis à vis des quelles il évalue sa qualité de vie.

Comme ils ont subi plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. En effet certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées grâce à la maladie (comme les relations familiales). (Fischer G-N .2002, p293-294)

Contenu

1	Préambule :	8
1-	Historique du concept de qualité de vie :	8
1-1	l'approche philosophique :	8
1.1	1-2 L'approche psychosociologique :	9
1.2	1-3 l'approche politique :	9
1.3	1-4 l'approche médicale :	10
2	2- définitions et conceptions de la qualité de vie.....	10
2.1	2-1 conception objective :	11
2.2	2-2 conceptions subjectives :	11
2.3	2-3 conceptions intégratives :	12
3	3 Les domaines de la qualité de vie :	12
3.1	3.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :	12
3.2	3.2 Le domaine physique de la qualité de vie.....	13
3.3	3.3 Le domaine social de la qualité de vie :	13
4	4. La qualité de vie globale :	14
5	5 .La qualité de vie liée à la santé :	14
6	6. L'évaluation de la qualité de vie :	15
6.1	6.1 Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie :	16
6.2	6.2 les méthodes :	16
6.2.1	6.2.1 Les échelles génériques :	16
6.2.2	6.2.2 Les échelles spécifiques :	16

7	7 .pathologie et qualité de vie :.....	17
7.1	7.1 La qualité de vie dans le domaine la cancérologie :	17

La notion de la qualité de (QDV) est utilisée dans plusieurs disciplines scientifiques (économie, philosophie, ethnique...). Elle se définit par l'ensemble de mesures des conditions sociales, économiques et environnementales de l'existence.

En médecine, elle a été développée par les cliniciens, les épidémiologistes et les psychomotriciens dans le domaine de la santé et du bien-être. Se pondant quatre domaines de la santé (fonction physique et autonomie, sensation somatiques, état psychologique et émotionnel, insertion sociale) sont importants, mais aussi la perception par le sujet lui-même de sa propre existence, l'image et l'estime de soi, la satisfaction du chemin parcouru).

La Qualité de vie permet donc d'analyser la « santé vécue », l'image que se fait le patient de son patient, souvent bien différent de son différent de son état médicale réel. Il ne suffit plus « d'être bien », l'homme recherche le « mieux être »...

Préambule :

Le terme général de «cancer» s'applique à un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme, puis essaimer dans d'autres organes. On parle alors de métastases, celles-ci étant la principale cause de décès par cancer.

1. Définition des concepts :**1.1 Le cerveau :**

Se Situé à l'intérieur du crâne, le cerveau gère et coordonne la plupart de nos fonctions : les fonctions internes du corps (battements du cœur, circulation du sang, contractions des muscles ou digestion), les fonctions dites supérieures (pensée, émotions, personnalité, capacité à communiquer ou à apprendre) et enfin, les cinq sens, qui nous permettent d'être en relation avec l'extérieur : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût.

Grâce aux progrès de la science, le fonctionnement du cerveau est de mieux en mieux connu. Nous savons aujourd'hui qu'il fonctionne grâce à des milliards de neurones, connectés entre eux. Nous savons également qu'il est organisé en plusieurs zones, qui gèrent chacune des fonctions différentes. (M- Déchelette, juin 2010, p 9,10).

1.1.1 Le fonctionnements de du cerveau :

Le cerveau fonctionné comme un ordinateur central. Il reçoit en permanence une multitude d'informations sur ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur du corps. Ces informatisons lui proviennent des nerfs rachidiens, qui parcourent l'ensemble du corps, et des nerfs crâniens, situés à l'intérieur du crâne.

Chaque information est classée, analysée et traitée par des cellules nerveuses, les neurones. Connectés entre eux, les neurones sont capables de gérer plusieurs informations à la fois. C'est ce qui nous permet de voir, de parler, de marcher et de respirer, tout cela en même temps et sans avoir à y réfléchir.

Ces milliards de neurones sont entourés et nourris par d'autres cellules appelées cellules gliales. Les cellules gliales sont dix fois plus nombreuses que les neurones. Elles représentent 90 % de la composition du cerveau. Il en existe différents types : les astrocytes, les oligodendrocytes, les épendymocytes et les cellules microgliales. Un peu plus de la moitié des tumeurs du cerveau se développent à partir de ces cellules. Ce type de tumeur est appelé gliome

.Le cerveau est très organisé. Il est composé de plusieurs parties qui ont chacune des rôles spécifiques, tout en étant complémentaires les unes des autres.

1.1.2 Les hémisphères cérébraux :

Les hémisphères cérébraux forment les parties les plus volumineuses du cerveau. Ils sont deux : un hémisphère droit et un hémisphère gauche. On parle souvent de cerveau droit et de cerveau gauche.

Les hémisphères contrôlent l'ensemble de nos fonctions mentales supérieures :
Mouvements volontaires, pensée, apprentissages, mémoire, etc.

Les deux hémisphères cérébraux

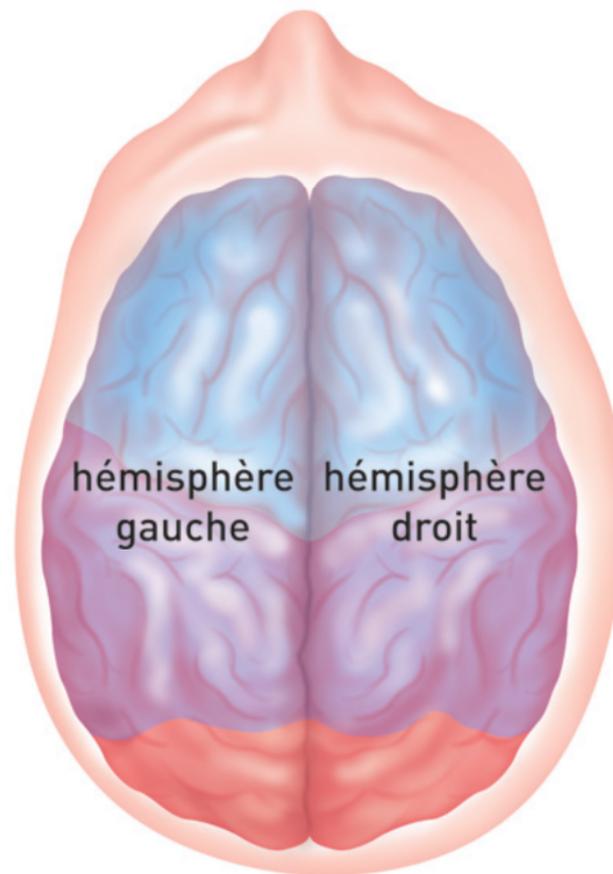


Figure N01 : les deux hémisphères cérébraux

1.1.3 Le tronc cérébral :

Le tronc cérébral relie les hémisphères cérébraux à la moelle épinière.

C'est lui qui contrôle les fonctions vitales du corps : battements du cœur, respiration, tension artérielle. Il commande aussi la mobilité des yeux, les mouvements du visage et la déglutition.

1.1.4 Le cervelet :

Le cervelet est situé à l'arrière du tronc cérébral, sous les lobes occipitaux. Il nous permet d'avoir des réflexes, de coordonner nos mouvements et de garder l'équilibre. (M-Déchelette, 2010, p, 12)

1.1.5 L'hypophyse et l'hypothalamus :

L'hypophyse et l'hypothalamus sont des structures nerveuses situées. À la base du cerveau, au milieu du crâne.

Le cerveau (coupe sagittale)

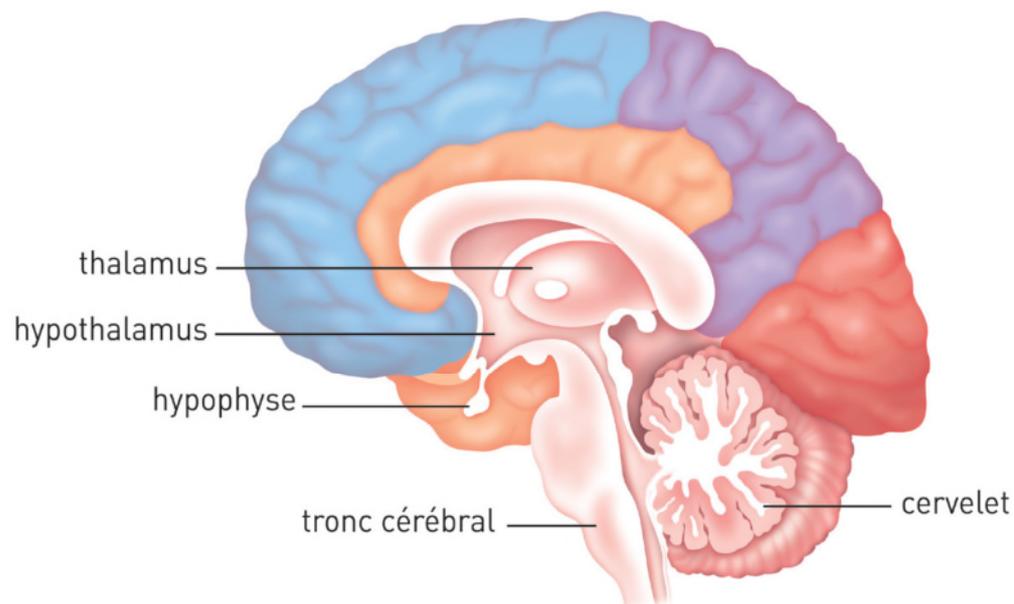


Figure N02 le cerveau [coupe sagittale] (M-Déchelette juin, 210, p13)

2 .La tumeur :

On peut constater que :

- la naissance d'une tumeur est due à la reproduction anormale de cellules.
- la tumeur est un phénomène qui apparaisse chez tous les âges de la vie et à tout moment.
- la tumeur n'est pas forcément un cancer.

2.1 Définition de la tumeur selon le dictionnaire médical :

Tumeur : production pathologique non inflammatoire de tissu de nouvelle formation, elle peut être formée de cellules normales et reste strictement localisée « tumeur bénigne » ou être constituée de cellules atypique, et envahis progressivement les tissus voisins ou se disséminer à distance par métastases « tumeur maligne » (J- Quevanvillers ,2007,p480) .

La tumeur est une prolifération excessive de cellules anormales ressemblant plus ou moins au tissu dans lequel elles se développent et qui finissent par acquérir une autonomie biologique. (La rousse médicale 2009.p.967). La tumeur selon la société canadienne de cancer : est une masse plus ou moins volumineuse due à une multiplication anormale de cellules.

La cellule est l'unité de base dont sont constitués tous les tissus des organismes vivants. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents : les cellules musculaires, nerveuses, osseuses (M-Déchelette, juin2010, p 17).

On appelle tumeur du cerveau toutes les tumeurs qui se développent à l'intérieur du crâne. Elles peuvent se développer dans n'importe quelle zone du cerveau : les hémisphères, le cervelet, le tronc cérébral, l'hypophyse, etc. La gravité des symptômes n'est pas forcément corrélée à celle de la tumeur qui doit être diagnostiquée par IRM et biopsies.

Bénignes ou malignes, les tumeurs du cerveau se manifestent par des symptômes assez similaires, le plus constant étant le mal de tête. «Quand une tumeur se développe dans le cerveau et que s'y ajoute un œdème, cela prend de la place dans cette boîte rigide qu'est le crâne» selon le Pr David Khayat. (J-S. Hulot ,janvier 2008 p 172)

Il en résulte une hypertension intracrânienne qui provoque des céphalées mal calmées par les médicaments habituels (aspirine, paracétamol ou traitements de la migraine). Assortie de nausées et vomissements, cette douleur, souvent plus

intense en position allongée, augmente de jour en jour et ne cède éventuellement qu'avec la cortisone qui réduit l'œdème.



Figure N03 : tumeur cérébrale

2.2 Les symptômes de tumeur cérébrale :

Trois symptômes sont associés de façon très variable : épilepsie, hypertension intracrânienne(HIC), et déficits focaux.

2.2.1 Une crise comitiale : une crise d'épilepsie ; sa symptomatologie dépend de la localisation de la tumeur.

2.2.2 L'hypertension intracrânienne : est liée au volume de la tumeur ou à sa localisation sur les voies d'écoulement du LCR, elle associe initialement des céphalées et des vomissements, puis elle évolue vers l'altération de la conscience.

Les céphalées sont typiques d'apparition récente, matinales, siégeant du côté de la tumeur, les vomissements sans effort, matinaux, en jet, peuvent soulager l'accès céphalique.

2.2.3 Les déficits focaux : peuvent être liées directement à une tumeur compressive, (méningiomes, neurinomes) ou infiltrant (gliomes).

