

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**  
**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**  
**Département des Psychologie et orthophonie**



**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de  
Master en psychologie Clinique**

# **Thème**

**Les réactions psychologiques après l'annonce du  
diagnostic du cancer du sein chez la femme**

**(Etude clinique de cinq (05) cas à l'établissement hospitalier spécialisé en  
psychiatrie d'Oued Ghir**

**Réalisé par :**

Mokrani Sihem

**Encadré par :**

M.Mebarek Bouchaala Fatah

**2022-2023**

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord le bon Dieu qui m'a donné la force et le courage, la volonté et la patience pour réaliser ce travail.

Je remercie en signe de respect mon encadreur M. Mebarek Bouchaala Fatah

Pour son accompagnement et ses conseils.

Mes remerciements vont aussi aux membres de jury pour l'évaluation de mon modeste travail.

Je tiens encore à remercier l'ensemble du personnel du service d'oncologie de l'hôpital EHS Oud Ghir pour leur soutien.

Enfin, je remercie vivement les cinq patients qui ont participé à notre recherche et à qui je souhaite la guérison.

# Dédicace

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail :

A mes parents qui m'ont donné la vie.

A mes très chères sœurs.

A ma tante et son mari 3ami Taher.

A mari de ma sœur Adel.

A ma grand-mère.

AU cher fils de ma sœur Ishak.

A tout ma famille

Merci pour votre présence dans les moments joyeux , et merci pour votre absence dans les moments tristes , ce qui m'a ajouté volonté et courage à réaliser et achever ce travail.

**Sihem**

## Table de matière

Introduction générale .....	01
<b>Cadre général de la problématique</b>	
Problématique .....	03
Hypothèses .....	06
Les définitions des concepts clés .....	07

## Partie théorique

### Chapitre 1 : Cancer du sein

Préambule .....	09
1. Définition du cancer du sein.....	09
2. Les formes cliniques du cancer du sein.....	10
3. Les facteurs de risques du cancer du sein.....	10
4. Les symptômes sur cancer du sein.....	12
5. Le diagnostic du cancer du sein.....	13
6. Les traitements du cancer du sein.....	15
7. Le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer du sein.....	16
8. Psychothérapie et soutien psychologique .....	19
9. Le cancer et relation familiale .....	20
10. Influence psychologique du cancer.....	20
11. Evaluation psychologiques des patients atteints du cancer.....	21
12. Prise en charge psychologique des patients atteints du cancer.....	21
Conclusion .....	21

### Chapitre 02 : L'annonce du diagnostic

Préambule.....	24
1. L'annonce.....	24
1.1/L'annonce du diagnostic.....	24
1.2/Le lieu de l'annonce.....	25

1.3/Le moment de l'annonce.....	25
1.4/Les participants à l'annonce.....	25
1.5/Le savoir-être lors de l'annonce.....	26
1.6/Les erreurs à éviter lors de l'annonce.....	27
2. L'impact traumatique de l'annonce.....	28
3. Les suites de l'annonce.....	29
4. Comment annonce une mauvais nouvelle.....	30
5. Comment faire entendre ce réel impossible .....	32
6. Les mécanismes de défense .....	32
7. Souffrance des médecins, indentification et mécanismes de décence.....	33
8. Relation entre malade, famille et médecin .....	34
9. Comment se comporter avec un malade atteint de cancer.....	35
10. Les effets de l'annonce du cancer .....	37
Conclusion.....	38

### **Chapitre 03 : Les réactions psychologiques**

Préambule .....	41
1. Les réactions psychologiques à la maladie .....	41
2. Les réactions psychologiques liées au malade .....	41
2.1/Réaction anxieuses .....	41
2.2/Attitude de régression et de dépendance .....	41
2.3/Attitude de mini mixtion négation et refus de la maladie .....	42
2.4/Réaction d'ordre narcissique .....	42
2.5/Réaction dépressives .....	43
2.6/Attitude agressives et prosécutives .....	43
2.7/Les caractère pathologiques de la réaction .....	43
2.8/L'adaptation.....	44

3. Réactions de la famille.....	44
4. Réaction sociales .....	44
5. Réaction psychologue face au cancer.....	45
Conclusion.....	47

## **Partie pratique**

### **Chapitre 04 : Méthodologie suivi sur le terrain**

Préambule .....	49
1. La méthode de recherche .....	49
2. Présentation du lieu de la recherche .....	50
3. La méthode de Clinique.....	51
4. Présentation les caractéristique de la population d'étude.....	52
5. Présentation le groupe de la recherche .....	52
6. Présentation Les outils utilisées .....	53
7. Présentation le guide d'entretien .....	55
8. Présentation l'échelle de Beck.....	55
Conclusion .....	57

### **Chapitre 05 : La présentation des cas , analyse des résultats et la discussion des hypothèses**

Présentation et analyse des résultats .....	59
Discussion des hypothèses .....	73
Conclusion général .....	76

Liste bibliographie

Annexe

## Liste des tableaux

<b>N° du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Tableau N°01	Présentation du groupe de recherche	53
Tableau N°02	Type de dépression selon l'échelle de Beck	57
Tableau N°03	Résultats de l'échelle de Beck du cas 1	61
Tableau N°04	Résultats de l'échelle de Beck du cas 2	64
Tableau N°05	Résultats de l'échelle de Beck du cas 3	67
Tableau N°06	Résultats de l'échelle de Beck du cas 4	69
Tableau N°07	Résultats de l'échelle de Beck du cas 5	72

# **Introduction**

## **Générale**



## Introduction générale

---

Il existe certaines maladies qu'on qualifie de graves parce qu'elles menacent la vie du patient, et plus particulièrement son intégrité psychique, de ce fait notre choix s'est porté sur une de ces maladies qui est le cancer.

Le cancer est un terme général désignant toute maladie pour laquelle certaine cellule du corps humain se divise d'une manière incontrôlée, et quand ce cancer s'installe dans le corps, il dicte sa loi. La symbolique associée à cette maladie fait de celui-ci un mal qui détruit l'ordre naturel, un mal qui ronge le malade de l'intérieur et un mal envahissant.

Il est normal d'avoir peur du cancer mais les progrès de la médecine ces trente dernières années grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques et aux développements de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie font aujourd'hui une arme et un grand synonyme d'espoir dans la lutte contre ce fléau.

De manière habituelle, la lutte contre une maladie est mieux de prévenir que guérir, tout le monde est d'accord là-dessus mais l'idée j'ai un cancer quand elle est intégrée chez le malade est une véritable révolution psychologique qui resitue le sujet par rapport à son environnement et à son histoire.

Notre recherche porte sur les réactions psychologiques à l'annonce du cancer du sein chez la femme, et pour éclaircir le problème posé, on s'est basé sur une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique qui est la méthode clinique dont l'objectif est de mesurer le degré de les réactions psychologiques, y compris la dépression et de comprendre le patient dans sa totalité et dans sa singularité face à sa maladie et à son traitement.

Comme techniques, on a utilisé en premier lieu « l'entretien » qui a pour objectif de relever les phénomènes comportementaux significatifs des patients et de leur donner un sens, qui représente un outil indispensable pour accéder aux informations qui concerne les patients et en dernier lieu « l'échelle de Beck » qui mesure l'intensité de la dépression chez ces malades.

La partie théorique nous a permis de bien aborder le parcours des patientes atteintes d'un cancer du sein au cours de cette étape sensible dans la vie de chaque être humain à un âge et sexe différents.

Pour aborder notre recherche nous avons réparti notre travail en trois parties :

Une partie théorique : qui englobe trois chapitres :

## **Introduction générale**

---

Le cadre méthodologique de la recherche ; la problématique et les hypothèses.

Chapitre 1 : le cancer du sein le point de vue médical

Chapitre 2 : l'annonce du diagnostic

Chapitre 3 : les réactions psychologiques

Une partie pratique : elle se subdivise en deux :

Chapitre 4 : méthodologie suivie sur le terrain : pour la démarche adoptée, les outils de recherche ainsi que la méthode d'analyse.

Chapitre 5 : présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses.

Et pour finir on propose une conclusion générale pour clôturer cette étude.

# **Le cadre général de la problématique**

## Le cadre général de la problématique

---

### La problématique :

Du 1er au 31 octobre, le monde célèbre la journée mondiale de lutte et de sensibilisation contre le cancer du sein. Le bilan de 2020 fait état de plus de 2,3 millions de cas de cancer du sein, ce qui en fait le cancer le plus courant. Près d'une femme sur 12 développe un cancer du sein dans sa vie. Il est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes avec 685.000 décès par cancer du sein dans le monde en 2020, selon les chiffres de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2021).

En Algérie, le cancer de sein vient en tête du classement avec 1 400 nouveau cas en 2020. Ainsi, le nombre total s'élève à près de 60.000 cas en Algérie avec une augmentation de 10% chaque année. Fin 2020, 7,8 millions de femmes s'étaient vues diagnostiquer un cancer du sein au cours des cinq années passées, ce qui fait du cancer du sein le cancer le plus courant à l'échelle du globe. À l'échelle mondiale, les femmes perdent plus d'années de vie (espérance de vie corrigée de l'incapacité) en raison du cancer du sein que de n'importe quel autre type de cancer. Le cancer du sein est présent dans tous les pays du monde et touche des femmes de tous âges à partir de la puberté (le taux d'incidence s'accroît toutefois à mesure que l'âge avance). Pour l'année 2021, les professionnels de la santé estiment que le nombre de nouveaux cas atteindra 15.000 à 16.000 cas. ([www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/breast-cancer](http://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/breast-cancer)).

L'objectif de la nouvelle initiative mondiale de l'OMS relative à la lutte contre le cancer du sein est de réduire la mortalité par cancer du sein dans le monde de 2,5% par an, et ainsi d'éviter 2,5 millions de décès par cancer du sein entre 2020 et 2040 à l'échelle mondiale. Si on réduit la mortalité par cancer du sein dans le monde de 2,5% an, on évitera chez les femmes de moins de 70ans 25% et 40% des décès par cancer du sein d'ici 2030 et 2040, respectivement. La réalisation de ces objectifs repose sur trois piliers qui sont : la promotion sanitaire en vue d'une détection rapide ; le diagnostic en temps opportun ; et une prise en charge complète du cancer du sein. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359.com>).

Le sein est considéré comme symbole de la féminité, de la sexualité et de maternité chez la femme. C'est pourquoi tout ce qui affecte le sein Concerne non seulement la femme.

Et son entourage mais aussi la société .Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du

## **Le cadre général de la problématique**

---

diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir, d'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurées, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités. (Ghersa K. Guermouche M. 2021, p 35).

« Le cancer est une maladie de plus en plus fréquente au sein de la population, en lien avec le vieillissement de cette dernière. » (Schveitzer N, D. 2008, p 266).

Le cancer touche tous les âges, de la pédiatrie à la gériatrie, Il devient de plus en plus une maladie chronique fréquente. Il a un impact important dans la vie des malades. Le nombre de cancer du sein aurait comme une augmentation au cours des 30 dernières années, une incidence en hausse les régions du monde y compris dans les pays en voie de développement. (Keller N. 2016, p 07).

Le cancer est l'une des pathologies qui peut atteindre une personne et nuire à sa santé. Cette nuisance peut aller jusqu'à la mort. Il existe une multitude de types de cancer, citant comme exemple le cancer de sein qui a fait l'objet de notre étude. Le cancer de sein s'accompagne très souvent de quelques métastase à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement. (Djemaoune S. Kirouane A. 2022, p 05).

Les analyses du cinétique cellulaires ont montré que des cellules métastatiques peuvent migrer dans la circulation sanguine à un stade précoce de la maladie, d'où l'hypothèse que le cancer est une maladie d'emblée généralisée qui devait répondre à une stratégie médicale globale et plus locorégionale, c'est – à – dire l'intérêt de prescrire systématiquement un traitement général après la chirurgie lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorables. (Benzidine N .2004, p 5).

L'annonce d'une cancer du sein marque le début d'un long voyage pour la patiente , mais également pour ses proches , tout cancer fait peur , entraine des conséquences délétères à plusieurs niveaux et à différents moments ( des premiers symptômes , examens diagnostic , au début des traitements , leur fin , la rémission et éventuellement la récidence soins palliatifs , fin de vie ) , induisant des sentiments de vulnérabilité , d'incertitude , des moments de crise et de détresse émotionnelle , mais les angoisses engendrées par le cancer du sein sont spécifiques.(Kasmi S .Khaldi F. 2016 , p 05 )

## **Le cadre général de la problématique**

---

Le diagnostic d'un cancer, est une épreuve, car cette maladie suscite la peur pour les patients et leurs proches (Marx & Reich.2009) la détresse émotionnelle, la dépression, l'anxiété, la perte de rôle, la diminution de la mobilité physique, la qualité de vie fortement diminuée sont des représentations communes du cancer (Richardson et al. 2017).