- Symptômes pseudo-psychiatriques (trouble de comportement et cognitifs) dans les localisations préfrontales.
- Déficits moteurs. Paralyse des paires crâniennes dans les localisations à la base du crâne.(J-S. Hulot ,janvier 2008 p 173)
- Il Ya aussi les maux de tête, la nausée et les vomissements, et la perte d'appétit, vertige est trouble d'équilibre, trouble de visions, hallucination, et le changement d'humeur, de comportement et de personnalité.

3. Le diagnostic :

Les moyens de diagnostic clinique :

- -l'interrogatoire.
- -l'examen clinique.
- -l'examen para clinique.

4. Examens complémentaires : [l'imagerie est la clé d'un diagnostic de présomption]

- l'analyse de LCR en l'absence d'HIC, le scanner sans et avec produit de contraste est l'examen de débrouillage, il doit être complet avec un IRM sans et avec gadolinium.
- c'est l'imagerie qui permet d'identifier et de localiser le processus expansif,
- le diagnostic de certitude est toujours anatomopathologique sauf la métastase évidente.

4.1. Le scanner : Est un examen qui utilise les rayons X (comme une radio) mais dont les résultats sont traités par un ordinateur pour obtenir des vues du cerveau en coupe. Il est réalisé avant et après une injection d'iode, qui entraîne souvent une sensation de chaleur lors de son administration.

Par ailleurs cet examen est parfaitement indolore. Le scanner permet de voir la tumeur qui apparaît clairement et concentre souvent le produit iodé qui a été administré. En cas d'allergie, il est important de le signaler au médecin afin

qu'une préparation médicamenteuse soit discutée dans les jours précédant l'examen.



Figure N04 : Le scanner cérébrale.

4.2 IRM : Ou Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire, permet d'obtenir d'excellentes images du cerveau. Là aussi, c'est un ordinateur qui traite les données obtenues par une stimulation électromagnétique (le mot nucléaire signifie seulement que ce sont les noyaux cellulaires qui sont magnétisés).

Un autre produit que l'iode, appelé le gadolinium est souvent injecté au cours de l'IRM. Le gadolinium a également la propriété de se concentrer dans la tumeur.

Bien que cet examen soit lui aussi indolore, il est bruyant; il est parfois mal toléré par les patients qui souffrent de claustrophobie. Si tel est le cas, il faut le signaler au médecin qui prescrira un calmant avant l'examen.



IRM cérébrale.

(M-Déchelette, juin,2010 p 27,28)

- **En fonction de l'état du patient, d'autres examens peuvent être nécessaires**

4.3 La ponction lombaire : consiste à prélever au moyen d'une aiguille un peu de LCR Liquide céphalo-rachidien (liquide qui circule autour du cerveau et de la moelle) au niveau du bas du dos, pour analyse. C'est un geste court, mais on conseille parfois de rester allongé quelques heures après le geste; il n'entraîne pas de risque important, mais des maux de tête sont possibles, à signaler au médecin.

4.4 L'artériographie consiste à injecter du produit iodé dans les artères du cerveau

De façon à bien les voir. L'injection se fait au moyen d'un petit tuyau (cathéter)

Introduit au niveau d'une artère périphérique (en général fémorale). Cet examen est fait sous anesthésie locale au point où l'on pique, mais il est important de savoir que l'injection du produit entraîne une sensation de chaleur dans la tête, sans aucune gravité. Avant le geste, un anesthésiste passe voir le patient; il faut lui signaler tous ses problèmes de santé et les traitements en cours.

- D'autres investigations sont parfois demandées par le médecin: scanner Thoracique ou abdominal.

5. Les types de tumeurs cérébrales :

5.1 Tumeurs bénignes : ce type de tumeurs s'évoluent lentement, elles ne sont pas cancéreuses, elles restent fatalisées, une fois traitées elles ne récidivent généralement pas, et comme peut être responsable d'un effet de masse sur les structures, de voisinage, aboutissant à des déficits majeurs et au décès du patient, elle composée de plusieurs types :

- Astrocytome : elle se développe à partir des astrocytes blastomateux ,des formes bénignes,(OMS grade I)et semi bénigne (OMS grade II).
- Méningiomes (OMS grade I) : elle se développe à partir des cellules de l'arachnoïde.
- Papillomes des plexus choroïdes (OMS grade I) : elle se trouve chez l'enfant au niveau des quatrièmes ventricules.
- Hemangioblastomes (OMS grade I) : elle se développe de la manière féréntielle,au niveau de cervelet .
- Ependymomes (OMS grade I) : on la trouvé chez l'enfant et l'adulte jeune elle se développe au niveau de système ventriculaire.

5.2 Tumeur régionale :

5.2.1 Tumeur supratentorielle : contient :

- -kyste colloïde du troisième ventricule.
- -oraniopharyngiomes (OMS grade I).
- -adénome hypophysaire (OMS grade I).

- -tumeurs pinéales.

5.2.2 Tumeurs sous tensoriel : contient :

- -neurinomes de l'acoustique (OMS grade I).
- -chordome.
- -paragangliomes.

5.3 Tumeur maligne : elle est cancéreuse évolué plus rapidement ont tendance à envahi les tissus voisins ou éloignés, c'est-à-dire quelle contient des cellules qui se multiplient plus vite, leurs contours, ne sont pas bien définis.

- -astrocytome anaplasique (OMS grade IV).
- -lymphomes cérébraux primitifs (OMS grade IV).
- -oligodendrogliomes anaplasique(OMS grade III).
- -ependymomes anaplasique.
- -tumeur neuro-ectodermique primitives (PNET, OMS grade IV).
- -sarcomes cérébraux primitif (OMS grade IV).

5.4 Métastases : apparition d'un ou plusieurs foyers morbide (de cellule cancéreuses d'agent infectieux ou parasitaire) secondaire à un foyer primitif, avec ou sans d'inspiration de ce du point où il évolue, il contient :

- -métastases intracrâniennes : chez l'homme on retrouve les tumeurs primitive pulmonaires, digestive, ou urogénitale chez la femme une tumeur de sein, du poumon, du tube digestive, les symptômes se manifestent par des douleurs et une atteinte des nerfs crâniens.
- -métastase spinales : caractérisée par les symptômes spinaux (douleurs locales et ou radiculaires, para parésie : para plégie ataxie de la marche) sont souvent les conséquences d'une métastase des corps vertébraux entraînant une compression épidurale.
- -métastases leptoméninges (méningite carcinomateuse) : les cellules tumorale touche les méninges de manière diffuse ou multifocale, une

propagation vers le tissu cérébrale, la moelle spinale, les nerfs crâniens ou les nerfs spinaux est possible (R- Rohkamm, 2005 p256-262).

6. Gradation des tumeurs selon l'OMS : c'est une classification de l'organisation mondiale de la santé, qui classé les tumeurs selon leur malignité et de leur caractéristique. Le grade d'une tumeur dépend du degré d'anormalité (anaplasie) des cellules cancéreuses et du taux de croissance et d'expansion de la tumeur. La détermination du grade est effectuée lors d'une analyse microscopique des tissus prélevés.

Tableau N°01 : les gradations de la tumeur

Grade I Tumeurs bénignes	Tumeurs à croissance lente et circonscrites (limites bien définies).
Grade II Tumeurs bénignes	Tumeurs à croissance lente, mais, contrairement aux tumeurs de grade I, leurs limites sont imprécises.
Grade III Tumeurs malignes	Tumeurs anaplasique . Un ou plusieurs foyers « anaplasiques » se sont développés au sein d'une tumeur préexistante de bas grade (I ou II) .leur croissance est plus rapide que celle des tumeurs de bas grade.
Grade IV Tumeurs malignes	Les tumeurs de grade IV présentent une anaplasie très prononcée. Leur croissance est plus rapide que celle des tumeurs de bas grade.

(jurg Hoblutzet, 2009,p 14).

7. Les facteurs de risques :

Bien que les tumeurs cérébrales puissent toucher des personnes de tous âges, elles surviennent le plus souvent chez des adultes de 50 à 70 ans. Les hommes sont plus sujets que les femmes à développer la plupart des types des tumeurs cérébrales. Certains facteurs augmentent le risque:

- Radiothérapie antérieure au niveau de la tête.
- Affaiblissement du système immunitaire.
- Exposition en milieu du travail au chlorure de vinyle (substance chimique entrant dans la composition de matières plastiques. (cancérologie 2008 p 176).

8. Le traitement de tumeur cérébrale :

8.1 La chirurgie : est le traitement le plus fréquent des tumeurs cérébrales, l'intervention qui consiste à ouvrir le crâne s'appelle une craniotomie, le cuir chevelu sera rasé avant l'intervention, le clinicien

Pratique une petite ouverture dans le cuir chevelu et retire un morceau du crâne après avoir enlevé une partie ou totalité de la tumeur, il remettra l'os crânien et la peau de cuir chevelu en place pour qu'ils cicatrisent. (La société canadienne du cancer, 2008, p 11)

8.2 La radiothérapie : c'est un emploi thérapeutique des rayonnements ionisants, on utilisant souvent le terme radiothérapie pour désigne spécifiquement le traitement par les rayons X. (J- Quevanvilliers, 2007, p404).

8.3 La chimiothérapie : à l'origine thérapeutique basée sur l'affinité particulière que possèdent certains composés chimique pour certains microorganismes, sans léser les tissus organiques .actuellement, administration d'un produit chimique afin de guérir une maladie ou d'enrayer sa progression .chimiothérapie du cancer. (la société canadiennes, 2008, 12,15).

La chimiothérapie sous forme de comprimé ou par injection peut être administrée après la chirurgie, ou une association avec la radiothérapie, les médicaments chimio thérapeutique empêchent le développement et la propagation des cellules cancéreuses mais ils endommagent aussi les cellules qui sont en santé, ils pourront se rétablir avec le temps.

9 .Problèmes psychologiques de la maladie :

9.1 La dépression chez cancéreux :

Le risque de dépression est plus élevé chez les patients atteints d'un cancer que dans la population générale.

Il existe déjà chez Kraepelin l'idée qu'un état dépressif pouvait être lié – provoque par-là un trouble organique ou autre « dépression symptomatique d'une autre affection ». L'état dépressif est secondaire à une affection somatique d'une affection associée ou succédant à un trouble organique comme les affections cérébrales (les tumeurs cérébrales, sclérose en plaques, épilepsie ...etc.), et les états affectifs endocriniens (hypothyroïdie, maladie d'Addison, de Cushing), et les affections générales (cancer, tuberculose). (J-L Pedinielli , A Bernoussi 2005 ,P 64 ,65).

Selon l'OMS (2015) : la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Lorsque elle est légère, la dépression peut être traitée sans médicaments et d'une thérapie par le dialogue.

Daine-Doinon" détail ainsi dans la dépression, le repli sur soi, sentiments d'inutilité, vécu de honte, la répression émotionnelle ne conduisant pas forcément les patients a sollicité spontanément l'aide d'autrui et même s'ils en parlent".

Les symptômes dépressif ils sont en générale les déterminent chez les patients présente une pathologie cancéreux : humeur dépressive, perte d'espoir, pessimisme, sentiment d'une utilité, d'incapacité ou de culpabilité inapproprié, sentiment de ne pouvoir être aide, sentiment de que la maladie est une punition, ralentissement psychomoteur ou agitation, diminution des intérêt ou plaisir, dans la plupart des activistes, idées recouvertes du mort ou de suicide, troubles de sommeil, troubles de mémoire, de l'attention de concentration, indécision ces symptômes prédominants souvent le matin(E-Corruble, P-Hardy, 2001, p5, 6)

9.2 L'image de soi chez les cancéreux :

Beaucoup e traitements altèrent l'image qu'ont les maladies de leur corps. L'image du corps est un concept fréquemment mentionné. Ainsi, il existe une perception du corps qui dérive de l'intégration des expériences sensorielles de celui-ci, et qui élabore progressivement au cours du développement du système nerveux centrale et périphérique un schéma corporel préconscient. Poids, taille, forme et mouvement y sont intégré. Le schéma corporel est intégrés est étroitement lié à l'image du corps qui implique la notion d'attitudes et de sentiments éprouvés pour celui-ci. Selon Bruchon-Schweitzer,(1990) « le développement de l'image de corps est étroitement influencé par l'individuation de la personnalité, les relations interpersonnelles(familiales, professionnelle et sociales) et la culture.

Ainsi les mutilations, les défigurations, les modifications du fonctionnement corporel entraînent des changements dans les perceptions et l'image qu'une personne a de son corps selon Erlich (1990). Chaque partie corporelle a de plus

signification symbolique. Au deuil consécutif à la perte d'une partie du corps ou d'une fonction s'ajoute un changement de la perception de soi, de la satisfaction corporelle, de l'image du corps et de l'image de soi. (D-Razavi et N-Delvaux, 2002, p 109 et 106 et 107)

9.3 L'anxiété :

Est une réaction. Elle est vécue principalement lorsqu'un test de dépistage est pratiqué, lors de l'attente des résultats à la suite de tests. Ou moment d'entendre le diagnostic, pendant le traitement lui-même ou lorsque le cancer récidive.

La manière dont est vécue l'anxiété est très variable selon chaque patient. Il faut noter que les personnes habituellement peu anxieuses ne développent que rarement de l'anxiété après le diagnostic de cancer. Ainsi donc, sont plutôt sujet à l'anxiété les patients qui par nature sont angoissés et ont déjà montré des prédispositions à l'anxiété auparavant. L'anxiété souvent plus importantes chez des personnes qui souffrent ou sont handicapées ou encore dont le soutien familial est rare. Finalement, les maladies ne craignent pas tant la mort que la solitude ou la dépendance des autres. (Gercor, 2012)

9.4 La sexualité chez les cancéreux :

Le cancer et ses traitements également les patients dans leur vie leur vie sexuelle par une altération soit du fonctionnement sexuelle, soit de la fonction de reproduction. Ces deux types de complication doivent être considérés avec la même attention, car même en l'absence d'un problème de stérilité, les patients peuvent présenter des troubles de la sexualité (perte de libido, d'excitation, de plaisir, atteinte l'image de soi) selon Tross et Coll, (1989). Ces séquelles peuvent avoir été provoquées par de façon directe ou indirecte par l'affection cancéreuse ou les traitements (la chirurgie, la chimiothérapie).

Donc le désir sexuelle peut être aussi effectué pour des raisons médicales on observe la perte d'intérêt sexuelle est souvent lié à un l'état dépressif. et un retard de développement de la sexualité, au niveau de la perception de soi et des comportements sexuels apparaîtra surtout chez les adolescents survivant d'un cancer de développant durant l'enfance ou l'adolescence, chez les patients âgés le problème sexuelle liés à l'âge s'ajoutent à ceux dus à la maladie. (D-Razavi et N-Delvaux, 2002, p 109 et 110 et 111 et 112)

9.5 L'anorexie chez les cancéreux :

L'anorexie est fréquente en cancérologie. Elle peut se développer aux différentes phases de cette affection. Ce symptôme est plus particulièrement décrit comme étant associé au diagnostic du cancer ou à la progression de celui-ci. L'anorexie peut être aussi en liaison avec le traitement chirurgicale, radiothérapie et chimiothérapie. Mais elle est peut décrite sur le plan psychologique, alors celle liées à la localisation ou la progression tumorale, des cause psychologique peuvent être fréquemment l'origine de ce symptôme, qui peut être associée, à une passivité et à un désespoir passage ou plus permanent ; ce type de syndrome dépressif est fréquent en cancérologie.

Donc on parle de L'anorexie mentale qui considère comme prévalence beaucoup plus faible et se raconter principalement chez les patients cancéreux plus jeunes, même s'il existe nombreuses inconnues des causalités de l'anorexie mentale (facteurs, biologique, psychologique et sociaux). (D-Razavi et N-Delvaux, 2002, p147 et 148).

9.6 Les mécanismes de défense chez les cancéreux :

9.6.1 Le déni :

Le déni est un concept important en oncologie car il permet de comprendre de nombreuses situations cliniques. Chacun, dans sa pratique, été en effet

confronté à un grand nombre de maladie se différenciant par leur façon de s'adapté à la maladie cancéreuse et à ses conséquences.

Le déni est un mécanisme psychologique inconscient et donc involontaire utilisé tant face à une menace future qu'à un traumatisme ; il tend à minimiser ou à annuler une partie ou la totalité de la réalité ou des significations. Le caractère passé, présent ou future d'un évènement est une division utile en oncologie car la réponse en psychologie sont très déterminées à la fois par des traumatismes qu'il faut intégrer et par des menace futures qu'il faut anticiper. Le sens de la menace associé à une réalité se retrouve ainsi dissocié de la réalité de celle-ci. Cette neutralisation a une influence sur l'importance des affects douleurs et sur la représentation mentale de l'évènement vécu.

Donc le déni est une négation s'exprime au niveau émotionnel, cognitif et comportemental. (D-Razavi et N- Delvaux, 2002, p 96 ,97).

9.6.2 Répression :

Se différencie du déni par une minimisation ou une annulation non pas de stimuli externes et mais internes. La réalité extérieure serait donc au déni ce que certains besoins et désirs seraient à la répression. Cette division peut s'avérer utile pour mieux appréhender certains processus observés chez les malades cancéreux selon Parat 1991 la répression est un processus qui vise à l'effacement de l'affect tout en maintenant la représentation neutralisée au niveau du préconscient. Il s'agit donc d'un effort volontaire et délibéré de mise à l'écart, qui mène à une neutralisation de l'affect.

Selon Spence 1985: Les individus utilisant la répression comme un mécanisme psychologique utiliseraient également plus fréquemment le déni.

Donc la répression est un mécanisme conscient d'exclusion de certains affects qui mèneraient à une détresse liée à une perception plus objective de la réalité. Est une capacité à se soustraire une réalité psychique douloureuse et constitue en conséquence un potentiel non négligeable dans une affection souvent chronique.(D-Razavi et N-Delvaux, 2002, p98,99)

10. Le syndrome confusionnel :

Le délirium ou syndrome confusion est un syndrome organo-psychique se caractérise par des manifestations psychique dont l'origine et organique, métabolisme.

Sauvent les études prévalence du syndrome confusionnelle chez les cancéreux ayant eu une consultation psychiatre varie de 25% a 40 % et éteinte 85% en face le traitement la confisions crée un angoisse et de désarroi chez les maladies et dans l'environnement familiales et soignant, ces symptômes constituent un obstacle ou montre à domicile et provoquent des relations inadaptée de la part des soignants comme l'isolement de la maladie, sa contention ou une sédation excessive. (J-François, F-Marnex, Denis Soulieres, 2011, p55).

11. La qualité de vie et la tumeur cérébrale :

Parmi les personnes atteintes d'un cancer, un grand nombre présentaient des pertes neurologiques par des métastases cérébrales. Celle-ci constituent la complication neurologie la plus fréquente, puisque elles suivent chez 20 à 30% des personnes ont une tumeur cérébrale maligne, cette situation revêt d'autant plus importance sur le plan clinique de plus en plus des personnes atteinte d'un cancer de toute types voient leurs expérience de vie s'allonger, grâce à l'amélioration des traitements. Les signes et symptômes neurologie des métastases cérébrales son céphalées, les troubles de la démarche, les troubles de la vision, les troubles de changements de la personnalité, les troubles mentaux (perte de la mémoire et confisions, la faiblesse, la paralysie, l'aphasie et les

convulsions). Ces troubles peuvent avoir des effets accablants pour la personne et sa famille.

Le traitement des métastases cérébrales est l'ordre palliatif. Il vise à éliminer ou atténuer les symptômes grave afin d'amélioration de la qualité de vie de la personne et de ses proche. Si la personne qui présent des métastase intracérébrale n'est pas soignée son état s'aggrave inexorablement et elle n'a que très peu de temps à vivre. 1 mois en moyen ; si elle ne reçoit pas le traitement aux corticostéroïdes, elle peut espérer prolonge sa vie de 2 mois en moyen, si elle bénéficie d'un traitement par radiothérapie de vivre 3 a 6 selon, Nevidjon et sowers (2000). (Suzanne-S, D-Smith, S-Suddarth, I-S-Brunner 2006, p 274).

12 .La réaction et l'adaptation familiale suite à la maladie (cancer) :

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 effectives les plus proches et l'apparition ou la présence d'une maladie chronique et cette gravité la bouleverse inmanquablement.

Donc d'une part La famille est confrontée aux sentiments de peur, à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. Et d'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôle et de responsabilité.

L'évaluation de la capacité d'une famille à faire face au cancer comprend l'étude des caractéristiques psychologiques de chacun des membres de la famille, ensuite celle du système familiale dans ses aspects d'adaptation, de communication, de cohésion et de développement. Les caractéristiques familiale qui semblent favorise de son adaptation sont une souplesse de l'organisation qui

permette des changements de rôle (adaptation) ; des relations intra- et extrafamiliale (cohésion) qui tolèrent et favorisent l'expression des préoccupations (communication) ; une capacité de recourir avec confiance aux systèmes de soin. L'accessibilité et la qualité des rapports émanant des professionnels de la santé, collègues de travail ou amis, participeront à cette adaptation.(D-Razavi, N-Delvaux , 2002,p115 et 116).

Synthés :

La tumeur cérébrale est une maladie très dangereuse, qui prend naissance dans nos cellules, elle touche l'organe le plus sensible chez nous qui est le cerveau, ce dernier responsable de nos comportements, personnalité, la perception, la langue.

Cette maladie, menace le psychisme humain, la personne touché par cette dernière, stressé mal alaise et en état de détresse, avec l'apparition des dépressions, anorexie, syndrome confusionnelle, perturbation de l'image de soi chez ses malades.

Préambule :

La partie méthodologique est une phase très importante, Que le chercheur doit suivre dans un travail scientifique afin de déterminer la méthode, les instruments de recherche et de définir la population d'étude.

Comme toute chercheurs, afin de réaliser notre recherche, on doit passer par cette phase dont on va déterminer la méthode, présenter la pré-enquête, le lieu de stage, définir la population d'étude et les outils utilisés dans cette recherche.

1. La présentation le lieu de stage :

Pour pouvoir réaliser notre recherche notamment la pratique, on s'est orienté vers les deux établissements :

1.1 La présentation de 1^{er} lieu l'hôpital de SIDI BALLOUA :

C'est une unité suivie à CHU de tizi ousou , revient à la commune de boukhalfa située au nord-est ,a 600 m du chef-lieu de la wilaya de tizi ousou. Il a été créé en 12-02-1950

Le service d'oncologie de l'hôpital « sidi balloua », surplombant la ville

L'hôpital de « sidi ballaou » est composé de 15 services dont le service d'oncologie la, ou s'est déroulé notre stage pratique, ce dernier qui a été crié en juillet 2006 selon le décret n°550-2006 et disposait en 2011 par le ministre de la santé, de population et de la réforme hospitalière.

La prise en charge des patients se fait en ambulatoire (hôpital du jour), Le service à pour mission l'accueil, et la prise en charge des patients cancéreux, (cures chimiothérapie, phase aigüe de leurs traitement : douleurs, anémie, aplasie et en phase palliative).

Ce service d'oncologie ne peut prendre en charge en consultation que 60 personnes par jour et 12 patients nécessitant l'hospitalisation.

Ce service spécialisé est doté de 3 scanners et un IRM (imagerie par résonance magnétique).

1.1.1 Le service est composé de :

Une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie comportant une hotte à flux laminaire et une salle de soins, trois salles chaque une contient 2 lits, 20 fauteuils pour l'hôpital de jour.

1.1.2 Le personnel du service :

Les patients sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire un médecin oncologue ou chirurgien de tour à mini temps, un médecin généraliste, personnels médicaux (un cadre supérieur de santé, un cadre de santé), trois infirmières diplômées de l'état de soins (diplômées universitaires pour les soins palliatifs et diplômées universitaires en oncologie), deux aides-soignants, un psychologue, une seule secrétaire médicale.

1.2 La présentation du 2^{ème} lieu :

À cause de l'insuffisance des cas à l'hôpital de Tizi Ouzou, on a choisi de continuer notre pratique au centre hospitalo-universitaire du Oran (premier novembre 1954) qui est située au centre-ville. Il a été créé en 1957, c'est le décret n° : 57-1090 du octobre 1957.

Le CHU du Oran est composé de 54 services dont le service neurochirurgie, où s'est déroulé notre stage pratique, ce service a été créé en 2006 par le ministre de la Santé, et de la population et de la réforme hospitalière.

1.2.1 Le service est composé de :

Composé de 15 salles, 7 salles pour les femmes et 7 pour les hommes et chaque salle contient 4 personnes et une seule salle pédiatrique.

1.2.2 Le personnel du service :

Le personnel exerçant dans ce service comprend six médecin généraliste, deux maître assistante, une seule surveillant médicale et un seul psychologue et dix infirmière.

2. Pré-enquête :

La pré-enquête c'est une phase préparatoire, elle permet de délimiter et d'identifier la trame de l'échantillon d'étude dont le but de recueillir le maximum d'information sur le sujet d'étude.