L'annonce d'un diagnostic du cancer est un événement traumatique cette maladie n'est pas uniquement une atteinte organique mais une effraction de l'unité biopsychosociale avec toutes les formes de représentation de psychosociale (la mort – déprime). A ce fait nous avons choisi comme thème le cancer du sein pas en tant qu'une maladie organique à proprement dit, mais plutôt sur les conséquences qu'elle peut avoir sur l'aspect psychologique tel que les représentations qu'elles puissent se faire sur elles même. Ces conséquences psychologiques induisent les femmes cancéreuses à une diminution de la satisfaction corporelle, elles perçoivent leur corps comme indésirable et devient source d'inquiétude et de préoccupation marquées. (Djemaoune S .Kirouane A. 2022, p 06).

Le moment de l'annonce est caractérisé par une angoisse pour le patient (Pujol et al. 2014) la détresse psychologique alors engendrée par l'annonce d'un diagnostic est souvent liée à une peur de la mort (lehto. 2012). C'est un changement de vie (Bumb et al. 2017) le cancer peut être source de stigmatisation de la personne atteint lien avec le fait qu'il s'agit d'un attribut social sur le plan culturel (Pujol et al. 2014) une annonce de diagnostic de cancer symbolise une rupture biographique de la personne elle-même, elle marque également le passé et l'entrée dans la maladie (Pujol et al. 2014). Ainsi de ce fait, l'acceptation d'un diagnostic de cancer se révèle difficile et au moment de l'annonce, le patient étant sous le choc, il n'est plus capable de retenir toutes les informations données, en raison des mécanismes de défense qui sont mobilisés (castion et al. 2015)

Les réactions psychologiques des femmes traitées pour un cancer du sein sont dominées par l'angoisse et la dépression. Un soutien et un traitement spécifiques sont souvent utiles. L'adaptation à la maladie, véritable rupture biographique, aux traitements, à l'incertitude du pronostic et à la crainte d'une rechute dépend de la personnalité de la patiente, de ses ressources psychologique, de son réseau de soutien naturel, familial professionnel, et du soutien apporté par l'équipe de soignante. A l'annonce du diagnostic et des modalités du traitement, comme à l'annonce de la rechute, On peut observer des réactions très diverses, telles que la passivité complète, la contestation, le déni, la crise d'angoisse généralisée et plus rarement, le refus total du traitement. Les différentes réactions sont liées au

## **Le cadre général de la problématique**

---

travail de deuil et à la perte possible de la vie. Elles doivent permettre d'aboutir à l'acceptation de la situation pour s'y adapter. On peut observer un blocage pathologique dans le déni qui risque d'entraver le dialogue avec l'équipe soignante et de retarder la mise en route du traitement. L'aide d'un psychiatre peut être nécessaire. (J.M Dilhuydy. 2001, p 33).

Le traitement d'un cancer du sein localisé comprend en principe au minimum une chirurgie généralement complétée par un ou plusieurs traitements préventifs de rechute nommés traitement " adjuvants " ((chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées)). ( [www.gustaveroussy.fr](http://www.gustaveroussy.fr) ).

Hélène Brocq (2008), psychologue clinicienne, relève que le médecin est avant tout formé à des savoirs techniques et scientifiques lors de ses études et qu'il reste ((assez éloigné du malade dont il a souvent du mal à appréhender les réactions)). Elle explique que même si le médecin est régulièrement confronté aux réactions de ses patients, il ne m'a jamais été préparé ((à une analyse fine des phénomènes psychiques)).

A partir des données illustrées, nous proposons dans ce travail d'étudier ce phénomène en posant les questions suivantes :

- Quelles sont les modalités de l'annonce du diagnostic d'un cancer du sein aux patientes atteintes de cette maladie ?
- Quelles sont les réactions psychologiques de la patiente au moment de l'annonce ?
- Quel est le processus psychologique de ces réactions psychologiques après l'annonce ?
- Quels sont les besoins psychologiques des patientes durant et après cette annonce de diagnostic ?

### **Hypothèse :**

- Le diagnostic d'un cancer du sein aux patientes atteintes de cette maladie est annoncé brutalement.
- La patiente éprouve un choc initial à l'annonce du diagnostic.
- La patiente éprouve des réactions psychologiques de dépression et d'anxiété après l'annonce.
- La patiente arrive à s'adapter après un processus psychologique qui diffère pour chaque patiente.
- Les patientes ont besoin du soutien psychologique, social, familial, médical et professionnel durant et après cette annonce de diagnostic.

-

### **Opérationnalisation des concepts clé :**

#### **Le cancer :**

Selon le dictionnaire médical le cancer << est une tumeur maligne résultat d'une déséquilibre dans les mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire. La cellule cancéreuse se caractérise par des anomalies nucléaires avec mitoses fréquentes et anarchiques. Les cancers se répartissent en deux grandes catégories, les carcinomes (ou épithéliomas) et les sarcomes).

Une maladie qui se présente sans douleur avant la prise de traitements

#### **L'annonce de diagnostic :**

Le processus d'annonce d'un diagnostic de maladie rare, chronique ou grave peut être extrêmement stressant pour les patients.

Il correspond à l'annonce diagnostic par un médecin spécialiste disposant de tous les éléments qui ont permis d'établir le diagnostic.

L'annonce du diagnostic peut atténuer ou renforcer ce choc.

#### **Les réactions psychologiques :**

Les réactions psychologiques à la maladie ne peuvent être considérées comme des épiphénomènes.

Elles font partie intégrante du processus de la maladie elle-même, influençant parfois de façon inquiétante son évolution.



# **Partie**

# **Théorique**

# **Chapitre 01**

## **Cancer du sein**

Préambule

Définition du cancer du sein.

Les formes cliniques du cancer du sein.

Les facteurs de risque de cancer du sein.

Les symptômes du cancer du sein.

Le diagnostic du cancer du sein.

Les traitements du cancer du sein.

Le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer du sein. .

Psychothérapie et soutien psychologique.

Le cancer et relation familiale.

Influence psychologique du cancer.

Evaluation psychologiques des patients atteints du cancer.

Prise en charge psychologique des patients atteints du cancer.

Conclusion

**Préambule**

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

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

Alors dans la première partie de chapitre I nous étudier sur le cancer du sein.

**Définition du cancer**

Le terme cancer regroupe un ensemble de maladies caractérisées par une prolifération limitée de cellule capables d'échapper à une mort cellulaire programmée ; ce qui entraîne la formation d'une population de cellules excédentaires pouvant se disperser dans l'ensemble de l'organisme. Ces maladies peuvent prendre naissance dans chaque partie du corps humain, il existe ainsi plusieurs types de cancers issus de plusieurs types d'organes de tissus et de cellules associés à ces tissus. Un cancer correspond à la multiplication anarchique de cellules anormales, elles peuvent être situées dans n'importe quel organe et échappent à tout contrôle.

Elles peuvent aussi migrer dans d'autres organes pour donner naissance à des métastases ; les mécanismes en cause sont très nombreux. Dans un premier temps la cellule voit son ADN, son capital génétique modifiée à la suite de l'exposition répétée à un carcinogène lié à l'environnement (virus, irradiation), au mode de vie (tabac, alcool, alimentation, exposition au soleil) ce peut être aussi le cas lorsqu' une personne présente une mutation congénitale d'un ou plusieurs gènes qui la prédispose a un cancer donné, on par exemple que la mutation du gène BRCA1 prédispose au cancer du sein. (Delehedde M. 2006, p 05).

**1. Définition du cancer du sein**

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

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60ans. Près de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqué entre 50ans et 60ans. Ce cancer peut aussi apparaitre chez l'homme, c'est extrêmement rare (moins de 1/2 des cancers du sein). (Luporsi E. Leichtnam L. 2007, p 12).

Toutes les femmes atteintes du cancer du sein n'ont pas le même cancer, elles n'ont pas donc le même traitement. Le cancer du sein constitue un carcinome canal aire ou lobulaire.

## **2. Les formes cliniques du cancer du sein :**

### **Le carcinome canarlaire in situ (CCIS)**

Cotype de tumeur atteint les canaux lactifères du sein, c'est-à-dire les canaux qui transportent le lait depuis les glandes mammaires jusqu'au mamelon ; ce types de cancer est dit précoce car il est limité au sein lors du diagnostic.

### **Le carcinome canarlaire infiltrant (CCI)**

Comme le (CCIS). Ce type de tumeur atteint les canaux lactifères mais il est plus invasif, c'est – à – dire qu'il va se propager et s'étendre jusqu'aux.

### **Le carcinome lobulaire in situ (CLIS)**

Des cellules anormales vont se développer dans les glandes mammaires qui produisent le lait dans le sein. Il ne s'agit pas d'une tumeur, mais ce type d'altération augmente les risques de développer un cancer par la suite.

Le cancer inflammatoire du sein il s'agit d'une forme rare de cancer du sein. Les symptômes sont généralement un sein rouge et enflé et semble. (

<https://www.pactonco.fr/les-differents-types-de-cancers-du-sein>).

## **3. Les facteurs de risque de cancer du sein**

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Cela signifie que plusieurs facteurs influents sur le risque de sa survenue.

**Les risques familiaux :**

Le risque familial est le plus important, le plus fréquemment retrouvé et le plus anciennement connu. Une histoire familiale de cancer de sein est un facteur de risque dont l'importance est variable ; le risque maximal est représenté par l'existence chez une femme de la famille proche d'un cancer de sein bilatéral avec risque relatif. Une femme sur 150 serait porteuse d'une anomalie au niveau d'un ou plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein, lui conférant dès lors un risque cumulé proche de 80% à 80 ans, ces cancers surviennent beaucoup plus tôt que les tumeurs sporadiques (parfois avant 30 ans) avec un risque maximal en 40 ans et 49 ans (Saglier I. 2009, p 10).

**L'âge et cancer :**

Le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge même s'il peut atteindre des femmes à des âges très différents.

Le risque de cancer du sein chez les jeunes femmes est peut élever. Environ 10% des cas de cancer du sein se manifestent chez les femmes âgées de moins de 35 ans et près de 20% avant 50 ans.

Le cancer du sein se développe le plus souvent autour de 60 ans – après de 50% des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans et environ 28% sont diagnostiqués après 69 ans.

C'est la raison pour laquelle toutes les femmes âgées de 50 à 70 ans sont invitées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, à réaliser, tous les deux ans une mammographie prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

**Les risques nutritionnels :**

Le mode de vie (activité psychique, nutrition, lipides, prise de poids, hormones) joue un rôle certain, mais l'intrication de ces facteurs rends difficile l'analyse de leurs implications respectives.

Les facteurs de risque nutritionnels dans les cancers du sein commencent à être mieux identifiés permettant d'entrevoir la possibilité de mesure de prévention primaire et même de

proposer actuellement une prise en charge diététique en prévention secondaire chez des patients déjà traitées pour un cancer du sein car , la nutrition semble aussi pouvoir influencer le pronostic (saglier I . 2009 ,p 10).

**Les risques histologies :**

Le risque histologique est maintenant admis que les tumeurs malignes se développent en passant progressivement par différents stades initialement bénin puis atypique et malin. Le risque histologique se définit par la présence d'une lésion histologique bénigne présentant un risque de développement ultérieur de cancer du sein. Le risque le plus élevé est représenté par hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire ; il s'additionne aux autres facteurs de risque.

**Les risques hormonaux :**

Ils correspondent à de multiples facteurs, endogènes ou exogènes.

**Facteur endogènes :**

Une puberté précoce, une ménopause tardive, une multiparité, une pauci parité ou une première grossesse tardive.

**Facteur exogènes :**

La contraception orale a été mise en cause et le traitement hormonal substitutif de la ménopause (saglier I . 2009 , p 09).

**4. Les symptômes du cancer du sein :**

Selon l'organisation mondiale de la santé (2021), le cancer du sein prend la plupart du temps la forme d'une masse ou d'un dépassement non douloureux dans le sein. Il est important que toute femme remarquant une grosseur anormale au niveau du sein consulte un professionnel de la santé dans un délai d'un à deux mois, même si cette grosseur ne provoque aucune douleur. Le fait de consulter un professionnel de la santé dès les premiers signes d'un possible symptôme contribue à renforcer l'efficacité du traitement.

En règle générale, le cancer du sein se manifesté par :

Une masse ou un épaissement dans le sein.

Un changement de taille, de forme ou d'apparence du sein.

Des fossettes, des rougeurs, une peau d'orange ou d'autres changements cutanés.

Une modification de l'apparence du mamelon ou de la peau qui l'entoure (aréole) et / ou un écoulement anormal du mamelon.

De nombreuses causes, autres que le cancer, peuvent être à l'origine de l'apparition de grosseurs dans le sein. Pas moins de 90% des grosseurs mammaires ne sont pas cancéreuses.