Selon Wuillemin La pré-enquête elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste. (E-Sales-wuillemin, 2006,p 6).

notre pré-enquête s'est déroulé à « CHU » du TIZI OUZOU , là où nous avons présenté notre thème de recherche au chef de service neurochirurgicale qui nous a orienté vers directeur de la formation et de la documentation qui nous a orienté avec une lettre de convention vers l'unité de BALLOUA exactement au service d'oncologie, là où nous avons présenté cette lettre au psychologue de service et nous avons présenté aussi à lui notre thème et la méthode avec laquelle on travaille qui a accordé notre demande de stage pratique au sien de cette établissement. Ce dernier, présente à nous le service et renseigne à nous des cas qui souffre d'une tumeur cérébrale, les patients ont accepté de participer et être sujet de notre recherche. On a élaboré l'entretien et l'échelle de la qualité de vie avec 04 patients dont un seule homme et trois femmes à partir de cette pré-enquête on a modifié le guide d'entretien.

Pour « CHU » du ORAN, là où nous avons présenté notre thème de recherche de service d'oncologie, qui, nous oriente vers le service neurochirurgicale à cause de l'indisponibilité des cas, là où nous avons présenté notre thème et la méthode avec laquelle qu'on travaille au chef de service, lui qui accordé notre demande de stage de cette établissement. Ce dernier nous a présenté le service et les cas qui ils ont souffert d'une tumeur cérébrale, les patients ont accepté d'être notre sujet de recherche, on a élaboré l'entretien et l'échelle de la qualité de vie avec 3 patients dont un seul homme et deux femmes

3.Présentation de l'échantillon d'étude :

Notre population d'étude est composée de 7 cas patients atteints d'une tumeur métastase cérébrale, une seule adolescente et l'âge des autres cas varie entre 45 et 70 ans .la sélection de la population semble pertinente pour notre recherche après la pris en compte des critères suivantes :

3.1 critères d'inclusion de notre population d'étude :

L'âge :

La plupart des cas sont des adultes leur âge entre 45 et 70 ans.

Nature de la maladie :

Toute la sélection présenté une tumeur métastase cérébrale. Parce que on 'a pas trouvé les patientes qui atteintes une tumeur cérébrale.

Début du la maladie :

Le diagnostic de la maladie date plus d'une année.

Le traitement :

Tous les patients sont sous chimiothérapie.

3.2 Les critères d'exclusion de notre population :

Le sexe :

On n'a pas spécifié la variable sexe car la tumeur cérébrale touche les deux sexes.

Le niveau d'instruction :

On n'a pas pris en considération le niveau d'instruction.

Le tableau ci-dessous présente notre population d'étude et ses caractéristiques de

Tableau n°02 : tableau récapitulatif des cas étudiés.

Critère / Cas	Sexe H/f	Age	Niveau D'instruction	Situation Marital	Début de la maladie
« klaoudia »	F	19 ans	2 ^{ème} année Secondaire	Célibataire	2013
« djouhr »	F	60 ans	Non instruite	Mariée	2015
« Baya »	F	65 ans	Non instruite	Divorcé	2012
« Mohend »	H	68 ans	Non instruite	Marie	2013
« Aouda »	F	40Ans	6 ^{ème} année	Mariée	2013
« Hadj »	H	Ans 49	Terminale	Marie	2015
« Halima »	F	72ans	Non instruite	Mariée	2015

On a observé dans ce tableau que l'âge du l'échantillon entre 19 ans et 72 ans, est le début de la maladie entre 2012 et 2015.

4. la méthode clinique :

La recherche clinique font principalement appelants aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique, méthode corrélationnelle, méthode normative, enquêtent etc.) elles interviennent en milieu Natural et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation donnée et parfois, de décrire la relation qui existe entre les Composante (chahraoui .kh et Benony H, 2003 P 125).

Comme tout chercheur en psychologie clinique afin de pouvoir réalisé notre étude sur la qualité de vie on fait l'appel à la méthode descriptive quoi nous semble adéquate à notre thème et aux objectifs de notre recherche.

L'étude de cas, fait partie des méthodes descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, le clinicien, chercheure tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses déférentes circonstances de survenue actuelles et passe (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanise de défense). Pour cela, il rassemble un grand nombre des données issu de l'entretien avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement à l'aspect sémiologique mais tente d'y rester le problème d'un sujet dans un contexte 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 présente et passe.de l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essai de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant

multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraînés la situation problématiques.(chahraoui. Kh, et benony, 2003 .H, p125 p126).

5. Les outils utilisés :

Le clinicien utilisé des techniques d'évaluation dans le but d'établir un état précis du fonctionnement d'un individu.

Pour réalisation de notre recherche on a choisis les techniques suivantes :

L'entretien clinique semi-directif Et le questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF-36), Pour la réalisation de notre recherche.

5.1. L'entretien clinique de recherche :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que propose le petite Rober, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes.(H-bénony,KH- Chahraoui,1999 ,P 11)

L'entretien clinique est paradigme même de travail du psychologue clinicien, il faut parler de la méthode clinique qui comprend : clinique « mains nues » (l'observation et l'entretien) et une clinique instrumentale (l'observation, tests projectif, échelles).

L'entretien a donc une place de choix en psychologie clinique ; vise à recueillir un maximum des informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte : d'aide psychologique, de diagnostique ou d'évaluation psychologie ou de de recherche clinique.

Cette visée de traitement ou de diagnostic distingue l'entretien clinique utilisé en psychologie clinique et l'entretien utilisé dans les enquêtes sociales pratiquées dans d'autres disciplines des sciences humaines.

L'objectif de l'entretien clinique vise le diagnostic thérapeutique de recherche ou d'orientation (H-bénony, kh- Chahraoui, 1999, p12 et 13)

5.1.1 L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (bénony-H ,Chahraoui –kh, 1999, p 16)

5.1.2 Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien composé de cinq(5) axes :

Les informations personnelles du patient :

On prend des informations sur l'âge des patients, leur niveau d'instruction et le classement dans la fratrie.

AXE 1 : les informations liées à l'état de santé du patient:

Dans cette Axe on 'a obtenus des informations du début sur l'état des santés des patients

AXE 2:la qualité de vie relationnelle et professionnelle :

Dans cet Axe On' a prend aussi des informations sur la relation familiale et sociale et les attitudes des patients.

AXE 3 : réactions face au diagnostic :

Dans cet Axe On' a obtenu des informations sur les réactions des patients au diagnostic.

AXE 4: la qualité de vie : la vie quotidienne, familiale, sociale, et professionnelle

Dans cet Axe On 'a collecté des informations sur la qualité physique et psychique des patients.

AXE 5: projection dans l'avenir

Dans Cet Axe on' a posée des questions sur l'avenir des patients.

5.2 Le questionnaire MOS-FS 36

Le questionnaire MOS SF-36 « médicale Outcome Study, Short-Form ,36 items »

Il est issu d'une étude transversale menée sur 20 000 patients et d'une étude longitudinale menée 4 ans sur 2 546 patients souffrants de pathologie déversent par Ware et Sherboune (1992). Au départ la qualité de vie était évaluée par 149 items. Les échelles qui en sont dérivées sont beaucoup plus courtes auto-évaluative, concernant plusieurs domaines et dimension de la qualité de vie et leurs items sont des échelles de Likert.

Le SF-36 doit notoriété à un projet intentionnelle qui a consisté à adapter et valider cette technique dans 15 pays différents. Il s'agit bien d'une échelle de la Qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale.

Tout le monde s'accordé à évalue leSF-36 très favorablement, car il est d'une validité et fidélité satisfaction compte tenu de son petite nombre d'items de sa bonne acceptabilité et de sa sensibilité. (schweitzre-Bruchon-M, 2002, p73 -75).

Selon leplége : le SF-36 doit son importance général, le questionnaire mais issu de la MOS, dont les items ont été sélectionné dans les soixante- dix, sont destiner à l'évaluation des services des besoins et des traitements. Le point de vue adopté associe celui des experts et des patient, enfin il s'agit plus de mesuré de statu de santé ou de la qualité de vie telle qu'elle est perçue par les patients.(A- leplége, J-Coste,2001) -

Tableau n° 03: Les sous-groupes de questionnaire MOS SF-36 :

Les échelles	Symbole	Nombre de réponse	Résumé
Activité physique	PF : (physical functioning)	10(3a, 3b, 3c,3d, 3e,3f,3g,3h,3i ,3j)	Mesure les limitations des activités physiques telles que marche, monter de l'escalier, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physique importants et modérés.
Limitation dues à l'état physique	RP : (Role physical)	4(4a, 4b, 4c, 4d)	Mesure de la gêne à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure, les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réalisations.
Douleur physique	BP : (Body Pain)	7 et 8	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
santé perçus	GH : (General Health)	4(11a, 11b, 11c, 11d)	Auto- évaluation de la santé en générale résistance à la maladie.
Vitalité	VT : (Vitality)	9(9a, 9e, 9g, 9i)	Auto-évaluation de vitalité de l'énergie résistance à la fatigue.
Vie et relation avec les autres	SF : (Social functioning)	6 et 10	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de la santé physique et psychique.
Limitation dues à l'état psychique	RE : (mental Health)	5(5a, 5b, 5c)	Auto- évaluation de la santé psychique anxiété, dépression, bien-être.
Santé psychique	MH : (Role Emotional)	9(9a, 9c, 9d, 9f, 9h)	Mesure la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes ; le temps passe, travail de moins important

Calcul des scores du questionnaire SF-36 :

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3 ; 1 à 5 ; 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré globale de la qualité de vie, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation linéaire et repose sur les formules suivantes :

1- les dimensions 1,2, 6, 8, 9 (h, e, d, a),11 (c, b.) sont cotées de 100.75 .50.25.0.

2-Les dimensions 4 (d, c, b, a), 5(c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10, 11(d, a) sont cotées de 0. 25. 50. 75. 100.

3-La dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0. 50. 100.

4-La dimension c'est cotée de 100. 80 .60. 40.20. 0.

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre des questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés des moyennes des dimensions obtenues divisée par 8.

(A-Leplégé, E-Cosse, P-Pouchot, 2001, p 13,14)

6. déroulement de la pratique :

Notre pratique s'est au service d'oncologie et le service neurochirurgie, en première lieu on n'est présenté auprès des patients comme des étudiants en fin de cycle psychologie clinique ou on a exposé les objectifs de notre recherche et on a expliqué la méthode avec laquelle on va travailler (l'entretien, le questionnaire MOS SF-36).

Ensuite après avoir le consentement des patients on a effectué l'entretien semi-directive dont la durée est varié selon les patients entre 45 et 1 heure, l'entretien sont faits en longue kabyles avec les patients de l'hôpital de tizi ouzou et arabe avec les patients de l'hôpital de Oran.

Enfin pour pouvoir recueillir le maximum d'informations sur le sujet et dans le but d'évaluer sa qualité de vie on a passé à L'échelle MOS SF-36 qui a été auto-administré pour les patients intellectuelle et pour ceux qui ne peuvent pas répondre aux questionnaires soit par a port à leurs niveau intellectuelle ou par a port à leur état de santé. L'échelle a été effectuée par nous même bien sûr avec leurs collaborations.

7. Les difficultés de la recherche :

Durant notre recherche, nous avons rencontré quelques difficultés mais qui n'ont pas empêché la réalisation de ce travail :

Le manque d'ouvrages traitant de notre thème au niveau de la bibliothèque de l'université, le manque d'études antérieures, les difficultés de faire un entretien dans bonne condition à cause des effets secondaire de la chimiothérapie (la fatigue, nausée, vomissement, etc.) ils nous ont interdit de pose des questions sur la maladie surtout sur le diagnostic, parce que certaine patients ils ne savent pas de leur maladie, on a trouvé aussi des difficultés de gardé la pulpation choisie à cause la présentation des cas au service d'oncologie une fois par un mois, en plus l'hospitalisation pour une seule journée, afin les difficultés du patient a se concentre à cause les chambre collectives.

8. Limites de stage :

Notre pratique s'est déroulé durant deux périodes.la premier elle était entre 27 mars 2016 jusque à la fin mai à l'hôpital de SIDI BALLOUA de TIZI OUZOU au service d'oncologie et l'autre période elle était entre 02 et 11 avril à CHU de

ORN notre travail base sur les entretiens et l'administration de l'échelle MOS-SF 36 avec 07 patients qui sont affectés par la tumeur cérébrale dont le but d'évaluer leur qualité de vie.

Synthèse :

Dans ce chapitre on a tenté de présenter les étapes suivies dans notre recherche, qui nous ont mieux planifié et organiser notre travail, afin de pouvoir récolter, analyser et interprété les résultats pour pouvoir vérifié nous hypothèses.

Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et du questionnaire MOS-SF36 :**I-Présentations et analyse des cas cliniques :****Cas clinique (01) :****I-1-a Présentation de l'entretien du premier cas :**

Mr Hadj patient âgé de 49 ans souffre d'une tumeur cérébrale depuis une année, il est marié depuis 10 ans ; père de deux filles et deux garçons il est le premier d'une fratrie de 03 enfants ; un garçon et deux filles, il a un niveau d'étude terminale et son travail ne dépasse pas que des travaux libres.