Parmi les anomalies non cancéreuses qui se développent dans le sein figurent des tumeurs bénignes comme les adénofibromes et les kystes mammaires ainsi que les infections. Le cancer du sein peut prendre des formes très variées, ce qui explique l'importance d'examen médicaux complets. Une femme présentant des anomalies persistantes (durant plus d'un mois en règle générale) devrait passer des examens, notamment radiologiques, voire faire un prélèvement de tissu (biopsie) pour déterminer si une grosseur est maligne (cancéreuse) ou bénigne.

A un stade avancé, le cancer peut perforer la peau et provoquer des lésions ouvertes (ulcères) qui ne sont pas nécessairement douloureuses. Ces femmes présentant des lésions mammaires qui ne guérissent pas devraient passer une biopsie. Le cancer du sein peut se propager à d'autres parties de l'organisme et provoquer d'autres symptômes. Le plus souvent, les ganglions lymphatiques situés sous le bras sont le premier site de propagation détectable. Il arrive toutefois qu'on ne sente pas des ganglions lymphatiques porteurs de cancer.

Au fil du temps, des cellules cancéreuses peuvent se propager dans d'autres organes comme les poumons, le foie, le cerveau et les os. Une fois ces sites atteints, de nouveaux symptômes liés au cancer peuvent apparaître, comme des douleurs osseuses ou des maux de tête. (<https://www.who.int/fr/news-rome/fact-sheets/detail/breast-cancer>).

## **5. Le diagnostic de cancer du sein :**

Différentes étapes sont nécessaires pour établir ou non le diagnostic de cancer du sein.

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

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

Lors de la découverte de symptôme par la patiente elle-même :



Lorsqu'une femme découvre une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle. Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de guérison. Lors d'une consultation de dépistage : Lors d'une consultation ou d'un bilan de santé.

Lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue :

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

Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein :

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

## **Le dépistage**

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

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

L'examen utilisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie. Une mammographie détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être un cancer. Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est normal.

Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires (mammographie complémentaire, échographie, ponction et éventuellement biopsie) afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic de cancer. Certaines femmes pratiquent l'auto-examen ou l'autopalpation des seins : elles examinent elle-même leurs seins pour détecter des modifications ou une grosseur qui pourraient faire penser à un cancer. (Leicht L. 2007, p 2).

## **L'autopalpation :**

Favorise néanmoins l'implication des femmes dans la prise en charge de leur maladie Elle permet parfois de détecter plus tôt certaines lésions.

**Une mammographie :**

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

**Les examens complémentaires :**

En fonction de l'entretien et de l'examen physique, le médecin demande parfois des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic. (Luporsi E. Leicht L. 2007, p 23).

**Quels sont les examens complémentaires ?**

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

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

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

- Les examens complémentaires ont trois fonctions essentielles :

**Confirmer le diagnostic ;**

Déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres parties du corps ;

Aider à choisir le traitement le mieux adapté.

L'ensemble des examens du bilan diagnostique permet d'élaborer un plan thérapeutique. Il existe plusieurs formes de cancer du sein 0 chaque situation particulière correspond un traitement particulier adapté. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison. (Leicht L . 2007, p 25).

**6. Les traitements du cancer du sein :**

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

**1/ La chirurgie :** est généralement le premier traitement envisagé. Elle consiste le plus souvent , aujourd'hui en l'ablation de la tumeur , associée à l'examen histologique immédiat de celle-ci , la femme étant toujours sous anesthésie générale : si l'examen histologique confirme la nature maligne de la tumeur , l'ablation des ganglions de l'aisselle est réalisée , l'accord pour cette éventuelle extension de l'acte chirurgical devant avoir préalablement obtenu , pour les tumeurs volumineuses ou multiples , la mastectomie ( ablation du sein est encore pratiquée) .

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

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

**4/ L'hormonothérapie :** très souvent associée aux autres traitements, consiste à prendre par voie orale des anti-estrogènes lorsque le cancer est hormone dépendant, c'est-à-dire que la tumeur contient des récepteurs hormonaux. (Morin Y. 2001, p 882-883).

## **7. Le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer du sein :**

L'annonce d'un diagnostic du cancer est un événement traumatique cette maladie n'est pas uniquement une atteinte organique mais une effraction de l'unité biopsychosociale avec toutes les formes de représentation de psychosociale (la mort – déprime).

### **a. Le déni :**

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

Il faut réaliser que le diagnostic fatidique << vous avez du cancer >> prend du temps à se digérer. Nous devons le comprendre et respecter ce déni car il donne au malade cancéreux du temps pour réunir ses énergies et faire face à la l'adversité mais il faudra a un moment ou l'autre l'amener à admettre sa situation afin qu'il soit au traitement. Cette prise de conscience devra se faire progressivement mais aussi avec aménagement car la personne cancéreux qui nie ses problèmes et placée devant une double difficulté : la menace du cancer et celle de la perte de son image de personne forte et robuste ; c'est beaucoup à encaisser. Il faut aussi savoir que la prise de conscience n'est pas toujours définitive et qu'il arrive que la personne oscille entre déni et acceptation de la réalité et bien qu'ayant exprimé plus de réalisme, elle retourne pour un temps à sa négation rassurante.

Certains malades peuvent également parfois se fixer quelques challenges à réaliser et celle pour prouver à eux-mêmes que le cancer ne les a pas atteint dans leurs capacités physiques, sportives, mais également dans leur force de vie. Donc la personne cancéreuse vit comme si de rien n'était, ne faire encore d'avantage à l'occasion du cancer, semble parfois s'apparenter à un véritable déni de la maladie et de leurs situations. (Valanchon H. 2010, p 111-112).

### **b. La dépression :**

La tristesse et les symptômes dépressifs sont fréquemment rencontrés à l'annonce d'un cancer du sein et peuvent resurgir à différent moments tout au long du suivi.

Tous les femmes ne sont pas égales devant leur adaptation à l'épreuve du cancer et un point critique est de pouvoir poser correctement le diagnostic d'une dépression sévère nécessitent une prise en charge.

La dépression majeure touche 25% des femmes atteintes d'un cancer du sein et le clinicien devra être attentif aux éléments suivants : des antécédents de dépression, l'absence du support social (par de compagnon ou mari, peu d'amis et un environnement professionnel non valorisant). Si la dépression sévère est plus fréquente dans le cas d'une maladie à pronostic sombre, il serait faux de penser qu'elle ne touche pas les femmes atteintes de petites tumeurs à meilleurs pronostics. Les symptômes dépressifs sont présents chez les femmes hospitalisés pour traitement chirurgie de leur cancer du sein .Ces symptômes ne sont pas influencés par l'âge , le type de chirurgie et le pronostic de la maladie , mais nous pensons que le choc de l'annonce du cancer du sein a déjà une grande part de responsabilité dans cette

morbidity psychologique en confrontant l'individu à l'idée de mort . (Zelek L. Zerinque N. 2010, p 117-118).

### **c. Anxiété :**

L'anxiété est un symptôme souvent retrouvé chez la personne atteinte d'un cancer que ce soit au court d'un examen de dépistage , d'une procédure diagnostique ou thérapeutique c'est avec la dépression , la manifestation à laquelle le clinicien est le plus souvent confronté .

Schlag (1996) et Maguire (1994) ne soulignent que les femmes atteints du cancer du sein présentent des symptômes d'anxiété allant de 23 à 24%. De même , de nombreuses études ont démontré les effets de la maladie sur la personne , la plus de ces études ont été réalisées dans des population souffrant d'anxiété majeure compliquée de troubles compulsifs , elle retrouvent des atteints de la visualisation spéciale et des difficultés à alterner les fonctions cognitives ; or tains déficits peuvent être aussi retrouvés à des niveaux d'anxiété moindre et sont importants à prendre en compte dans une population de femmes anxieuses en réaction au diagnostic et à la prise en charge du cancer du sein .

L'anxiété quel que soit son degré, peut interfères non seulement avec la qualité de vie de la patiente mais également avec celle de son entourage proche, cette manifestation fréquente qui doit être évalué et prise en charge, il y a un grand nombre de femmes qui expriment du cancer du sein et un autre nombre qui parte de l'angoisse de mort ou encore de mutilation.

L'anxiété est souvent un processus normal d'adaptation à la maladie mais si cet état se prolonge ou s'intensifie, il requiert un traitement adapté.

Un des facteurs de risque d'anxiété est l'absence de communication avec les professionnels de santé, l'information fournie par les équipes médicales dans sa forme et son contenu peut donc largement contribuer à la diminution de cet état psychologique. (Zelek L. Zerinque N. 2010, p 117-118).

### **d. Troubles paniques :**

Le diagnostic de trouble panique doit être porter quand la patient présente dans ses antécédents trois attaques de panique au moins , les attaques de panique sont des crises d'angoisse massives de survenue brutales , de durée brève ( quelques minutes à une heure )

associés des cognitions de type catastrophiques assez évocatrices ; conviction du sujet qu'il va mourir , devenir fou , perdre connaissance ) . Ces attaques de paniques peuvent survenir dans des circonstances déclenchées particulières (claustration, vue du sang et autres) et être alors associées à un trouble phobique, elles peuvent aussi s'accompagner de conduites d'évitement. La différence avec le syndrome de stress post traumatique repose sur l'anamnèse et sur les circons.

Stances de déclenchement comme sur la nature des circonstances entraînant ces conduites d'évitements dans le premier cas c'est le rappel, même en pensée, de l'événement traumatique par exemple : annonce ou réveil post mastectomie qui génèrent l'angoisse ; dans le deuxième, la situation redoutée est non traumatique par elle-même mais phobogène pour un sujet donné. (Morere J. 2007, p 269).

## **8. Psychothérapie et soutien psychologique :**

Les modalités d'intervention thérapeutique auprès des patients d'un cancer du sein de natures diverses, se caractérisent par des techniques employées (cadre théorique et les modalités d'application (individuelle ou modalités). De relation avec l'ensemble des professionnels de santé peut également être apporté par les proches du patient. Les prises en charge thérapeutiques dépendront de l'intensité de la détresse de son type de la demande du patient. L'augmentation des possibilités de prise en charge doit, pour garantir son efficacité, s'assortir d'une politique de dépistage et de sélection des patients.

Apprendre qu'on a un cancer est très difficile à assumer , cette nouvelle a longtemps été considérée comme celle d'une mort imminente par ailleurs l'hospitalisation l'opération chirurgicale et les traitements adjuvant changent profondément la vie du malade il est donc très essentiel d'apporter aux malades un soutien psychologique adapté puisque le cancer du sein a presque toujours des impacts psychologiques qui varient au fil du temps et des étapes de diagnostic , traitement , conciliation avec la vie de famille e le travail , la rémission ...etc.

Le soutien des famille ou de proches ou d'une aide spécialisée est très précieux pour mieux affronter ces bouleversements .L'aide spécialisée peut prendre toutes sorte de formes ; consultations d'un psychothérapeute , d'un psychiatre , la participation à un groupe de soutien , un travailleur social ou encore une infirmière , ou rencontrer d'autres patients c'est – à – dire la participation à une psychothérapie de groupe qui diminue généralement le stress procure une plus grande appréciation de la vie ( Morere J . 2007 , p 303).

## 9. Le cancer et relation familiale :

Sans égard à la chirurgie préconisée, le cancer du sein peut avoir un impact significatif sur les structures psychologiques et émotionnelles d'un individu. Il affecte non seulement la patiente mais également sa famille, aussi bien dans son organisation sociale, financière et éducative, que dans sa définition profonde (Ingram M-A. 1989, p 7). A démontré que le conjoint était la personne la plus affecté des membres de la famille. L'existence d'un cancer du sein pourrait donc causer suffisamment de tensions pour détruire une relation de couple. Toutefois des travaux soulèvent une controverse à ce sujet. en effet, des auteurs ont démontré l'apparition de liens plus étroits entre les membres de la famille dont la mère est atteinte de cancer du sein (Pederson L-M. Valanis B-G. 1988, p 18). Autant un malheur peut unir davantage un couple, autant il peut aussi renforcer l'estime de soi. Il apparait donc justifié de poursuivre la recherche dans ce domaine. (André G. 1995, p 06).

## 10. Influence psychologique du cancer :

Le cancer n'est jamais un diagnostic facile à accepter, quel que soit le stade du développement de la maladie. Les perceptions sur le traitement, les interactions avec les professionnels de la santé, le soutien, et les informations données, ont un impact sur l'adaptation des patients. L'étude propose que les professionnels explorent davantage les perceptions des personnes touchées par la maladie, ce qui les aiderait à offrir un soutien adapté à chacune d'entre elle. L'importance du soutien et de la communication adaptée est également cruciale. Le changement dans la vie des patients atteint de cancer comporte deux états d'esprit différents. En effet, dans l'un, le sens de la vie devient plus important, appréciable et valorisé. Dans l'autre, l'impression de la vie est plus négative. En effet, les conditions de la maladie classées aux traitements rendent les événements ternes et engendrent une détresse émotionnelle et une incapacité à s'adapter. La détresse psychologique vécue par les personnes atteintes de cancer a des effets multidimensionnels. Cette détresse dépend de l'état général du patient, du traitement et des connaissances par rapport au diagnostic et au pronostic. (Bouvard M. 2002, p 52).