Le patient Hadj a présenté des douleurs au niveau du pied droit avec des maux de tête en juin 2015, puis la douleur a développée vers une perte de conscience après chaque crise en décembre 2015, il nous a dit : « j'avais tellement mal que j'ai cru que j'allais mourir ».

Le patient Hadj a consulté chez un médecin généraliste et il lui adressé vers un spécialiste en neurochirurgie à Mostaganem ; ce dernier a annoncé que il a une tumeur cérébral et il lui adressé encore une fois vers un neurochirurgien pour une intervention chirurgical en 25 janvier 2016. il a dit : « J'ai souffert des douleurs, surtout au niveau de pied », là il commencé a exprimé ses douleurs par des gestes, il a répété souvent ses phrases de douleur et souffrance.

Après cette intervention le patient vient de rétablir et récupérai sa vie normale ; mais en mars 2016 il 'a ressenti encore des douleurs et des crises au niveau de pied mais d'une degré moins que avant l'intervention il a dit : « après l'intervention je suis revenu normal et j'étais très content puisque l'intervention pour moi c'est la

Fin de ma souffrances mais finalement l'intervention ce n'est pas la fin.». Il est revenu au chirurgien et il lui a proposé de refaire une deuxième opération pour enlever le reste du masse tumoral le mois d'avril .et il est hospitalisé pour cette raison, « j'ai de confiance en dieu, il est toujours à côté de moi », on a remarqué un grand espoir chez notre patient, il est fort, et plein d'énergie, un homme croyant qui aime la vie, souriant comme toujours, ce qui explique sa bonne relations avec tout le monde.

Mr Hadj est un homme sociable, bon vivant, d'après ses propos, il a une bonne relations avec sa famille, sa belle-famille, ainsi que son entourage, sa maladie n'as pas trop influencé sur sa vie ; il exerce le footing et le football comme sport.

Et pour le travail il a abandonné son travail a cause de sa maladie et surtout a cause de crise il nous a dit : « je suis stable maintenant mieux que avant, je fais du sport et je vois ma famille et je remercie mon dieu pour ça».

On lui a posé une question sur l'avenir , et il nous a dit « je veux guéris pour faire mon rôle devant ma famille, j'ai un père et une mère , je vais lui prendre au hadj , il Ya aussi mes enfants qui ont encore besoin de moi ,besoin d'un père derrière eux pour les guidé »selon ses paroles on' a trouvé que notre patient a un grand espoir et beaucoup des projets pour l'avenir et plus d'énergie pour vivre contre la maladie malgré tout.

A travers les 02 entretiens, on est arrivé à déduire que notre patient Hadj est un homme calme, et ne devient pas nerveux, il ne s'inquiète pas par apport a sa maladie, c'est un homme qui vit sa vie, la maladie pour lui n'est pas un grand obstacle, il essaye de gérés son stress en faisant du sport.

Le patient nous souligne qu'appart son traitement médicale, il ne prend aucun autre médicaments.

La vie de M^r Hadj est pleine des choses qui l'intéressent, il apprécie sa vie, il met des programmes pour chaque journée, Pour sa vie sexuelle elle est normale.

Il a un très bon contact avec sa famille, ses voisins, ainsi que ses anciens collègues de travail, c'est un bon vivant au sens propre du terme.

Il souhaite la guérison pour s'occupe son foyer et sa famille.

I-1-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 04 montre le degré de la qualité de vie de Mr Hadj qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	95	75	57.5	87.5	68	66.66	80	80.5	76.27
MOS	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30
-									

La qualité de vie globale est distinguée, évaluée à 76.27 elle un peu élevé en comparant avec la score moyen référentiel de SF36 qui est 64.3, une évaluation bien déterminé dans les 8 dimensions, on a remarqué une proximité entre les dimensions qui suit par apport au SF36, vie et relation avec les autre (SF) est 87.5=78.77, la santé psychique (MH) qui est de 68=70.38, les limites due à l'état psychique (RE)

qui est de 66.66=65.78 ,aussi une différence remarquable entre les dimensions :activité physique(PF)qui est de 95 indiquant un taux très élevé par rapport au SF36qui est de70.61,et aussi la même chose pour les limitations due à l'état physique qui est 75 comparant avec le SF36 qui est de 52.92 ,la vitalité indiquant aussi un taux très élevé qui de 80 par rapport au SF36 qui de 52.15 ,aussi la même chose pour la santé perçue (GH) qui est de 80.5 en comparant avec le SF36 qui est de 56.93en remarque aussi une diminution de taux de douleur physique (BP) qui est de 57.5 par rapport au SF36 qui de 70.38 .

Selon les réponses du patient et d'après la cotation des résultats on est arrivé à dire que le patient a une bonne qualité de vie.**La synthèse du cas :**

Après avoir analysé notre entretien avec Mr Hadj on a déduit qu'il présente une bonne communication avec les autres. En bonne qualité de vie, avec une bonne relation avec l'entourage.

Concernant la qualité de vie, on note l'apport favorable de l'environnement de Mr Hadj qui se traduit sur la bonne qualité de vie et ses relations avec la famille proche et l'entourage, on remarque que la maladie n'influence pas beaucoup sur sa vie, car il fait du sport, il marche sans complication, et sans difficulté.

Cas clinique (02) :**I-2-a Présentation de l'entretien du 2^{ém} cas :**

Mme Aouda est une femme âgée de 40 ans, la deuxième fille de sa famille elle est mariée

Depuis 13ans, elle a 4 enfants ,2 filles et deux garçon, son niveau d'étude est la 6^{ème} année primaire, présente une tumeur cérébrale.

Mme Aouda s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectué 03 entretiens avec elle, durant lesquels, elle a montré un bien être, elle était dynamique, souriante tout au long des séances, elle était de la bonne humeur ; ce qui témoigne du transfert positif de sa part.

Mme Aouda a vécu une enfance et une adolescence saine ,aucun problème de santé n'a été signalé chez M^{me}Aouda jusqu'à l'âge de 37 ans ,ou elle subit une intervention chirurgicale pour une mastectomie à cause d'un nodule du sein ,suite à une douleur et une modification de la taille de son sein ,ce qu'il a poussé à croire que c'est un kyste et rendre grave ,donc elle a vu un médecin, après les examens et les analyses ,il lui a demandé de faire une mammographie ou il a confirmé sa maladie ,elle a été choquée elle a dit « j'ai choquée ! Cancer ! Déjà le mot *cancer* veut dire la mort, j'ai jamais imaginé ça, c'est vraiment incroyable ! » ,elle s'est renfermée dans sa chambre pendant 02 jours , elle a fait une dépression réactionnelle ,elle a pensé qu'elle va mourir ,laissé ses enfants ,elle s'inquiète trop, selon elle « :j'ai eu peur de mourir, peur pour moi ,pour mes enfants ,pour mon mari ,peur de le laisser seuls . »

Ce qu'il exprime sa souffrance psychique et physique, elle rajoute « ce n'est pas facile...Le cancer ce n'est pas facile »elle a dit sa avec une grande tristesse.

Après cet isolement, elle a décidé de suivre le conseil du médecin, qui est de se faire opéré.

Après l'intervention elle a resté à Oran pour faire la radiothérapie et la chimiothérapie, elle a fait 12 séances de chimiothérapie et 06 séances de la radiothérapie.

Mme Aouda a cru que sa souffrance est terminée et la maladie a disparu avec les séances de chimiothérapie et la radiothérapie en 2013, mais ce qu'il se passe c'est l'apparition d'une autre maladie « la tumeur cérébrale » une métastase cérébrale due au cancer du sien ,elle a découvert la maladie en 2015 et le médecin a conseillé de faire une intervention chirurgicale pour enlever la masse tumorale ,cette fois elle a accepté sa maladie d'un vaste cœur elle nous a dit « je remercie le dieu ,j'ai l'habitude de souffrir ,j'ai une confiance au dieu ,il va pas me laisser ,je vais dépasser cette période ,il m'a jamais laissé, alors je prie chaque jour pour qu'il m'aide ».

Mme Aouda est une femme sociable, elle a une bonne relation avec son entourage, d'ailleurs elle a aidé ses copines de chambre à l'hôpital pour marcher ou changé leurs vêtements, il y a sa famille qui la aide beaucoup, son mari, d'ailleurs elle a laissé ses enfants chez sa tante paternelle alors elle n'a aucun problème avec sa famille.

Concernant le milieu professionnel, elle ne travaille pas, c'est une femme au foyer, elle garde une bonne relation avec ses voisines.Pour la vie sexuelle de cette

patiente elle est super bien sur la vie du couple, elle n'a aucun problème avec son mari, elle nous a dit « j'ai lui dire de se remarier mais il a refusé puisque il m'aime beaucoup.. » Notre patiente a vécu des états de dépressions durant sa vie commençant par le cancer du sein et les douleurs de séances de chimiothérapie et la radiothérapie.

La patiente nous souligne qu'à part son traitement du cancer du sein et le traitement de tumeur cérébrale elle ne prend aucun autre traitement selon ses paroles « non je ne prends pas un traitement anxiolytique ».

Elle n'a pas des problèmes avec sa famille, elle est sociable, souriante et elle garde toujours un bon contact avec tout le monde jusqu'à maintenant.

I-2-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 05 montre le degré de la qualité de vie de Mme Aouda qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	95	50	55	50	68	33.33	35	65	56.41
MOS-SF36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue à 56.41 : elle est basse en comparant avec le score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est de 64.30, une activité physique (PF) qui est de 95 très élevée en comparant avec le SF36 qui est de 70.6, aussi la même chose pour la dimension santé perçue (GH) qui est de 65 par rapport au SF36 qui

est de 56.93, bien que deux dimensions demeurent proches de la norme les dimensions limitations dues à l'état physique (RP) qui est de 50 et qui est 52.92 pour le SF36, et la dimension santé psychique (MH) qui est de 68 et pour le SF36 est de 70.38, avec une estimation négative et remarquable par rapport aux normes de SF36, dans les quatre dimensions qui sont, vie et relation avec les autres (SF) est 50 et limitations dues à l'état psychique (RE) est 33.33, la dimension douleur physique (BP) est de

55 et aussi la vitalité (VT) est de 35. d'après la cotation des résultats, on s'est arrêté à repérer que la patiente a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse du cas de M^{me} Aouda on a constaté que elle présente une mauvaise qualité de vie malgré la bonne communication avec sa famille et son entourage, malheureusement sa maladie influence négativement sur sa qualité de vie. Le vécu de cancer du sein et la perturbation de l'image de soi chez elle, et l'hospitalisation prolongée, tout cela la rend sans espoir, en parallèle avec ses constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu est de 56.41 qui sont négatif et qui signifie une mauvaise qualité de vie.

Cas clinique (03) :**I-3-a Présentation de l'entretien de 3ème cas :**

Mme Halima une femme âgée de 72ans, elle est la 3ème d'une fratrie de 5cinq enfants ,3garçons et 2 filles, c'est une femme au foyer, mère de 06 enfants ,3garçons et 3 filles, elle a subit une hystérectomie depuis 2 ans.

Mme Halima a accepté de participer à la recherche avec plaisir ,elle a été coopérative ,nous avons effectué 03 entretiens avec elle ;durant lesquels ,elle était du bonne humeur ,elle était pleine d'espoir ,souriante, ,tout au long des séances, elle répondait spontanément a nos questions ,un transfert positif dans sa relation avec nous, exprimé par une demande de prise en charge de sa petite fille qui prépare son baccalauréat .

A l'âge de 70 M^{me} Halima a vécu un fibrome utérine qui s'aggravé vers un adénofibrome utérine qui détruit la paroi de l'utérus, ce qui a poussé les médecins pour faire une ablation de l'utérus « hystérectomie »en avril 2014. M^{me} Halima aussi subit une hypertension artérielle qui a influencé sur son état de santé, en 2015 ; elle a été hospitalisée pour des douleurs de tête et des vertiges, les médecins a annoncé une tumeur cérébrale et ils ont la conseillé de faire une intervention pour l'ablation de masse tumorale qui s'applique une pression au niveau de cerveau, et qui a provoqué des douleurs insupportables au niveau de tête, alors elle a été opéré en 2015.

Le chirurgien a demandé de faire une 2eme intervention, alors elle a été hospitalisée en mars 2016.