**11. Evaluation psychologiques des patients atteints du cancer :**

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

**12. Prise en charge psychologique des patients atteints du cancer :**

Le patient cancéreux nécessite une prise en charge psychologique d'autant plus que le cancer est une maladie menaçante en jeu, à plus ou moins long terme, le pronostic vital, qu'il accompagne le plus souvent de traitements difficiles et que, dans l'imaginaire collectif, son image est déplorable. Cette prise en charge doit s'effectuer tout au long de la maladie par le corps médical et l'équipe soignante. De ces rapports sont nées la psycho-oncologie qui consiste à inscrire le souci du confort moral du patient et de la qualité relationnelle avec lui comme faisant partie intégrante du projet de soins en cancérologie. L'objectif est de prévenir et de réduire autant que possible la souffrance psychologique du patient permettant ainsi d'améliorer sa qualité de vie, son adhésion au traitement, et ses relations familiales ou amicales. (Chahraoui K. 2003, p 67).

**Conclusion**

D'après tout ce qu'on a démontré sur le cancer du sein, on pourra dire que beaucoup de travail restera à faire, actuellement une femme atteinte d'un cancer du sein peut mener une vie pleine et heureuse grâce aux différents traitements, le cancer du sein reste une maladie redoutée qui nécessite un suivi et un contrôle médical et personnel continue sans oublier ; le suivi psychologique qui demeure très important à la réussite du traitement, afin de garantir l'équilibre interne psychologique du malade cancéreux.



# **Chapitre 02**

## **L'annonce diagnostic**

Préambule

L'annonce

L'annonce du diagnostic

Le lieu de l'annonce

Le moment de l'annonce

Les participants à l'annonce

Le savoir-être lors de l'annonce

Les erreurs à éviter lors de l'annonce

L'impact traumatique de l'annonce

Les suites de l'annonce

Comment annonce une mauvaise nouvelle

Comment faire entendre ce réel impossible

Souffrance des médecins, identification et mécanismes de défense

Relations entre malade, famille et médecin

Comment se comporter avec un malade atteint de cancer

Les effets de l'annonce du cancer

Conclusion

**Préambule**

Le problème de l'annonce se présente d'abord comme un problème d'éthique médicale. Le malade a-t-il le droit à la vérité ? Doit-on l'informer de toutes les conséquences de son accident dès que l'on possède les éléments de certitude suffisants ? Ou doit-on moduler les informations en fonction de l'évolution physique et psychologique du malade (ou de son environnement) ? Ainsi posé, le problème de l'annonce devient un problème de communication à analyser en considérant les trois points de vue : comment annonce une mauvaise nouvelle, Relations entre malade, famille et médecin, Les effets de l'annonce du cancer.

- 1. L'annonce :** est une partie de la conversation entre le patient et le médecin au cours de laquelle ce dernier annonce son diagnostic. Elle se situe donc après que le médecin ait établi son diagnostic, et avant une éventuelle prise en charge thérapeutique. (<http://www.conseil-national.medecin.fr>).

La consultation destinée à informer le patient d'un diagnostic ou d'une éventuelle rechute, ainsi que des traitements envisagés. Cette consultation est souvent longue, ce qui permet un réel dialogue entre le patient, ses proches et le médecin, en respectant les émotions que l'annonce peut susciter.

**1.1/ L'annonce du diagnostic :**

L'annonce initiale d'un cancer bouleverse le sentiment d'une identité propre, stable c'est intimement mêlé la fiabilité d'un corps qui change lentement, ces mouvements nécessités par les adaptations successives créent un sentiment d'insécurité profond et dans ce contexte d'extrême gravité, une angoisse d'anéantissement, de mort (Ben Susan P. 2009, p 141).

Lors de la confirmation d'un diagnostic du cancer, l'effet de choc est relaté, l'angoisse de mort aussi, elle peut réveiller une souffrance psychique bien ancrée dans le passé, ces émotions sont extrêmement présentes (Becque F. 2011, p 15).

**Le déni de la réalité du diagnostic :**

Le déni peut apparaître comme un mécanisme de défense efficace, élaboré pour se protéger d'une réalité trop douloureuse.

Son utilisation face une menace peu sévère doit faire suspecter une fragilité de l'individu pour affronter des difficultés ultérieures. En face de diagnostic et tout au long de la maladie, le thème de la mort est présent mais souvent masqué dans le discours des patients cancéreux, aussi la peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments le plus fréquemment déclenchés par la maladie (Razavli D. Delvaux N. 2002, p 73).

### **1.2/ Le lieu de l'annonce**

L'annonce a lieu dans un endroit calme, garantissant la confidentialité et la non-interruption des échanges entre le médecin et le patient (par exemple portables éteints..). Ce lieu est dans la mesure de possible chaleureux.

Ces mêmes modalités doivent être garanties quand le patient est dans une chambre d'hospitalisation. (Ruszniewski M. Rabier G. 2015, p 21).

### **1.3/ Le moment de l'annonce**

L'annonce a lieu en semaine (lundi au jeudi) à afin de permettre au patient de pouvoir contacter d'autres professionnels de santé rapidement s'il le souhaite. Elle ne devrait pas se faire en fin de soirée, au risque de laisser le malade le soir seul avec sa détresse, ses interlocuteurs étant partis. Ceux-ci doivent se montrer disponibles pour minimiser le sentiment d'abandon et de solitude qui suit souvent une telle annonce.

Si la consultation d'annonce d'une suspicion de cancer par le médecin ayant réalisé l'examen de dépistage ou d'orientation diagnostique est difficilement planifiable car souvent réalisée à la suite de l'examen, les autres consultations d'annonce doivent être planifiées et donner lieu à un temps spécifique. (Gargiulo M. 2005, p 19).

### **1.4/ Les participants à l'annonce**

Lors de la prise de rendez-vous pour la consultation d'annonce, le patient est encouragé à venir accompagner d'un proche ou, selon le profil du patient, de la personne la plus adaptée à sa situation. L'implication du proche, en plus de son soutien moral face à l'annonce, peut s'avérer très utile, l'état de sidération parfois engendré par l'annonce ne permettant pas toujours au patient d'appréhender toutes les informations communiquées par le médecin. (Galam E. 2005, p 45).

**1.5/ Le savoir-être lors de l'annonce :**

<< Si aucune recette miracle n'existe pour annoncer un nouveau grave, il y a des ingrédients indispensables que sont le temps, l'écoute et les mots choisis >> (Gargiulo M. 2005, p 69).

L'annonce de la suspicion et / ou du diagnostic d'un cancer est un moment délicat, tant pour le soignant que pour le soigné. Il est toujours difficile de dire à une personne que ses projets de vie vont être remis en cause.

L'annonce implique la disponibilité du médecin, le choix des mots, du ton et de sa posture par rapport au patient. Il est important d'instaurer une relation simple et authentique. Pour cela, le professionnel doit préparer sa rencontre avec le patient en pensant à ce qu'il sait déjà de lui, aux messages qu'il veut absolument lui passer, aux difficultés qu'il présente, à son propre ressenti. (Galam E. 2005, p 96).

En début de consultation le professionnel s'emploie à percevoir le degré d'information du patient par une posture d'écoute active de celui-ci favorisant un climat de confiance. Il est important d'amener le patient à exprimer son ressenti afin de cerner ses besoins spécifiques d'information et pouvoir ainsi lui apporter une réponse adaptée à sa singularité. C'est à partir de l'écoute du patient que le médecin peut adapter son discours et permettre la communication et l'échange. Le patient a besoin d'être entendu, compris et accompagné à son rythme. <https://www.has-sante.fr>.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée.

La notion de temps diffère pour les professionnels de santé et le patient : il faut donc laisser au patient le temps d'acheminer, d'intégrer la nouvelle et ne pas aborder trop d'informations puisque l'effet traumatique de l'annonce ne lui permet pas de tout entendre. Ceci justifie l'importance du temps d'accompagnement soignant paramédical dont l'une des finalités sera de s'assurer de la compréhension par le patient des informations communiquées par le médecin.

Il est important que le médecin adopte un ton bienveillant, qu'il emploie un vocabulaire clair, si possible positif, ou neutre, sans pour autant banaliser le diagnostic, permettant ainsi au patient de se projeter plus sereinement sur la suite de son parcours.

Le médecin est vigilant sur son langage corporel, évitant que certaines attitudes ou mouvements puissent être sujets à interprétation et n'inquiètent davantage le patient.

L'utilisation de schémas, dessins ou images peut faciliter la compréhension du patient.

En fin de consultation, le professionnel s'assure auprès du patient de la compréhension des informations données et de la réponse apportée à ses interrogations. (Ruszniewski M. 2011, p 216).

### **1.6/ Les erreurs à éviter lors de l'annonce :**

Il est important qu'aucun résultat anormal ne soit remis ou adressé au patient sans temps d'annonce.

L'annonce ne doit pas se faire par téléphone, mail ou courrier postal ni la veille d'un week-end ou d'un jour férié.

Il faut s'astreindre à adapter le niveau de langage utilisé, et éviter les termes très techniques ou un jargon médical incompréhensible pour le malade ainsi que tout vocabulaire à connotation morbide ou mortifère.

Le médecin devra également être vigilant sur les possibles contresens (exemple : résultat <<positif>> quand le résultat est anormal) et ne pas hésiter à reformuler.

### **Quelques exemples de verbiage autour de l'annonce :**

- Je sais que ce n'est pas facile d'entendre une telle nouvelle quand on ne s'y attend pas.
- J'ai bien peur que nous ayons découvert des cellules anormales.
- Je crains d'avoir une mauvaise nouvelle à vous annoncer mais il y a des solutions.
- A un proche : il y a 50% de risques qu'elle nous quitte et 50% de chances qu'elle guérisse et c'est pour ces 50% là que nous allons nous battre ensemble.
- Je sais bien que c'est dur d'entendre une telle nouvelle lorsque l'on se sent en bonne santé.
- Ce sont de mauvaises nouvelles, mais j'y crois.
- Expliquez-moi ce qui vous préoccupe le plus.
- Je comprends que vous appréhendez l'avenir mais nous allons y aller pas à pas, étape après étape.

- Cet examen a été utile car il a permis de cerner la cause de vos douleurs et aider à organiser le traitement que vous proposera le docteur X que je vais informer du résultat. (<http://www.proximologie.com>) .

## **2. L'impact traumatique de l'annonce :**

La révélation d'un diagnostic est un temps déterminant pour l'avenir du patient (enfant ou adulte) et de ses proches. Elle conditionne souvent l'acceptation de la maladie, les conditions du traitement et de la prise en charge. L'annonce d'un diagnostic grave est un événement traumatique au sens où c'est un événement de la vie du sujet qui se caractérise par sa violence. Son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il peut provoquer dans l'organisation psychique du sujet et dans ses interactions avec son entourage (<http://www-sante.gouv-fr>).

Le temps de l'annonce est un temps suspendu, qui confronte le sujet à l'indicible, à une information qui est tellement violente, tellement insupportable que le patient ne peut, dans l'immédiat, la traduire. <<En une fraction de seconde la vie bascule >> <<Rien ne sera plus jamais comme avant >>, <<Il y a le temps d'avant et le temps d'après >>.

Le patient se trouve en quelque sorte brutalement mis à nu psychiquement ce qui explique ses réactions parfois déroutantes. Ce qui est dit à ce moment la reste ancré durablement dans la mémoire et habituellement, patient et proches de malade. Se rappellent avec précision ce temps de la révélation du diagnostic (Beckmann R, 1998). Certaines annonces peuvent être apaisantes : le patient est rassuré par la présence et les propos de son médecin, d'autres peuvent être <<traumatogènes >> et renforcer la souffrance psychique du patient (impression de ne pas être considéré, de ne pas avoir toutes les informations, d'être réduit à un objet scientifique et non plus considéré comme une personne, etc.).

L'impact traumatique intervient à deux niveaux : coup, lié à l'histoire familiale, en particulier à la réactivation d'événements douloureux passés :

Deuil, maladie, séparation, conflit.

### **3. Les suites de l'annonce :**

#### **1/ Du cote du patient et de ses proches :**

Lors du premier entretien certaines personnes n'osent pas poser leurs questions ou n'arrivent tout simplement pas à mettre en mot leurs interrogations : d'autres peuvent s'imaginer que le médecin me leur a pas tout dit et être envahies par l'inquiet étude et les incertitudes.

Il est pour cela important de pouvoir proposer assez rapidement un second entretien dans le cadre d'une consultation plus ciblée sur les informations et de fixer ce rendez-vous dès la fin de la consultation d'annonce. Le dispositif d'annonce décrit dans le plan cancer 2003-2007 propose ainsi qu'une consultation avec une infirmière soit effectuée dans les suites de l'annonce initiale. Ce second temps (quelques heures à quelques jours après ' en fonction de l'état d'avancée de la maladie) permet également d'évaluer l'impact de l'annonce auprès du patient et de son entourage, et de répondre à toutes les nouvelles questions qu'il a pu se poser depuis l'annonce du diagnostic. Il est important de proposer au patient d'y associer, s'il le souhaite, des proches, (conjoint, parent) ou une personne ressource, comme le << tiers digne de confiance >> conformément à la loi du 4 mars 2002. Un temps spécifique peut être dédié aux enfants du patient malade lorsqu'il s'agit d'un adulte et à la fratrie lorsque le patient est un enfant.

Au-delà de l'annonce, le patient va devoir apprendre à vivre avec sa maladie :

Ce cheminement est très variable d'une personne à l'autre et le soutien psychologique peut être précieux pour permettre au patient de ne pas être submergé par tous ces bouleversements. La maladie, les traitements peuvent entraîner des douleurs physiques importantes, une dégradation du corps qui peuvent.

Atteindre l'image de soi et envahir l'esprit du patient qui perd alors espoir et n'a plus l'impression de contrôler ce qui lui arrive. Tous ces perturbations ont des répercussions au niveau psychologique qu'il est essentiel de prendre en charge. Si le recours à un psychologue ou à un psychiatre est encore considéré par certaines personnes comme un signe de faiblesse, la présence de ces professionnels dans les services de soins permet véritablement d'appivoiser cette approche : il ne s'agit pas de <<psychiatriser >> des réactions de souffrance psychique mais d'apporter un soutien, une écoute spécialisée pour permettre au patient de faire face à la maladie et aux bouleversements qu'elle entraîne. (Romano H. 2007, p 22).



**2/ Du cote du soignant :**

Travailler auprès de patients confrontés à la prise en charge de situations émotionnellement chargées : la souffrance psychique, la douleur physique, les inquiétudes, les inaptitudes, la mort témoignent du désarroi du patient face à son corps souffrant. Elles peuvent aussi réactiver de façon inconsciente chez les professionnelles et / ou des douleurs personnelles. La transmission d'une information relative à un diagnostic grave peut également être ressentie comme l'aveu d'une insuffisance personnelle et renvoyer à un profond sentiment d'impuissance.

Annoucer un diagnostic grave peut être d'autant plus difficile pour le médecin qu'il n'a pas été toujours fermé aux répercussions psychologiques de ce temps de la prise en charge : le médecin doit transmettre les informations au patient (et aux parents s'il s'agit d'un enfant ou d'une personne vulnérable) mais il doit aussi gérer leurs émotions et les siennes propres. Pour rester le plus humain possible et ne pas être débordé par des réactions défensives susceptibles de blesser le patient, il est essentiel de repérer ses propres limites et d'essayer de les comprendre. L'accumulation de situations émotionnellement éprouvantes peut conduire à un épuisement professionnel, tel que le médecin ne sera plus disponible pour ses patients pour lui-même, pour ses collègues et son entourage familial. (Zucker M. 2006, p 4).

**4. Comment annoncer une mauvaise nouvelle :****Objectifs pédagogiques**

Savoir les conditions psychologiques de la relation médecin patient dans l'annonce du diagnostic

Connaître les grands types de « systèmes de défense » psychologiques des malades et des soignants

Connaître la démarche réglementaire du dispositif d'annonce

Savoir comment l'adapter aux circonstances pour sa mise en œuvre pratique. (Boiron C. 2003, p 45).

**Le choc de l'annonce**

Communiquer un diagnostic de maladie grave, annoncer la récurrence d'un cancer, expliquer le bien-fondé d'un transfert en unité de soins palliatifs : l'annonce d'une mauvaise nouvelle renvoie à des situations cliniques très diverses.

Au-delà de cette diversité de situations cliniques, il convient d'explorer la dimension de choc, de malentendu, de traumatisme que comporte toute annonce d'une mauvaise nouvelle par un médecin. (Joseph B. 2002, p 63).

Le dispositif d'annonce est une mesure (N° 40) du Plan cancer (2003-2007), mise en place lors des états généraux des malades à la demande des patients atteints de cancer organisés par la Ligue nationale contre le cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie.

Le dispositif d'annonce prévoit des temps de discussion et d'explication sur la maladie et les traitements afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse ; il comprend :

Un temps médical comprenant l'annonce du diagnostic et la proposition de traitement ;

Un temps d'accompagnement soignant permettant au malade ainsi qu'à ses proches de compléter les informations médicales reçues, de l'informer sur ses droits et sur les associations pouvant lui venir en aide ;

Un temps de soutien proposant l'accès à différents soins dits de support (psychologue, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, diététiciens, assistants sociaux) ;

Un temps d'articulation avec la médecine de ville pour optimiser la bonne coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant. (Balint M. 1960, p 25).

Les recommandations, les précautions, les formations, les guides, sont indispensables et nécessaires. Ils améliorent les prises en charge. L'annonce de mauvaises nouvelles commence à devenir un objet de savoir recoupant le médical et le psychologique.

Il n'empêche, l'annonce porte en elle une part d'impossible. C'est un paradoxe car justement ce qui s'énonce dans l'annonce, c'est du réel, c'est un savoir médical sur l'existence et l'état d'avancement d'une maladie. Mais ce réel, pour votre patient, il est impossible. Impossible à entendre, impossible à intégrer, impossible à faire entrer dans son

existence, impossible à penser. Sidérant, l'énoncé de ce réel rend toute élaboration impossible. Et vous pourtant, médecins, passez vos journées à le dire ce réel, impossible à entendre. (Balint M. 1960, p 26).

### **5. Comment faire entendre ce réel impossible**

Certes, il y a souvent un temps d'attente de diagnostic, un temps d'incertitude, attente des examens complémentaires avec quelquefois des sentiments d'impatience, mais quand le diagnostic tombe, même si le patient s'y est préparé d'une certaine façon, c'est un choc, un coup de poignard, une effraction psychique. Il y a, toujours, cette dimension de traumatisme dans l'annonce. Cela ne veut pas dire que ce moment d'annonce se passe mal.

Le médecin peut être clair, précis, gentil, compatissant, attentif. Le patient, lui-même, peut pressentir le diagnostic ou la rechute, exprimer ses craintes. Il n'empêche, sur un plan psychique, au moment de l'annonce, votre patient traverse de l'insoutenable. Ce que vous savez de sa maladie et ce que vous devez lui dire (même dit clairement, progressivement, même entendu et compris par le malade) et bien, cette annonce demeure impossible, parce que psychiquement il ne peut pas l'entendre.

Le patient peut en parler, mais comme sujet, il ne peut pas intégrer cette mort à l'horizon dans la maladie qui s'annonce, même s'il sait aussi qu'il existe des traitements efficaces. (Hannel P. 2008, p 78).

### **6. Les mécanismes de défense**

Alors un certain nombre de mécanismes se mettent à fonctionner, quelquefois de façon consciente, d'autres fois à l'insu d'un sujet, il s'agit dans ce cas de processus psychiques inconscients qui se mettent en place pour préserver le sujet d'une réalité qu'il ne peut entendre.

De par leur rôle d'amortisseurs et leur fonction d'adaptation, ces processus défensifs sont indispensables au malade pour temporiser et se ménager un temps de latence essentiel pour affronter le réel et revenir à une demande, même si cette demande peut paraître insolite ou même franchement insupportable.

Quand le patient retrouve des mots pour symboliser ce réel, il peut se défendre psychiquement par le déni le plus souvent : « J'ai l'impression que le médecin parle de quelqu'un d'autre, ce n'est pas possible... ».

Ces premiers mots enfin prononcés signent le début d'une reprise de l'état de choc, du retour du sujet, du début de la symbolisation, même sous la forme d'un déni massif.

Du fait même que l'on parle, le langage fait obstacle à la communication. Le sujet s'exprime par des mécanismes qui opèrent à son insu, venant perturber le bel ordonnancement voulu par la communication (lapsus, gestes ou contrôles, mouvements du visage, yeux humidifiés...). (Manonni M. 1991, p 189).

D'autres formes de mécanismes de défense peuvent apparaître, comme :

Le déplacement : « Je ne supporterai pas de me retrouver chauve. »

La rationalisation : « Je sais ce qui a déclenché cette maladie, et je saurai la combattre>>.

Une forme de régression : « Je vais m'en remettre à vous tous... »

D'agressivité : « Vous êtes tous inhumains, incompetents, menteurs, on m'avait annoncé que j'étais guéri et je rechute. »

Avoir cette connaissance de mécanismes de défense est essentielle, pour les médecins, pour supporter des attitudes parfois très difficiles de la part des malades. Il s'agit pour le médecin d'entendre la demande, c'est-à-dire la parole d'un sujet, sans y répondre formellement. Ainsi vous aiderez votre patient à cheminer vers l'acceptation de ce réel. (Hannel p. 2008, p 51).

## **7. Souffrance des médecins, identification et mécanismes de défense**

Mais on ne reconnaît pas suffisamment l'angoisse qui étreint le médecin au moment de l'annonce. Le médecin doit annoncer une mauvaise nouvelle à un malade qu'il voit pour la première fois mais souvent aussi qu'il connaît très bien. En raison d'une trop grande proximité, d'un lien affectif qui s'est noué au fil de l'évolution de la maladie, le médecin appréhende les réactions de son patient. L'annonce est un moment délicat, redoutée souvent, angoissant parfois.

Ce qui se dégage le plus dans la clinique auprès des médecins c'est le fait que ces derniers sont « victimes » d'identification au malade. Il y a souvent effet de surprise. Comme ce médecin qui me racontait : « J'ai ouvert le dossier d'une malade, je savais qu'elle était médecin, mais j'ai surtout été choqué car je suis tombé sur sa date de naissance qui, à un jour près, est la mienne. »

L'identification est un mécanisme assez particulier. Ses effets ne sont pas précis. Ils peuvent prendre un caractère d'étrangeté. Ce médecin était assez flou : « Ça ne va pas trop, je suis mal à l'aise avec les patients, j'hésite... Pourtant, franchement, la "psy" ce n'est pas mon truc, je ne suis pas du genre à trop m'écouter. D'habitude j'aime mon travail. Mais là je ne sais pas, il y a quelque chose qui cloche depuis quelque temps. » (zittoun R. 2007, p 95).

### **Le rôle peut jouer de la famille**

La survenue d'un cancer dans une famille est souvent génératrice d'angoisse. La façon dont est ressenti l'événement est un révélateur de la structure familiale. Face à la maladie, chacun des membres de la famille réagit à l'égard du malade selon sa propre angoisse, mais aussi selon son positionnement au sein de la famille, selon les liens affectifs qui l'unissent au malade et aux autres membres de la famille.

L'impact du cancer sur les relations familiales est très différent en fonction de ces éléments. Le médecin éventuellement aidé d'un psychologue doit gérer au mieux ces différents cas de figures. Il est néanmoins un certain nombre de règles générales essentielles à considérer. (<http://psycholohanalyse.com>) .

### **8. Relations entre malade, famille et médecin**

1 - Dans l'extrême majorité des cas, le malade est prioritaire. C'est à lui de décider ce qui le concerne directement. Le médecin doit donc répondre essentiellement et prioritairement à la demande du malade, s'il veut garder sa confiance. Le médecin pourra alors ne pas répondre à toutes les demandes de la famille et seulement à celles qui ont été validées et acceptées par le malade.

2 - La famille est souvent elle-même bouleversée. Négliger cet état de fait est une erreur. D'où la nécessité que le médecin éventuellement aidé du psychologue adopte une attitude de compréhension et d'aide psychologique à l'égard de la famille. Avec l'accord du malade, il est donc recommandé que la famille assiste aux consultations ou tout au moins aux consultations essentielles (par exemple le choix d'un nouveau traitement).

3 - Le médecin doit tenir le même discours au malade et aux membres de sa famille, afin de ne pas marginaliser le malade et perdre sa confiance. Sauf en cas d'urgence ou pour des raisons exceptionnelles, la famille n'a pas à avoir de contact direct avec le médecin, sans l'accord du malade.

4 - Dans tous les cas, lutter contre l'angoisse de la famille est essentiel. Car l'angoisse de la famille aggrave celle du malade. L'angoisse de la famille n'est pas nécessairement identique à celle du malade. Elle peut varier dans le temps. C'est au moment du diagnostic et du début des traitements que le malade a le plus besoin de soutien.