Bien que M^{me} Halima trouve son état de santé altérée, elle n'a pas perdu le sentiment de tristesse à cause de décès de sa mère elle nous a dit : « ma mère à mourir après que

Je me suis tombé malade, elle m'a même pas vu, ma maladie et l'hospitalisation ont influencés sur l'état de ma mère qu'elle est mort sans me voir !je suis très triste à cause de ça, ma famille a perturbée à cause de ma maladie, le stress et la peur sont fait partie de notre vie, mon petit fils a peur de me perdre je l'aime beaucoup et lui aussi ; j'ai une merveilleuse s famille, je demande au dieu de les protégés. »Elle a parlé beaucoup sur sa mère, il est bien remarquable l'amour qu'elle tient vers sa mère, la manière qu'elle parle sur sa mère confirme qu'elle est triste puisque elle n'a pas vu sa mère à cause de sa maladie.

Notre patiente a présenté une anxiété et un état dépressif à cause des éléments traumatique tell que le décès de sa mère et l'hospitalisation prolongée qu'il a rendu agitée surtout à cause de l'hospitalisation prolongée qu'il a influencé sur son psychisme beaucoup plus, et bien sûr à cause de la maladie.

Aucun traitement anxiolytique n'a effectué pour notre patiente juste le traitement de tumeur et d'hypertension artérielle.

La vie quotidienne de M^{me} Halima est embrouillée, elle n'apprécie plus les choses de la vie, selon ses dires « ce n'est plus comme avant, ça à changer, je ne peux même pas marcher seule comme avant je ne peux plus même faire ma toilette toute seule je fais mes prières en position assit, toute a changé maintenant »

I-3-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 06 montre le degré de la qualité de vie de M^{me} Halima qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	10	25	52.5	12.5	68	33.33	65	35	33.5
MOS	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30
-									

La qualité de vie globale est perçue évaluée à 33.5 ,elle est très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS-SF36 qui es de 64.3 évaluation bien exprimé dans les 8 dimensions, qui montre une dégradation des niveau de ses dimensions par apport aux moyennes référentielles du SF36, ce qui signifié l'impact négative de la maladie et l'âge aussi sur la qualité de vie de A.H .après la cotations des résultats obtenus, on est arrivé a souligner que la patiente a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien du cas de M^{me} Halima on a constaté que la patiente, a un manque d'activité physique, telles que les taches quotidienne, influe sur sa santé psychique, malgré l'aide de sa famille et son entourage, et d'après les réponses de la patientes et la cotation des résultats soutiré, on est arrivé à un résultat de 33.5 qui est mauvaise lié à l'âge et à la maladie.

Cas clinique (04) :**I-4-a Présentation de l'entretien du 4^{ème} cas :**

Melle klaoudia, une patiente âgée de 19 ans, étudiante au lycée, elle est la benjamine d'une fratrie d'un garçon et une fille.

Mlle klaoudia s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectué avec elle 02 entretiens, durant lesquels elle a montré un bien être, et un transfert positif.

Melle Klaoudia a vécu une enfance saine, elle n'avait aucune maladie. 2013, c'était l'année de début de la souffrance ; d'après elle avant 2013, elle était très bien « j'étais bien, j'allais à l'école, et je reviens à la maison. »

Sa maladie a commencé par des douleurs au niveau de pied, elle a été transférée en urgence vers l'hôpital. Après la consultation, le médecin a annoncé qu'elle a un cancer d'os qui a provoqué une métastase cérébrale, mais elle n'a pas beaucoup des informations sur sa maladie.

Melle klaoudia a fait 21 séances de chimiothérapie, et 4/10 de radiothérapies. Elle est sociable, très gentille, et souriante souvent, malgré sa maladie, elle aime la solitude et de rester seule dans sa chambre, Elle nous a dit « j'aime rester seule dans ma chambre, la solitude est fait partie de ma vie maintenant. » Elle a vécu des moments de dépression, et parfois des moments de tristesse après qu'elle a tombé malade, puisque elle a quitté ses amis, et sa famille, et un état de stress à cause de quitter l'école.

La patiente présente un état de dépression, à cause de la maladie qui il a perturbé sa vie, et une anorexie qui a été développée sur tout avec le comportement de solitude,

elle présente aussi un angoisse de mort d'après elle « je pense que ça va pas guérir, mais j'espère ça »

Notre patiente ne prend aucun médicament anxiolytique ou antidépresseur.

La vie de notre patiente est plein des choses qui l'intéressent, elle apprécie, elle veut faire un voyage a la France, elle aime les montagnes, elle nous a dit : « j'aime les montagnes, la nature, je veux les visités, après ma guérison ».

Concernant sa vie quotidienne, elle préfère que son père qui lui faire sa tâches quotidiennes, par contre, elle ne veut pas que sa maman va la aidé puisque d'après elle, elle ne fait pas de confiance d'elle puisque, elle n'est pas proche d'elle, « ma mère m'a pas dit la vérité sur ma maladie »la, on remarque une rupture très dur dans la relation entre la fille et sa mère ce qui explique sa relation avec l'entourage. Malheureusement notre patiente a quitté la vie dans l'hôpital, que dieu l'accueillera dans son vaste paradis.

I-4-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 07 montre le degré de la qualité de vie de Mlle Kaloudia qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimensions	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV
QDV	15	50	20	12.5	36	33.33	11.25	20	24.76
MOS-SF36	70.6	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue à 24.76 ; elle est très basse par rapport au score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est 64.30, une évaluation bien exprimée dans les 8 dimensions, qui montre une dégradation des niveaux de ses dimensions. Notre patiente ne prend aucun médicament anxiolytique ou antidépresseur.

La vie de notre patiente est pleine des choses qui l'intéressent, elle apprécie, elle veut faire un voyage en France, elle aime les montagnes, elle nous a dit : « j'aime les montagnes, la nature, je veux les visiter, après ma guérison ».

Concernant sa vie quotidienne, elle préfère que son père qui lui fait ses tâches quotidiennes, par contre, elle ne veut pas que sa maman va l'aider puisque d'après elle, elle ne fait pas confiance en elle puisque, elle n'est pas proche d'elle, « ma mère m'a pas dit la vérité sur ma maladie ». On remarque une rupture très dure dans la relation entre la fille et sa mère ce qui explique sa relation avec l'entourage. Malheureusement notre patiente a quitté la vie dans l'hôpital, que Dieu l'accueillera dans son vaste paradis.

I-4-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 07 montre le degré de la qualité de vie de Mlle Kaloudia qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimensions	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV
QDV	15	50	20	12.5	36	33.33	11.25	20	24.76
MOS-SF36	70.6	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue à 24.76 ; elle est très basse par rapport au score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est 64.30, une évaluation bien exprimé dans les 8 dimensions, qui montre une dégradation des niveaux de ses dimensions. Par rapport aux moyennes référentielles du SF36 la dimension (PF) est de 15, il est très basse par rapport au score de SF36 qui est de 70.6, la dimension (BP) est de 20 en comparant avec le SF36 qui est de 70.83 alors on trouve que il y a un baisse, aussi La dimension (SF) est de 12.5 par rapport au SF36 qui est de 78.77, le (MH) est de 36 en comparant avec le SF36 qui est de 70.38, le (RE) est de 33.33 et le (VT) est de 11.25 en comparant avec le SF36 qui est de 65.78 et 52.15 suivant , et enfin le (GH) est de 20 par rapport au SF36 qui est de 56.93, il reste que le (RP) qui a un valeur proche au score référentiel de SF36. d'après la cotation des résultats, on est arrivé à repérer que la patiente a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse du cas de Melle B ont constaté que elle a présenté une mauvaise qualité de vie à cause de la maladie, et aussi la solitude et la perte de confiance de sa mère, l'absence de communication, et les mauvaises relations avec l'entourage, les résultats obtenu au SF36, sont tous des éléments qui ont confirmés la mauvaise qualité de vie.

Cas clinique (05) :**I-5-a Présentation de l'entretien du 5ème cas :**

Mme Djouhr est une femme âgée de 60 ans, elle est la 3ème fille d'une fratrie de 7 enfants, 5 garçons et 2 filles, elle est mariée et mère de 4 enfants, 2 filles et 2 garçons, elle est couturière qu'elle avait 35 ans ; elle présente une tumeur cérébrale.

On a effectué 3 entretiens avec M^{me}Djouhr durant lesquels elle montre un bien être, et une bonne humeur, qui témoigne la présence d'un transfert positif.

Notre patiente a présenté des troubles respiratoires à l'enfance, elle a aussi opéré 2 fois au niveau du colon, elle a fait aussi une dialyse rénale.

Le juin 2015, a commencé de sentir une boule au niveau du cerveau elle nous a dit « j'ai senti une boule sur mon côté gauche mais je n'ai pas des douleurs », elle a consulté chez un médecin, qui a demandé de faire des analyses et de radios. Le médecin a annoncé que M^{me}Djouhr a un cancer de rein et de colon avec une métastase cérébrale.

Notre patiente a commencé de prendre le traitement du cancer, 06 séances de chimiothérapie, elle a souffert des douleurs, une perte d'appétit et des insomnies à cause de la chimiothérapie, elle nous a dit « je ne sentis pas bien ; je ne mange pas bien, et je ne dors pas bien...je souffre ».

Mme Djouhr présente une vie de couple instable, avant et après la maladie, à cause des problèmes avec son mari.

Concernant sa relations avec l'entourage ; elle garde des bonnes relations avec ses clients, sa famille.

Malgré son amour a la couture, aujourd'hui, la patiente est incapable de faire ni de couture ni d'autre activité de la vie quotidienne

Mme Djouhr a vécu des états de dépression, une angoisse du mort a cause du cancer, elle réfléchit tout le temps de mort, elle nous a dit « le cancer est une maladie mortelle, c'est une vérité stable, c'est mon destin.. », ce qu'il explique sa dépression et sa détresse.

Notre patiente soulignée qu'elle ne prend que le médicament de cancer.

Elle n'a pas des problèmes avec sa famille, elle est sociable, elle garde une bonne humeur malgré la souffrance.

Elle nous a dit « Ma petite fille m'a aidé de faire mes tâches quotidienne, je suis instable, je souffre des douleurs, je suis fatigué »elle a dit sa avec tristesse.

Elle veut juste la guérison pour s'occupe son foyer.

I-5-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau 08 montre le degré de la qualité de vie de M^{me}Djouhr qui est atteinte d'une Tumeur cérébrale.

Dimensions	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV
QDV	30	50	22.5	35.5	24	66.66	15	40	35.45
MOS-SF36	70.6	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue évaluée à 35.45 estimée basse en comparant avec le score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est de 64.30, une activité

physique (PF) qui est de 30 très basse en comparant avec le SF36 qui est de 70.6, on remarque une proximité entre les dimensions qui suivent par rapport au SF36, (RP) qui est 50=52.92 et (RE) qui est de 66.66=65.78 on remarque aussi une dégradation de taux de dimensions qui suivent par rapport au taux de SF36, (BP) qui est de 22.5, le (SF) qui est de 70.83, le (MH) 24 par rapport au score référentielle de SF36 qui est de 70.38, et le (VT) qui est de 15 par rapport au score référentielle de SF36 qui est de 52.15, le (GH) qui est de 40 par rapport au SF36 qui est 56.93.

Selon les réponses du patiente, et d'après la cotation des résultats on constate que la patiente a une mauvaise qualité de vie.

Synthèses du cas :

D'après l'analyse du cas de M^{me} Djouhr on constate qu'elle présente une qualité de vie négative malgré la bonne communication avec sa famille et son entourage, malheureusement sa maladie influence négativement sur sa qualité de vie, le vécu de cancer de colon et du rein, l'hospitalisation prolongée, la peur du mot cancer, et l'angoisse du mort, fait une influence sur sa qualité de vie, le score obtenu de SF36 qui est de 35.45 qui confirme une mauvaise qualité de vie.

Cas clinique (06) :**I-6-a Présentation de l'entretien du 6ème cas :**

Mme Baya est une femme âgée de 65ans, divorcé depuis 45 ans, elle est d'une fratrie de 4 membres, mère d'une seule fille, mais elle vit seule, elle travaille la couturière et des autres tâches quotidiennes de la vie.

On a effectué avec elle 02 entretiens .elle était timide au début mais peu après, elle s'est familiarisé avec nous. Malgré son état physique, dépourvu de force, car elle avait l'air fatiguée.

Concernant l'état de santé de la patiente, durant son enfance, l'adolescence et âge adulte, M^{me} Baya était en parfaite santé, à l'âge de 50 ans elle devenu diabétique après la perte de son père et sa mère, malgré ses difficultés mais elle est toujours forte.

En 2012, elle souffre des douleurs au niveau de ventre, qu'elle décrit comme un blocage, « c'est un blocage, j'ai souffert de ma ventre », suite à des douleurs aiguës de colon, la patiente a fait des examens médicaux, puis elle a été opérée trois fois, après l'intervention le médecin a annoncé que M^{me} Baya a une métastase cérébrale.