5 - Tout malade atteint de cancer se bat contre la maladie pour guérir. Il n'a donc pas forcément l'angoisse de la mort que peut ressentir sa famille ou ses proches. Par contre, il a éventuellement celle de subir les traitements qui lui sont imposés. Le médecin doit rassurer le malade.

6 - Il est des cas particuliers liés à l'âge. Ainsi l'enfant malade ne redoute pas forcément certains gestes thérapeutiques, mais la perte des activités habituelles liées à son âge. Il peut, en raison de la maladie, se culpabiliser et avoir peur de perdre l'amour et la confiance de ses parents. Il faut veiller à ce que la vie considérée comme « normale » à cet âge soit préservée au mieux des possibilités. La maladie ne doit pas altérer la relation de l'enfant avec ses parents. Il est donc nécessaire que ceux-ci demeurent toujours très proches de l'enfant.

A l'inverse, la personne âgée malade peut redouter, plus que la mort, de subir des traitements qu'elle considère comme de l'acharnement thérapeutique, si elle juge qu'elle a assez vécu. Il faut que le médecin respecte cet aspect, en adoptant les traitements au vécu personnel de chaque malade.

7 - Il est exceptionnel que la survenue d'un cancer déstabilise par elle-même la structure familiale. Généralement, l'annonce d'un cancer consolide la structure familiale autour du malade et favorise une solidarité entre les membres de la famille. Cependant, la survenue d'un cancer peut amplifier une dysharmonie latente et provoquer une réaction de fuite d'un conjoint. (Lachal C. 2006, p 23).

## **9. Comment se comporter avec un malade atteint de cancer**

Tout cancer « appartient » au sujet qui en est atteint. C'est donc à l'écoute du malade et non à l'écoute de ses propres sentiments qu'il faut être.

Respecter ce que pense le malade de sa maladie est prioritaire. Certains malades préfèrent ne pas en parler. Certaines personnes nient même l'existence de leur maladie ; c'est ce qu'on appelle une dénégation ou déni. Il faut respecter un tel déni, c'est-à-dire ne pas transgresser l'interdit que ces malades se sont fixés, tout en leur donnant les informations

suffisantes, afin que malgré un tel déni, ils acceptent leur traitement. D'autres malades préfèrent parler de leur maladie. Il faut d'abord et avant tout savoir les écouter pour pouvoir leur répondre justement. Le discours doit rejoindre celui du médecin oncologue. Il y a ici trois règles :

1 - Il est inutile de prononcer le mot « cancer », lorsque la maladie est connue et acceptée du malade. On peut simplement parler de maladie. Il ne sert à rien d'insister sur ce terme qui a une résonance particulière de gravité.

2 - Il ne faut jamais prédéterminer avec certitude l'évolution de la maladie. Même si le pronostic apparaît sévère, il peut y avoir des exceptions et à l'inverse, une guérison peut ne pas être totalement certaine.

3 - Il faut toujours garder espoir. Seul l'espoir permet de lutter contre la maladie. (Richardson E, M. Schüz N. 2017, p88).

### **Que faire pour aider un malade ?**

La règle d'or est d'être à l'écoute du malade, de répondre à ses demandes si elles sont formulées ou de les sentir ou les anticiper. Si elles ne le sont pas. Tout est ici affaire de sensibilité et de jugement.

La maladie et les traitements fatiguent. Cette fatigue peut être physique, psychologique ou les deux.

Il est bien d'aider le malade dans ses démarches administratives, de l'accompagner à ses consultations ou séances de traitement, de le décharger en partie des problèmes quotidiens. Il est nécessaire de tenir compte des nouveaux horaires du malade, imposés par les traitements, la fatigue, l'évolution de la maladie ou le programme thérapeutique. Dans la mesure du possible, il faut savoir adapter sa propre vie quotidienne aux capacités de résistance du malade et à ses désirs.

La grande majorité des malades demande qu'on les comprenne, qu'on comprenne le combat qu'ils mènent et leur souffrance. Plus rarement certains malades préfèrent rester seuls, la solitude faisant office de rempart contre la maladie. Cette solitude peut être motivée par le fait qu'ils ne veulent pas déranger, imposer leur maladie aux êtres chers afin de les protéger contre les inconvénients qu'ils occasionnent et les souffrances qu'ils traversent. Dans de tels cas, certaines personnes peuvent se sentir coupables vis à vis de leur famille d'être malade. De

telles situations doivent être gérées avec tact. Tout en respectant l'isolement du malade, il faut être à son écoute en faisant preuve de prévenance. (Joseph B. 2002, p 123).

### **10. Les effets de l'annonce du cancer**

1/ L'annonce du cancer vient bouleverser la temporalité psychique du patient. Dans ce contexte de rupture, le travail du psychologue se révèle essentiel pour aider le sujet à aborder les questionnements induits par cette effraction du réel. Cette annonce peut avoir un retentissement immédiat, six mois après ou bien des années plus tard. C'est donc dans un espace-temps singulier et propre à chaque patient que doit s'inscrire la rencontre.

2/En dépit des avancées dans le dépistage et les traitements, le cancer reste une maladie redoutée en raison des représentations qu'elle véhicule : mort, souffrance, traitements longs et pénibles. Le cancer est « ce produit de l'incontrôlable et de l'absurde qui vient figer le temps ou l'accélérer face à l'échéance d'une mort perçue comme prochaine » (Clément H. Paillaud. 2008). En premier lieu, le temps de l'annonce du cancer est surtout consacré aux aspects concrets des soins à venir. Le corps médical fait une proposition thérapeutique qui ne laisse guère de place à la réflexion face à « l'urgence » de débiter un traitement. Dans ce contexte, il se peut que survienne une fracture entre la poursuite linéaire du temps physique et la temporalité psychique du sujet. Là où le patient se voit questionné par l'annonce et l'expérience de la maladie, par les angoisses qu'elle engendre, il importe que le sujet en quête de sens trouve l'espace et le temps pour exprimer ses craintes et ses interrogations. Il s'agit de faire une place à la vie psychique du sujet, à sa temporalité propre, au temps nécessaire pour l'élaboration signifiante. Ainsi, l'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic de cancer, en prenant notamment en compte l'aspect psychologique, est devenue une mesure emblématique depuis le Plan cancer 2003-2007. Nombre de psychologues ont été engagés dans le cadre de ce plan cancer dans l'optique d'être partie prenante du dispositif d'annonce. Cependant, les modalités d'intégration du psychologue ne font pas l'objet d'une formalisation arrêtée. « Le psychologue peut se présenter spontanément au début de la prise en charge et proposer une aide éventuelle, dans l'immédiat ou dans l'avenir, pour [le patient] lui-même ou pour ses proches. Cette offre doit rester une proposition et ne jamais revêtir un caractère obligatoire ( <http://www.e-cancer-fr>) .



**Conclusion**

Ces résultats confirment l'intérêt de la structuration du dispositif d'annonce du diagnostic de cancer et l'impact positif de ce dispositif pour les personnes malades. Ils incitent à la poursuite de travaux d'évaluation de la réponse apportée par les dispositifs d'accompagnement par rapport aux besoins et attentes des personnes malades. Ils montrent l'importance de la parole donnée aux personnes atteintes de cancer et de la mise en place d'un recueil facilité de cette parole pour adapter au mieux les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge.

# **Chapitre 03**

## **Les réactions psychologiques**

Préambule

Les réactions psychologiques à la maladie

**1/** les réactions psychologiques liées au malade

Réaction anxieuses

Attitudes de régression et de dépendance

Attitudes de minimisation, négation et refus de la maladie

Réaction d'ordre narcissique

Réaction dépressives

Attitudes agressives et prosécutives

Le caractère pathologique de la réaction

L'adaptation

**2/** réaction de la famille

**3/** réaction sociales

**4/** réaction psychologique face au cancer

Conclusion

**Préambule**

Chaque être humain est intimement concerné par la maladie, que ce soit comme menace potentielle, comme réalité à vivre pour soi ou comme souffrance d'un être cher.

Dans ce chapitre on va aborder les réactions psychologiques liées au malade, réaction de la famille, réaction sociales et réaction psychologique face au cancer, et puis la conclusion du chapitre.

**1. Les réactions psychologiques à la maladie :**

Dépendent de facteurs liés à la maladie elle-même, les maladies chronique soulèvent des problèmes différents de ceux posés par les maladies aiguës, les maladies graves mobilisent profondément la psychologie individuelle par une brusque résurgence de l'angoisse de mort. (Marie C. 2001, p 7).

**2. Les réactions psychologiques liées au malade :****2.1/ Réactions anxieuses :**

Elles sont fréquentes.

L'état de maladie représente pour l'individu une menace vitale et une atteinte de l'intégrité du moi.

Elle est liée à la peur de la mort, la souffrance, l'altération des liens affectifs et / ou sociaux

L'anxiété associe des manifestations psychiques, somatiques et comportementales.

L'anxiété témoigne en général d'un processus normal d'adaptation aux contraintes et aux conséquences de la maladie.

Lorsqu'elle est pathologique, l'anxiété nécessite d'être traitée.

L'anxiété est un processus normal d'adaptation aux contraintes et aux conséquences de la maladie. Elle peut être pathologique lorsqu'elle est disproportionnée. (Jeammet PH. 1996, p 548).

**2.2/Attitudes de régression et de dépendance :**

Il s'agit des réactions les plus banales

Cette régression peut se traduire par une réduction des intérêts, un égocentrisme, une dépendance vis-à-vis de l'entourage et des soignants, un mode de pensée magique (croyance en la toute-puissance du médecin, du médicament).

La régression est un processus normal et nécessaire car il permet au patient de s'adapter à la situation nouvelle de maladie.

Elle peut aussi être utile au processus thérapeutique (observance du traitement par exemple). (Jeammet PH . 1996 , p 548).

### **2.3/ Attitudes de minimisation négation et refus de la maladie :**

Ces réactions sont courantes.

Elles peuvent aller jusqu'à des attitudes de négation et de refus de la maladie reposant sur des mécanismes de déni ou de déni.

#### **Le déni de la réalité :**

Permet de ne pas reconnaître une part plus ou moins importante de la réalité externe.

#### **La déniégation :**

Le patient minimise la gravité de son état et rationalise sa maladie qui <<est due à un surmenage passager>>

Ces deux mécanismes sont des entraves à la consultation, au diagnostic et au traitement. (Jeammet PH. 1996, p 549).

### **2.4/ réactions d'ordre narcissique :**

Le narcissisme définit le caractère de << tout inviolable, impérissable, important, capable et digne d'être aimé >> de l'individu.

La maladie menace l'intégrité de l'individu et induit des réactions variables sur son narcissisme certains patients se sentent avant tout blessés et vivent une expérience de << faille narcissique >>.

Certains la surmonteront en se repliant sur eux –mêmes et en accentuant leur égocentrisme, alors que d'autres développeront des thèmes dépressifs associés à la crainte de ne plus être dignes d'être aimés. (Alouane M -L. 2020, p 57).

**2.5/ réactions dépressives :**

Elles sont fréquentes au cours des maladies chroniques et / ou sévères et sont dues à une confrontation avec la mort et un sentiment d'impuissance.

Les réactions dépressives, peuvent être favorisées par des facteurs biologiques, lésionnels et thérapeutiques. L'attitude de l'entourage face à la maladie influe sur l'apparition et l'entretien de la dépression.

Les réactions dépressive peuvent être exprimées par le malade (sentiment de dévalorisation, d'incomplétude, de fatalité avec abandon de tout projet et de tout souhait) ou masquées par des plaintes en particulier somatiques ou un refus de soins. (Alouane M, L. 2020, p 57).

**2.6/ Attitude agressives et persécutrices :**

L'agressivité est un autre mode réactionnel à la perception d'une menace.

D'expressions variables : passive, verbale voire physique.

L'agressivité peut aussi témoigner d'un sentiment d'injustice et de persécution et se traduit par une révolte, le sujet exprimant son mécontentement, son hostilité à l'égard d'un sort injuste, du milieu familial et de son médecin traitent.

Cette réaction du malade pourrait provoquer la contre agressivité du personnel médical si celui – ci ignore l'existence de ce mode de réaction du malade à sa maladie. (Balint M. 1996, p 145).

**2.7/ Le caractère pathologiques de la réaction :**

Il y'a pas de stratégie défensive idéale vis-à-vis de la maladie.

Le caractère pathologique de la réaction et la nécessité d'une intervention thérapeutique seront en général les suivants :

La souffrance du patient et son inadaptation à la situation.

Le caractère inhabituel de la réaction dans son intensité.

Le caractère inhabituel de la réaction dans sa durée. (Balint M. 1996, p 145).

**2.8/ l'adaptation :**

Elle est évidemment la réaction que le soignant souhaite et attend du patient.

On entend par adaptation, non pas une acceptation passive et une soumission aux contraintes de l'hospitalisation, mais une attitude souple et équilibrée du malade qu'il lui permet de changer son mode de fonctionnement habituel, sans pour autant se désorganiser. (Balint M. 1996, p 145).

En fait, il accepte de renoncer à son indépendance à ses activités habituelles

**3. Réactions de la famille :**

Le groupe familial peut avoir les mêmes réactions que celles du malade lui-même (atteinte narcissique, déni, agressivité, isolation ...etc.)

Lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'une personne âgée, les réactions sont importantes :

Le déni : ou refus de la maladie, recherche et vagabondage médical, soins à l'étranger, rakis car c'est le seul moyen de revendiquer des sentiments dans une société où la pudeur ne laisse aucune place à l'expression de l'affection.

Réaction du <<tout ou rien>> : intérêt excessif au début de la maladie ou tout est tenté. Puis lorsque la chronicité de la maladie s'installe plus rien n'est fait : abandon du traitement, des suivis et de toute la prise en charge médicale.

Le désespoir : est à la mesure de l'espoir de guérison observé au début de la maladie. (Mokhtari A. 2021, p 93).

**4. Réactions sociales :**

Les institutions qui interviennent dans la prise en charge de la maladie (hôpitaux, assurances, polycliniques, laboratoires, service de radiologie ...etc.) fonctionnent comme si les tous venants à prendre en charge sont des sujets bien – portants

Elles ne répondent pas à la demande de la population malade.

Elles sont vécues comme agressives et frustrantes :

Mauvaise qualité de l'accueil

Encombrement des guichets

Saturation des consultations

Aucun respect des horaires des rendez-vous

Information inexistante, partielle ou insuffisante

Absence d'hygiène et de confort

Exiguïté des locaux

Ces multiples difficultés aggravent le sentiment de dévalorisation accentué par la maladie.

Ces aléas vont augmenter l'agressivité et les revendications et diffusent une mauvaise image des institutions médicales.

Les difficultés de la vie urbaine (rerté du transport ; les bruits incontrôlés ; les encombrements permanents dans tous les espaces publics ; ainsi que l'éloignement puis la dispersion des lieux de soins vont aggraver les insatisfactions. (Mokhtari A. 2021, p 93).

## **5. Réactions psychologiques face au cancer :**

**La peur de mourir :** est déclenchée par le mot << cancer >> qui appelle dans les mentalités l'idée d'une maladie à haut risque de mortalité.

Dans ce contexte, les informations apportées ou non au malade lors des diverses étapes de sa maladie sont à double tranchant.

Elles peuvent l'aider à vivre ce qu'il a à vivre ou lui apporter des souffrances supplémentaires.

De toute façon dès que le mot << cancer >> est évoqué << quelque chose >> se vit aux trois niveaux neurophysiologiques du langage de la douleur que sont la représentation, l'expression et la communication. (Alouane M-L. 2020, p 60).

**La peur d souffrir :** parait en relation avec la notion que la maladie cancéreuse est une maladie qui tue << à petit feu >>, contrairement à un infarcteur du myocarde par exemple.

Cette peur de souffrir est renforcée par le fait que les douleurs sont encore trop souvent insuffisamment calmées, ce qui engendre des difficultés avec l'entourage.



Les soignants de leur côté vivent avec un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité les douleurs incontrôlables ou incontrôlables de leurs malades.

Il s'en dégage un sentiment de frustration dans la relation avec le malade qui perd confiance dans les soignants du fait de la persistance des douleurs. (Alouane M-L. 2020, p 60).

**La peur de la mutilation :** est particulièrement présente lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée.

Les conséquences psychologiques d'une perte d'organe dépendent de ses représentations et de l'investissement affectif dont l'organe est l'objet.

L'idée de perdre la rate, le poumon, le testicule, le sein, l'utérus ou un orteil ne déclenche pas les mêmes difficultés d'acceptation mais quelle que soient les représentations liées à un organe, et l'investissement du patient sur celui-ci, toutes les mutilations déterminent une autodépréciation que le cancéreux aura à affronter.

**La peur d'une modification de l'image corporelle :**

Ou de son << look >> habituel est souvent accrue par les informations plus ou moins formulés, plus ou moins comprises que le patient enregistre sur la toxicité de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

Les modifications de l'apparence physique sont perçues comme une routine par les soignants, alors qu'elles sont vécues comme un stigmate du cancer, une révélation de maladie grave et menaçante par l'environnement familial et social.

La personnalité du malade peut être gravement perturbée par les modifications de son image corporelle : refus de la chimiothérapie ou suicide en raison de la perte des cheveux, de la barbe .... (Alouane M-L. 2020, p 60).

**Conclusion**

Ce sont ces raisons et autres, qui parfois accentuent la symptomatologie psychiatrique qui se développe souvent en parallèle avec la maladie somatique.

La collaboration des praticiens hospitaliers ou privés est dans ce cas indispensable.

Rapprocher les consultations du malade avec son médecin suffit largement à désamorcer l'angoisse et son cortège de réactions psychologiques pathogènes.

Dans d'autres situations, de soins, les actions du médecin généraliste sont plus complexes et dépassent ses possibilités pour y faire face tout seul.

L'introduction d'une << psychologue >> peut faire à lui seul, un travail liaison afin d'écouter la malade et sa famille. Il peut également, aider à garantir le bon fonctionnement des équipes médicales.

Surtout lorsque les difficultés psychologiques entravent réellement le bon déroulement des activités médicales.

Il est inutile d'affronter le patient en insistant sur la gravité de son affection Il faut respecter celle réaction comme étant un mécanisme de protection nécessaire.

# **La partie pratique**

# **Chapitre 04**

# **Méthodologie**

**Préambule**

Pour effectuer une recherche il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation puisque la méthodologie fait partie des procédures de recherche, elle dépend des postulats que le chercheur considère valides, par ce que la méthodologie sers son instrument pour analyser la réalité étudiée.

Notre thème de recherche porte sur les réactions psychologiques à l'annonce d'un cancer du sein chez la femme.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle, on s'est basée pour effectuer.

Notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude et les outils de recherche.

**1. La méthode de recherche****La pré-enquête**

La pré-enquête permet de recueillir des informations sur le thème de notre recherche ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses et permet de cancer le thème de recherche en vérifiant sa faisabilité par la suite.

Cette étape nous a permis de préciser et de sélectionner notre population d'étude qui répond aux exigences de notre thème qui est << les réactions psychologique à l'annonce d'un cancer du sein chez la femme >>.

**L'enquête :**

<< L'enquête, c'est la phase de vérification systémique des hypothèses. Elle compose la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats >>. (Blanche et Cotman. 2007, pp 24-25).

Elle consiste à poser des questions a un vaste échantillon propose de leur comportement ou de leur opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews. (chihraowi et Benny. 2003, p 131 – 132).

**2. Présentation du lieu de recherche :**

L'approche du terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique elle constitue une base d'informations sur le sujet étudié.

Mon stage s'est déroulé à établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'oud Ghir dans la wilaya de Bejaïa intitulé (HANAT RABAH), qui est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est placé l'autorité du wali créé par le décret exécutif n°19-169 du 29 mai 2019.

L'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'oud Ghir.

La consistance phasique de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'oud Ghir est établissement public de santé classe C.

**Il a pour missions :**

- de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population.
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation en psychiatrie.
- d'appliquer les programmes nationaux de santé.
- d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les Fléaux sociaux.
- d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

L'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de oud Ghir peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de oud Ghir est à vocation régional, organisé en services et unités par un arrêté du ministre chargé de la santé (arrêté n°59 DU 21/08/2019 °.

\* Service de pédopsychiatrie qui comprend deux 05 unités

- unité hospitalise ferme
- Hospitalisations homme (ouverte)
- Hospitalisation femme (ouverte)

- Lutte contre la toxicomanie
- Urgence psychiatre
- \* Service de pédopsychiatre qui comprend deux 02 unités
- Hospitalisations
- Urgence et consultations
- \* Pharmacie qui comprend 02 unités
- Gestion des produits pharmaceutique
- Gestion des dispositifs médicaux

Notre enquête s'est déroulée à l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de Oud Ghir de (29/01/2023 au 14/03/2023) 05 jour par semaine. Notre groupe de recherche se compose de cinq (05) cas.

Nos entretiens avec 05 sujets ont été réalisés au niveau du bureau de la psychologue. Dans un élément de confiance après explications et présentation des personnes participantes (consentement libre et éclairci).

### **3. La méthode clinique**

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individu. Une attention est spécialement portée à la parole du sujet sur l'information attribuée par lui, de plus la spécificité des méthodes cliniques dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations qu'elle tente de regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle (PEDDINIELLI J-C . 1994 , p 70).

La méthode clinique consiste en l'adoption d'une certaine attitude selon le problème à étudier et les fins visées dans chaque recherche pour pouvoir décrire et définir les réactions psychologiques à l'annonce chez les cancéreux de sein on a procédé à l'utilisation de deux techniques de recherche, la première est un entretien clinique et la seconde est un questionnaire général de l'annonce.

**4. Présentation les caractéristique de la population d'enquête :****Sélection de notre population d'étude :**

Pour élaborer cette recherche on a choisis 05 cas de femme atteinte d'un cancer du sein âgée entre 32 à 55 ans issus de différentes catégories sociales.

Critères d'homogénéités retenus :

**Sexe :**

Tous nos cas sont des femmes.

**Les sujets cancéreux :**

Patientes atteintes d'un cancer du sein et tous ont subi une ablation du sein (mastectomie).

**Situation familiale :**

Il y'a 3 cas sont mariée.

Un cas célibataire.

Un cas divorcé.

**5. Présentation Le groupe de la recherche :**

Notre échantillon est composé de 05 cas atteinte de cancer du sein est le

Tableau suivant résume les principales caractéristiques de ce groupe :



**Tableau :** présentation du groupe de recherche

Cas	Nom	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Situation matrimonial
1	Salima	36ans	Universitaire	Enseignante au primaire	Mariée
2	Karima	45ans	D'instruction est moyen	Femme au foyer	Mariée
3	Sara	32ans	terminal	Travaille à l'administration	Célibataire
4	Saliha	55ans	Secondaire	Photographe	Mariée
5	Lewiza	40ans	1 ère AS	Femme de ménage	Divorcée

### Lecture du tableau N° 01

**L'âge :** la plupart des femmes de notre échantillon se situe dans la tranche (32-55) ans, ceci nous permet de dire que les femmes âgées qui sont plus touchés par le cancer du sein.

La totalité des femmes interviewées sont mariées, nous enregistrons une femme sans enfants, et aussi les autres femmes avec des enfants dans le nombre varient entre (2-5).

Pour ce qui est de niveau d'instruction nous enregistrons que, la moitié des femmes malades sont d'un niveau primaire, aussi parmi nos malades interviewées uniquement une patiente qui a un niveau universitaire.

La majeure partie de nos interviewées sont d'emblée sans profession, y'auna une femme qui travaille.

## 6. Présentation les outils utilisés

### 1/ l'entretien clinique

L'entretien : défini comme l'action d'échanger les paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue, ce terme implique dans deux démentions essentielles : interaction et discursive. ce terme clinique est à l'origine

un terme médical, issu du grec qui signifie lit et l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique, du surf et en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, et aussi constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

D'aide ou de soins psychologiques.

De diagnostic ou d'évaluations psychologiques.

Ou de recherches cliniques.

L'entretien clinique, l'entretien non directif (l'entretien libre) et l'entretien semi directif, c'est ce dernier et le type pour lequel on a opté dans notre recherche.

L'entretien s'appelle aussi interview, alors l'interview, alors l'interview dans le langage courant révèle souvent un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondie (Chiland C. 1983, p 118).

L'entretien est une technique directe utilisée pour interroger des individus isolément, mais aussi dans certains cas, des groupes, de façon semi-directive, qui permet de faire un prélèvement qualitatif en vue d'une connaissance en profondeur des personnes rencontrées, cette technique de recherche est tout indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir à travers la singularité de chaque rencontre, des causes communes à leurs comportements. (Angers M. 1996, p 140).

## **2/ l'entretien semi-directif**

L'attitude non directif qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers.

Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique.

Entretien semi-directive, le chercheur dispose d'un guide d'entretien préparé à l'avance mais non formulé d'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Benny H. chaharaoui K. 2003, p 65).

## 7. Présentation le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, selon Blanchet A << il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide , le clinicien peut formuler et prépare la consigne à l'avance – celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets , elle est généralement soigneusement préparer et le clinicien veille à ce que formulation ne soit pas inductive le guide l'entretien comprend aussi les axe thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance , toutefois celle-ci ne sont pas posés d'une manière directe , il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur maîtrise son thème . (Fernandez L. et catteew M. 2001, p 77).

Ce guide d'entretien comprend cinq axes qui servent de trame pour l'entretien lors des entretiens, les thèmes sont abordés de manières spontané et guide nous permet de vérifier, à la cour de l'entretien, si toutes les questions que nous souhaitions posées avaient été abordées.