Après ces résultats, la patiente a tombé dans un état dépressive et elle a été hospitalisée au niveau de service psychiatrie, elle a été hospitalisé encore une fois pour une rééducation fonctionnelle, à cause d'une paralysie.

Après une année elle a commencé la chimiothérapie, elle a fait 13 séances.

Notre patiente présente des troubles de sommeil, une vie instable, elle nous a dit «ma vie est instable depuis aout 2012. », elle est totalement triste.

La patiente souligne que c'est une personne qui n'aime pas la fréquentation surtout sa famille, elle nous a dit en pleurant « je suis seule » elle est toujours en contact avec sa clientes, pendant l'entretien on a posé la question sur l'avenir M^{me} Baya nous a dit et les larmes dans les yeux « je veux juste être soulagé ».

Notre patiente a vécu de la solitude, elle présente un cas dépressif, à cause de la maladie et la solitude avec une anorexie et des troubles de sommeil.

La patiente a suivi chez un psychiatre et elle a pris des antidépresseurs avec le traitement du cancer et le traitement de diabète.

Notre patiente est vivre toute seule alors elle n'a pas beaucoup des relations mais elle garde toujours les bonnes relations avec ses voisines es ses clients. Elle fait ses tâches quotidiennes toute seule.

I-6-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 : Tableau(09) montre le degré de la qualité de vie de M^{me} Baya qui est atteinte d'une tumeur cérébrale

Dimensions	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV
QDV	55	25	32.15	25	44	66.66	40	35	40.35
MOS-SF36	70.6	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est distinguée, évaluée à 40.35, elle est très basse, en comparaison avec la score moyen référentiel de SF36 qui est 64.3.

L'évaluation bien exprimé dans les 08 dimensions, le (PF) estimée à 55 qui est très basse par rapport au score référentiel qui est de 70.6, le (RP) qui est de aussi très basse par rapport au score référentiel de SF36 qui est de 52.92, le (BP) mesuré de 32.15, il est très basse en comparant avec le score moyen référentiel de SF36 qui est de 70.83, (SF) présente un taux 25, il est basse aussi par rapport au score référentiel de SF36 qui est de 78.77, la dimension (MH) estimée à 44 par rapport au score référentiel de SF36 qui est de 70.38, le (RE) présente 66.66, qui est bien élevé par rapport au SF36 qui est 65.78, le (VT) présente 40 en comparant avec le score référentiel de SF36 qui est de taux de 52.15, et enfin le (GH) estimée de 35, il est très basse par rapport au score référentiel de SF36 qui est de 56.93.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien du cas, on constate que la santé physique et psychique, de la patiente est détériorée, il exprime une inquiétude, manque de communication avec les autres à cause de la solitude, mais elle garde une bonne relation avec ses clientes.

Concernant la qualité de vie, on note que Mme Baya présente une mauvaise qualité de vie, on a remarqué que sa maladie influence d'une manière négative sur sa qualité de vie.

Cas clinique (07) :**I-7-a Présentation de l'entretien du 7^{ème} cas :**

Mr Mohend un patient âgé de 68 ans, il est le deuxième d'une fratrie de 8 membre, il est mari et un père de 4 enfants ,3 garçons et une fille, il travaille dans une usine en France, depuis 40 ans, il est loin de sa famille.

Il a manifesté une certaine lassitude, et lourdeur dans ses réponses, on a effectué deux entretiens avec lui.

Durant son enfance et l'âge adulte, Mohend était en parfaite santé, il avait aucune, a l'âge de 50 il hospitalise a cause d'un accident de travail invalide moyenne, après il a demandé une retraite accidents pour retourner à sa famille. A l'année de 2013 il souffre de saignement au niveau de rectum et emmené en urgence a l'hôpital par son fils, ils ont fait a lui des examens médicaux, après les résultats il était d'opéré au niveau de colon.

Après l'intervention chirurgicale le médecin lui annonce qu'il a un cancer de l'ose et de colon métastase cérébrale, il a commencé la chimiothérapie en juin 2015 parce que son cops est refuse d'adapté avec ce traitement.

Il souffrait des douleurs au niveau du dos et des problèmes de sommeil a cause de ces douleurs, il ne mange pas bien à cause des vomissements il nous dit « je ne peux pas manger a causé ses vomissements».

Le patient il n'aime pas parle beaucoup avec les gens, ses relations sociale sont dégradés et sa relation familiale aussi, il aime toujours de rester seul dans

Sachambre, il aime la solitude, et de rester loin des gens. Depuis sa maladie il a laissé son travail et il a abandonné ses collègues. Notre patient a vécu des sentiments de frustration et de dégoût causé par sa mauvaise santé, sur le plan psychique et physique cela manifeste par une fatigue permanente. Il nous a dit : «je pense que ça va pas guérir».

Le patient nous souligne qu'à part son traitement de tumeurs et de cancer de l'os et de colon, il ne prend aucuns médicaments.

Concernant les relations sociales, Notre patient n'a pas une bonne relation avec les autres même avec sa famille, il a abandonné presque lorsque qu'il avait 30ans, il a un manque de communications. Sa vie sexuelle elle est dégradée avant cette maladie et plus avec cette maladie, il ne fait pas ses taches quotidienne tout seul, sa femme est à côté de lui temps en temps.

I-7-b Analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 :

Tableau(10) montre le degré de la qualité de vie de Mr Mohend qui est atteinte d'une tumeur cérébrale.

Dimensions	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	55	25	12.5	37.5	52	66.66	40	5	36.70
MOS-SF36	70.6	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale perçue est évaluée à 36.70, estimée basse comparativement à la norme du MOS-SF36 qui est de 64.30.

Une évaluation bien exprimé dans les dimensions suivants : le (PF) estimée à 55 elle est très basse par rapport au taux moyen de SF36 qui est de 70.6, le (RP) présente 25, elle est très basse aussi par rapport au score référentiel de SF 36 qui est de 52.92 le (BP) estimée à 12.5, en comparant avec le score moyen de SF36 qui est 70.83, le (SF) mesurée de 37.5 par rapport au score référentiel qui est de 78.77, la dimension (MH) présentée 52, elle est très basse par rapport au taux de SF36 qui est de 70.38, le (RE) estimé à 66.66, elle est élevée en comparant avec le taux moyen de SF36 qui est de 65.78, on remarque une diminution de taux de (VT) qui est de 40 comparativement avec le score de SF36 qui est de 52.15, une dégradation du taux de (GH) qui est estimée à 5, comparativement avec le score référentiel de SF36 qui est de 56.93.

Une mauvaise évaluation des dimensions ce qui signifie l'impact de la maladie sur la qualité de vie psychique et physique de M^MMohend.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien du cas de M^MMohend on constate que la santé de la patient s'est dégradée, il souffre des douleurs physiques ; il a présenté une humeur dépressive, la perte de communication avec les autres et avec sa famille augmentes ses troubles psychiques.

La qualité de vie psychique et physique de notre patient est affectée par cette maladie, d'après les résultats, le patient présente une qualité de vie évaluée négative estimée à 36.70.

I-analyse générale :

L'étude portée sur 07 cas âgés entre 17 ans et 72 ans atteints d'une tumeur cérébrale .selon l'analyse des entretiens, et les résultats obtenus dans l'échelle de la qualité de vie MOS-SF36 on a 06 cas parmi les 07 cas qui présentent une mauvaise qualité de vie.

Tableau N (11) : le degré de la qualité de vie globale des cas étudiés :

Cas	Hadj	Aouda	Hlima	Klaoudia	Djouhr	Baya	Mohned
Résultats							
Qualité de vie globale	76.27	56.41	33.5	24.76	35.45	40.35	36.7
MOS-SF36	64.3	64.3	64.3	64.3	64.3	64.3	64.3

D'après les résultats de l'échelle SF36 présentés le tableau si dessus et les entretiens effectués avec les patients « je suis instable », « je suis obligé de demandé l'aide, mais avant j'étais une femme indépendante », on constate que 6 cas sur 7 ,Aouda , Hlima, Djouhr , Klaoudia, Mohend, Baya, présentent une qualité de vie négative, par contre ,un seul cas Hadj présent une bonne qualité de vie.

Discussions sur l'hypothèse générale :

Notre hypothèse principale présente que « les personnes atteints des tumeurs cérébrale ont une mauvaise qualité de vie ».

D'après les analyses des entretiens de type semi directif avec les patients et les résultats de l'échelle de la qualité de vie, MOS-SF36, on constate que 6 cas sur 7 leurs score est de : (56.41) pour « B » et (33.5) pour « H », (24.76) pour « B », aussi (35.45) pour « DJ », (40.35) pour « B », et (36.7) pour « M », présentent un score inférieur à la moyenne de MOS-SF36 évaluée à 64.30. par contre le cas (76.3) pour « H », il présente un score supérieur à la moyenne. Alors selon ses résultats on peut dire que notre hypothèse est confirmée. Nous devons faire face à de nombreuses nouvelles situations.

En effet:

- > La personne malade peut changer du point de vue psychologique.
- > La vie quotidienne doit être réorganisée.
- > La maladie pèse sur toutes les personnes concernées.
- > Les relations sociales se modifient.
- > Les valeurs changent.

D'après ses résultats on peut dire que notre trois hypothèses sont confirmés, et on constate que la qualité de vie physique influence sur la qualité de vie psychique et vice versa, et que la maladie est influence d'une manière négative sur la qualité de vie des patients.

Pour mieux confirmer nos résultats on a constaté l'étude de **A-Gaëlle Le**

Corroller-Soriano, A-Déborah Bouhnik, P- Auquier, J-Paul Moatti

La qualité de vie liée à la santé est documentée dans cette enquête par l'échelle psychométrique SF-36. La comparaison de nos résultats avec ceux de l'Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE fait apparaître que, si les individus atteints de cancer décrivent logiquement une moins bonne qualité de vie que celle de la population générale, cette différence est accentuée pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS) et pour les hémopathies malignes.

Il s'agit ici d'étudier l'influence des caractéristiques sociodémographiques et médicales, ainsi que des séquelles ressenties par les patients sur leur qualité de vie. Les caractéristiques Médicales influencent moins la qualité de vie physique des individus que les variables Sociodémographiques et n'influencent pas du tout leur qualité de vie mentale.

La qualité de vie physique est plus ou moins altérée selon la localisation du cancer, avec un score plus dégradé pour les cancers des VADS et du poumon ainsi que pour les hémopathies malignes.

En revanche, la qualité de vie mentale semble peu influencée par la localisation cancéreuse. Les séquelles ressenties par les patients ont un rôle fondamental sur la qualité de vie deux ans après le diagnostic de la maladie. Notre étude montre également que les différences sociales en matière de qualité de vie se maintiennent deux ans après le diagnostic d'un cancer.

L'ensemble de ces résultats permet de réconcilier le discours médical, qui évoque la plupart du temps les cancers en insistant sur la spécificité de chaque localisation, avec le discours profane des associations qui se réfèrent souvent à une seule maladie, le cancer. (A-Gaëlle Le Corroller-Soriano, A-Déborah Bouhnik, P- Auquier, J-Paul Moatti, 2003, p 206).

La conclusion :

Tout au long de notre recherche qui a porté comme thème "la qualité de vie chez les personnes atteintes une tumeur cérébrale " nous avons élaboré une hypothèse générale qui est "les personnes atteintes une tumeur cérébrale ont une mauvaise qualité de vie" et deux hypothèses partielles la première est "les personnes atteintes une tumeur cérébrale ont une mauvaise qualité de vie physique " la deuxième est "les personnes atteintes une tumeur cérébrale ont une mauvaise qualité de vie psychique ". Afin d'arriver à la confirmation ou la négation de cette hypothèse, nous avons adopté une méthodologie : la pré-enquête et la méthode descriptive, en ce qui concerne les outils d'investigation : l'entretien semi-directif, ainsi que le guide d'entretien qui répond aux exigences de notre thème, et l'application de l'échelle de MOS SF-36 pour bien déterminer le degré et niveau de la qualité de vie chez les personnes atteintes une tumeur cérébrale.

Au cours de notre stage pratique ainsi que des entretiens effectués avec nos cas et surtout l'application de l'échelle QDV SF-36, nous avons pu confirmer et vérifier de façon très claire et précise nos hypothèses.

Notre recherche, nous a permis de vivre une expérience surtout humaine ; on a pu vivre, revivre, ressentir ce qu'un cancéreux pu endurer et vit quotidiennement, et toutes les souffrances qu'il a vécu soit psychique, physique relationnelle.

Alors on suggère que les cancéreux cérébraux doivent être suivis par toute une équipe soignante qui travaillera en collaboration, afin de lui assurer une vie meilleure et confortable.

Cette équipe doit être en mesure de détecter, de cerner son degré de désarroi.

Ajouté à cela, un environnement sain, favorable qui lui portera le soutien nécessaire pour améliorer la qualité de vie.

Malgré que nos hypothèses soient confirmées sur notre population d'étude, on ne peut pas généraliser les résultats obtenus pour toute personne atteinte d'une tumeur cérébrale, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus.

Pour conclure notre travail, il faut reconnaître que le thème, de recherche que nous avons traité dans ce mémoire est d'actualité car il s'agit d'un domaine très vaste et très sensible.

Afin de mieux comprendre et étudier notre thème, il faut adopter une approche pluridisciplinaire, pour mieux cerner tous les aspects du thème de recherche et surtout s'appuyer sur les études longitudinales pour suivre l'évaluation et les changements de la situation des sujets en utilisant différents tests.

Annexes

Annexe N° 01

1-1-2 Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien composé de cinq(5) axe

: Les informations personnelles du patient :

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Si vous travaillez quel est votre profession ?
4. Quel est votre classement dans la fratrie ?
5. Quel est votre situation matrimoniale ?
6. Avez-vous des enfants ? si oui combien ?

AXE 1 : les informations liées à l'état de santé du patient:

1. Depuis quand vous-êtes malade ?
2. Comment vivez-vous cette maladie ?
3. Avez-vous d'autre maladie ?

AXE 2:la qualité de vie relationnelle et professionnelle :

1. Pouvez-vous nous parler de la réaction de votre famille lors du diagnostic de la maladie ?
2. Est-ce que vous avez remarqué un changement dans leurs attitudes vis-à-vis de votre état ?
3. Comment sont vos relations sociales ?

AXE 3 : réactions face au diagnostic :

1. Quelle a été votre réaction quand on vous a annoncé le diagnostic ?
2. Pouvez-vous nous parler de votre vie avant la découverte de votre maladie elle ?

AXE 4: la qualité de vie : la vie quotidienne, familiale, sociale, et professionnelle

- 1 .Dormiez-vous facilement ?
2. Sentez-vous stable ou instable ?

3. Votre vie de tous les jours, est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?

4. Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?

Etes-vous gêné de ne pas réaliser vos tâches quotidiennes

? **AXE 5: projection dans l'avenir**

1. Comment percevez-vous votre avenir ?

2. Avez-vous des projets pour votre avenir ?

3. Qu'espérez-vous dans votre avenir ?

Annexe N° 02 :

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___

A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___

Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que Votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans Quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

B. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

I. Marcher seulement 100 mètres.

Oui, très limité

oui, plutôt limité pas

limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés Suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (Réponse : oui ou non à chaque ligne)

Oui /non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?
 Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?
 Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?
 Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

oui non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous n'espérez ?

Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre État physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les Voisins ou d'autres groupes ?

_____ _____ _____ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

7. Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ _____ _____ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

8. Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ _____ _____ _____

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9. Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ _____ _____ _____ _____

La liste bibliographique

- 1-Anne-G -Soriano, Anne-Déborah- B, Pascal -A,Jean-P- Moatti ; 2002-2003« **La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer ?** » édition INSSE, france
- 2-Bellesoeur-A, E-Hutt, l-Calle, M-Moustarhfir , 2015 « **cancérologie** » édition Vernazobres Grego ,paris.
- 3-Bruchon-Schweitzer-M (2002) « **psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes** » édition Masson, paris.
- 4-Chahraoui-Kh, bénony-H,(2003) « **Méthodes, évaluation et recherche en psychopathologie clinique** », édition Dunod, paris.
- 5- - Chahraoui-Kh et Bénony-H,(1999), « **L’entretien clinique** », édition Dunod ,paris .
- 6- Corrbulle-E, Hardy-P, (2001) « **Les syndromes dépressifs en cancérologie signification et prise en charge** »module10 cancérologie oncohématologie a université Rouen faculté médecine et pharmacie.
- 7- Déchelette-M, juin 2010 «les tumeurs de cerveaux » édition, Institut Notionnel du cancer
- 8-FicherG-N et Al, (2002), « **Traite de la psychologie de la santé**»,édition Dunod, paris.
- 9-François-J-M, F-Marnex, D-Doulieries, (2001) « **thérapeutique du cancer** », 2^{eme} édition Springer, France.
- 10- Jacques-J-Grob, (2014) « **La qualité de vie et dermatologie** » collection pathologie science formation, édition, Joh-libbey.
- 11-Jurg -Hblutzel,(2009) « **Tumeurs cérébrale est su système nerveux centrale, une information de la ligue contre le cancer pour les**

personnes concernées et leurs proches » édition, ligu suisse contre le cancer, berne.

12-Jacques-J- Grob, (2004) «la qualité de vie et dermatologie », édition john libbey Eurotexte, paris ;

13- Hulote-J-S, (janvier ,2008) « cardiologie », édition ellipses, paris.

14-Hulote-J-S, (janvier 2008)« cancérologie » édition ellipses, paris

15-Léplège-A, J-Coste, 2002 « Mesures de la santé perceptuelle et la qualité de vie et application » édition Estem, paris.

16-Léplège-A, E-Ecosse, J-Pouchot, J-Coste, 2001 « Le questionnaire MOS FS-36 Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores », édition Estem, paris.

. **17- pedinielli-J-L, 2005 « les états dépressifs** » édition colin, paris

18-Pierre-Marty, (1990) « Psychosomatique de l'adulte », édition PUF, paris

19-Rougier-Ph, Mitry-TinajeroE-S , Taibe-J, (2006) « les cancer digestifs », édition Springer, paris.

20-Razavi-D , Dlvaux-N,(2002), « Psycho-oncologie le cancer, la malade et sa famille » 2^{eme} édition Masson , paris.

21-Sales-E ,wuillemmin, (2006) « la méthodologie de l'enquête » édition HAL, paris,

. **22- Tumeurs cérébrale, (2008) « comprend le diagnostic** », édition, société canadien du cancer, PDF ;

Les thèses :

23-Hartman-A, (2007) « Etude longitudinale, de la qualité de vie et des stratégies d'ajustements des patients avec cancer de sein el leurs

accompagnement référent » thèse de doctorat université rennes II France,
faculté de médecine de nants

24- Rotonda-C, (2011) « **La qualité de vie et fatigue en cancérologie : cancer colorectale et cancer de sein** » la thèse de doctorat, université Henri Poincaré, avril 2011

Dictionnaire :

25-Quevanvillers-J ,2007 « **dictionnaire médicale de poche** », paris, édition Masson.

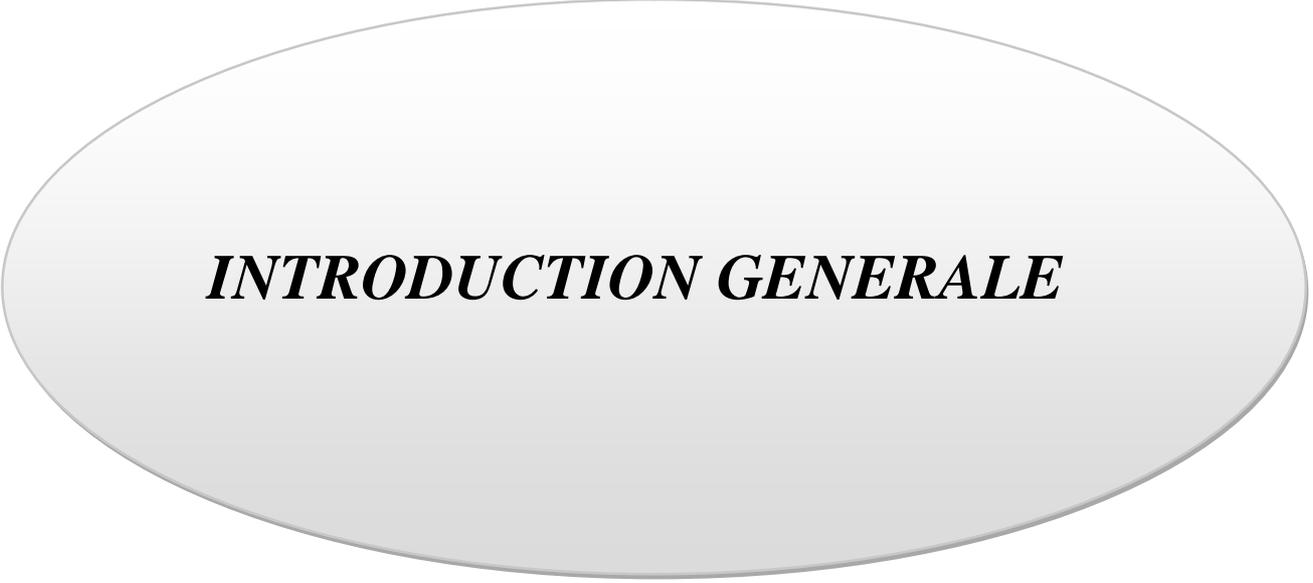
26-Rohkann-R, 2005« **Atlas de poche de neurologie** » paris, édition flammiau.

27- Pierre-J Wainsten, 2012« **La rousse médicale** » paris, édition la Rousse.

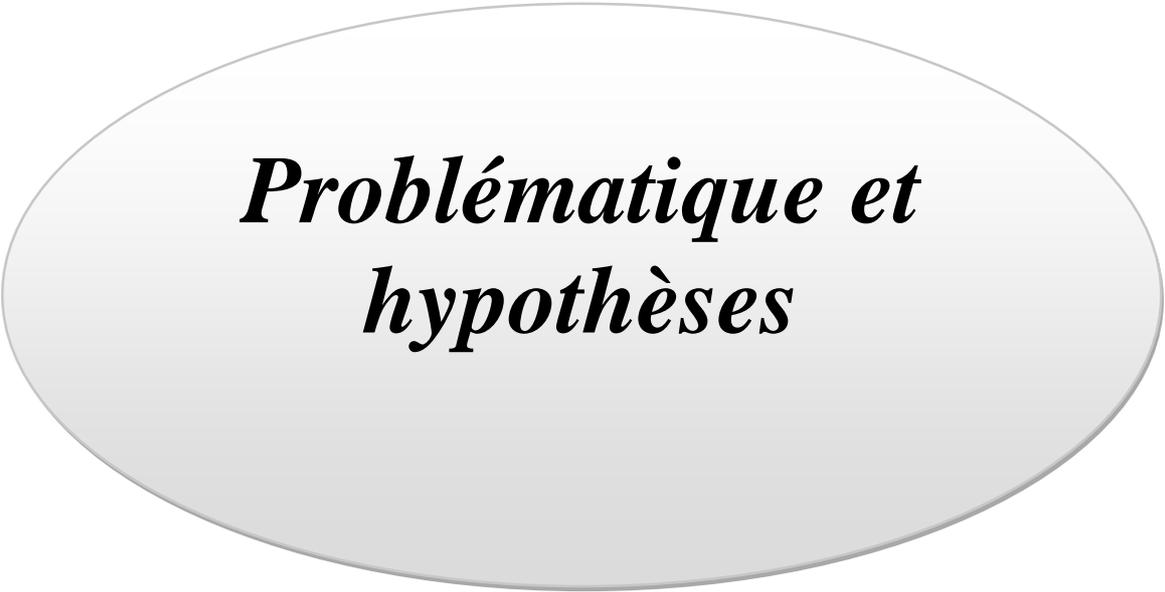
Sites :

www.canceranet.com/GERCOR, 2012, le 12/05/2016 à 23 :00

[www.l'internaute](http://www.l'internaute.com) .com 12/05/2016 à 23 :30



INTRODUCTION GENERALE



***Problématique et
hypothèses***

PARTIE I

Partie théorique

CHAPITRE I

La Qualité de vie



CHAPITRE II



La tumeur cérébrale



PARTIE II



Partie pratique

CHAPITRE III

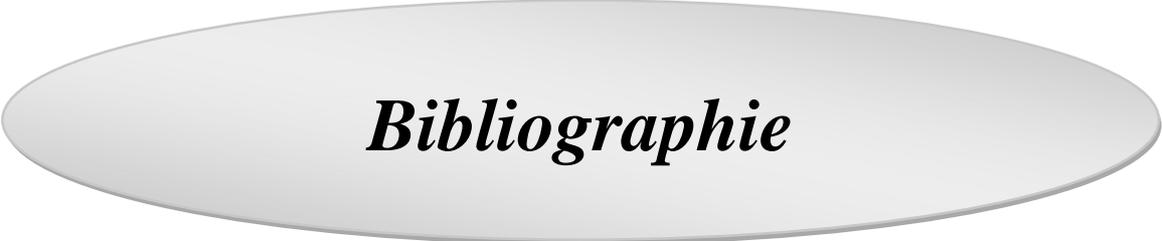
La méthodologie de recherche

CHAPITRE IV

***Analyse des résultats et
discussion des
hypothèses***



***CONCLUSION
GÉNÉRALE***



Bibliographie



Annexes