Le guide d'entretien que nous avons élaboré est constitué de 05 axes qui sont

Axe 01 : les informations personnelles.

Axe 02 : les informations sur l'histoire de la maladie.

Axe 03 : les informations avant et pendant la maladie.

Axe 04 : les informations concernant le coté relationnelle familial et sociale.

Axe 05 : les informations de vision de la vie.

## 8. Présentation l'échelle de Beck BDI- II :

On a choisi l'échelle de Beck étant donné que notre travail tourne autour des les réactions dépressive chez les femmes attient ..... , en plus de ça cette échelle est en harmonie avec l'arrière –plan théorique adopté dans notre mémoire.

**8-1/ Historique :**

Durant 35 ans, (Beck Dépression Inventorie) a connu un succès sur le plan international pour connaître la gravité de la dépression chez les sujets diagnostiqués comme dépressifs et de la repérer chez les sujets normaux. Ainsi, les 21 symptômes et attitudes retenus dans le BDI par Beck et AI en 1961, provenaient des descriptions verbales des patients et ne s'appuyaient pas sur une théorie de dépression : En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI-IA ou ils ont établi la version définitive en 1978. Cependant, le travail d'élaboration du BDI-II était établi en 1994. (Beck A-T. 1998, p 1-3).

**8-2/ Temps de passation :**

Après le mode de passation en générale 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le *protocole, c'était également la durée moyenne d'une passation BDI-LA (Ball, Archer et Imhof, 1994)* des patients souffrent d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnelles peuvent prendre plus du temps. (Beck A-T. 1998, p 5-4).

**8-3/ Utilisation clinique :**

C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population adulte, il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression, plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994. Le nom BDI II est d'estimé à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostique du DMS. IV. II peut être donné à partir de l'âge de 16 ans.

**8-4/ Mode de passation :**

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie, il peut entourer dans une série plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

**8-5/ Cotation :**

Chaque item est constitué de 4 phases correspond à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores 21 items. (BOUVARD M. et Cottereaux J. 2002, p 182- 186).

**8-6/ Notes seuils en BDI II :**

<b>Note totale</b>	<b>Niveau</b>
(0-11)	Pas de dépression
(12-19)	Dépression légère
(20-27)	Dépression modérée
(28-63)	Dépression sévère

**Tableau n°2 : type de dépression selon l'échelle de Beck****Les difficultés rencontrées dans l'élaboration de la recherche :**

La difficulté d'interroger cette catégorie de personnes.

La difficulté de traduire les informations recueillies en langue française.

Manque d'expérience sur le terrain.

La difficulté de prendre note.

La difficulté de trouver un lieu de stage, sachant qu'il existe un seul service d'oncologie au niveau de la wilaya de Bejaia.

**Conclusion**

Tout travail de recherche demande de suivre une méthode et quelques règles et technique de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation du travail de recherche.

A travers ce chapitre, on a tenté de présenter certaines règles et étapes à suivre qui aident à mieux planifier et organiser un travail de recherche afin de pouvoir analyser et d'interpréter les résultats et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

# **Chapitre 05**

## **Présentation et analyse**

**Préambule**

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche :

**Présentation et analyse des entretiens :****1/ présentation du 1<sup>re</sup> cas :**

Salima âgée de 36 ans, marée, deux enfants, son niveau d'instruction universitaire, elles enseignent au primaire. Elle suit des séances de chimiothérapie.

**Analyse de l'entretien :**

Salima est une femme courageuse elle a accepté facilement l'entretien avec nous.

Concernant les réactions psychologiques de son milieu social, elle nous a déclaré que son mari a accepté aussi sa maladie. Et elle a appuyé ce fait par cette déclaration : « Il m'a accompagné à la salle de la chimiothérapie ».

Le cancer du sein a été diagnostiqué au mois de mai 2019. Salima a subi en 8<sup>ème</sup> séance de la chimiothérapie, elle a vécu sa vie sans problème de santé. Avant d'entamer l'entretien, on a remarqué que salima est très calme.

Pour la découverte de sa maladie elle nous a raconté << un jour j'ai senti une boule au niveau de mon sien mais je m'ai pas consulté un médecin j'avais peur après deux mois, je suis allée chez la gynécologue, elle m'a demandé de faire la mammographie, je l'ai faite par la suite j'ai fait la biopsie et les résultats ont démontré que je suis atteinte du cancer du sein >>.

Le moment d'annonce ce n'est pas le médecin qui m'a parlé de ma maladie, mais je l'ai su par ce qu'il a dit. Lorsque les résultats sont sortis, le médecin a appelé mon mari et lui a dit d'amener votre femme. Les résultats sont sortis. Lorsque nous étions dans la salle de consultation, le médecin a demandé de faire un RAM et scanner, puis j'ai su que c'était la maladie. Maintenant, ma tante avait les mêmes symptômes. Celle que j'avais était une patiente atteinte d'un cancer du sein, alors j'ai dit à un médecin que si elle avait un cancer, il a répondu : << c'est le décret et le destin de Dieu, mais ne vous inquiétez pas, vous guérez, si Dieu le veut. >> J'avais peur et pleurais, mais mon mari ne m'a pas quitté.

Sa réaction du l'annonce de la maladie c'est un choc car elle n'a jamais attendu ou bien imaginé qu'elle put atteindre mais elle avait peur toujours du cancer et elle ne put pas.

L'entendre même pas à la télé ou à la radio elle dit << j'étais très choquée, j'ai senti la terre tourne autour de moi, j'ai passé deux jour dans ma chambre, je veux ni manger ni parler, je vais la vie en noire, je n'ai jamais imaginé que je serai un jour atteinte >>.

Salima a refusé au début l'ablation de son sein symbole de la féminité et de la maternité et de la sexualité elle dit << j'ai refusé l'idée de perdre mon sien qui représente le symbole de féminité, comme je n'oserai me mère à poil devant mon marie >>. La chirurgie m'a laissé des cicatrices ça soit physique ou moral.

Durant notre entretien on a remarqué qu'elle n'a pas accepté sa maladie car elle dit << je n sais pas pourquoi je suis atteinte pourquoi moi, je mérité pas >>.

La vie de salima à changer complètement Dupuis l'annonce de sa maladie.

Elle a abandonné ses activités quotidiennes elle a quitté don travail elle souffre physiquement des effets de la chimiothérapie, chute de cheveux, manque d'appétit, elle a trouvé un soutien par son marie dans tous les côtés, malgré lui aussi est affecté ce que on a remarqué durant notre entretien mais malgré le soutien de son marie elle est toujours triste et désespéré.



**3- présentation des résultats de l'échelle de Beck :**

	0	1	1J	1B	2	2J	2B	3	3J	3B
1								+		
2					+					
3		+								
4								+		
5	+									
6		+								
7		+								
8	+									
9		+								
10								+		
11	+									
12	+									
13					+					
14					+					
15					+					
16	+									
17		+								
18								+		
19		+								
20								+		
21		+								

**Analyse de l'échelle de Beck :**

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquant que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle dans le cas de salima sont considérés énormes des signes indicateurs de la dépression chez elle , on constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés est très élevés , ceci dit que plusieurs signes montrent ce cas dépressif chez le sujet , on trouve aussi des items qui comptent un score de cas , ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle

On trouve dans l'item n°18 qu'elle comporte un score (3) , on souligne qu'il manifeste une modification de l'appétit , l'item n° 20 sur la fatigue , l'item n°1 sur la tristesse , l'item n°4 sur la perte de plaisir , l'item n°10 sur la pleurs , l'item n°2sur la pessimisme , l'item n°13 sur la indécision , l'item n°14sur la dévalorisation et l'item n°15sur la perte d'énergie au sexe qui comporte un score (2).

Les signes qui indiquent un score (0) et (1) sur les échecs dans le passé et l'item n°6 sur le sentiment d'être puni, l'item n°7 sur les sentiments l'item n°9 sur la pensées ou désirs de suicide, l'item n °11 sur la agitation l'item n°12 sur la perte d'intérêt et l'item n°21sur la perte d'intérêt pour le sexe.

### **Conclusion du cas :**

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de Beck avec une note de 30 située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère, ci concerne les résultats de l'échelle par le fait que toute les réponses aussi les items ont un score supérieur à 0 à part 05 items, sa dépression se focalise dans la perte d'intérêt envers tous et le sentiment d'avoir complètement gâché la vie.

### **2/ présentation du 2 ème cas :**

Karima est une femme âgée de 45 ans mariée, elle a quatre enfants, c'est une femme au foyer, son niveau d'instruction est moyen, elle a subi une mastectomie du sein droit, elle suit des séances de la chimiothérapie.

### **Analyse de l'entretien :**

Au début de l'entretien Karima était angoissée et dépressive mais peu après, elle s'est familiarisée avec nous et elle répondait spontanément à nos questions.

Avant sa maladie Karima avait une idée sur le cancer d'une manière générale et le cancer du sein en particulier , pour cette dernière le cancer égale à la mort , c'est la fin de la femme elle dit << avant quand on entend le mot cancer ça veut dire la mort , aucun espoir >> mais quand Karima a rencontré des cas qui sont atteintes de cancer du sein est qu'ils sont générés avec le temps elle a changé cette idée , Karima a repris l'espoir de guérison elle affirme << maintenant je me suis pas comme avant , j'ai un espoir pour guérir>>.

Karima a su que la mère de sa belle-sœur est atteinte de cancer du sein depuis cette dernière est devenu dépressive et pensive elle avait peur d'être atteint aussi, elle pense

toujours à elle ça lui arrive même de sentir des douleurs à la poitrine mais elle avait aucun symptôme, alors elle a décidé de faire une mammographie le diagnostic a démontré qu'elle avait un cancer qui nécessite une ablation.

Quand le médecin lui annonçait qu'il doit enlever le sein, elle a pensé que c'est la fin c'est la mort A ce moment-là elle pense qu'à ses enfants, les harem aux yeux, elle a dit << à ce moment-là je veux votre juste mes enfants, parce que j'ai dit que c'est la mort >>.

L'annonce de sa maladie est un vrai choc elle dit << pour moi c'est un choc >>.

Karima fait toujours la palpation du sein, elle fait toujours attention, mais pour elle c'est le destin elle nous raconte << toujours je fais attention mais c'est le maktoub >> Elle m'a jamais pensé qu'elle va vivre une expérience douloureuse semblable. Karima a retrouvé un soutien moral de la part de son mari, pour lui.

Le moment de l'annonce, le médecin m'a appelé et m'a demandé d'aller le voir car les résultats sont apparus, et à son arrivée, il a dit que vous deviez récupérer vos résultats pour une opération, puis j'ai réalisé que j'avais un cancer du sein.

L'annonce de la maladie de sa femme était un grand choc, mais il est courageux, il affirme qu'il reste toujours à ses côtés.

La première personne à qui Karima c'est confiée, c'est son marée cette dernière était choqué.

Après avoir su la maladie de Karima la relations avec sa famille c'est rapproché beaucoup plus qu'avant. Elle a reçu une aide matériel de la part de son frère.

Ce dernier a interprété ce geste comme étant un acte charité, elle dit << mon frère m'a beaucoup aidé mais comme chafaka >>.

L'entourage est les voisins de Karima ne sont pas au courant, elle a caché la vérité de sa maladie, elle ne veut pas que les gens sachent qu'elle est atteinte de cette maladie, Karima ne veut pas répondre aux questions donc elle évite tout le monde (isolement sociale).

Elle parte juste avec sa mère et sa sœur.

Depuis sa maladie tous a changé dans sa vie, elle dit << depuis ma maladie, tous a changé dans ma vie >> Karima ne peut pas faire des taches ménagers comme avant, elle souffre du moment que sa fille unique travail.

Avant elle aimait beaucoup sortir, assister aux fêtes maintenant, elles ne sont plus Karima était très sociable mais maintenant, elle évite tout le monde et elle n'aime pas parler, même avec ses enfants et son mari.

La vie conjugale de Karima notamment sexuelle s'est détériorée. Elle n'éprouve aucun sentiment, envers son mari à cause de l'ablation de sein, l'enquête nous a dit << je suis devenu timide suite à la perte de mon sein malgré que mon mari m'accepté telle que je suis >>

Sa maladie a touché beaucoup sa féminité elle se sent handicapée, elle dit << je sens que je suis handicapé>>.

**3- présentation des résultats de l'échelle de Beck :**

	0	1	1J	1B	2	2J	2B	3	3J	3B
1					+					
2					+					
3	+									
4		+								
5		+								
6		+								
7					+					
8					+					
9								+		
10					+					
11					+					
12								+		
13		+								
14					+					
15					+					
16							+			
17					+					
18					+					
19					+					
20								+		
21								+		

**Analyse de l'échelle de Beck :**

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items indiquent une dépression chez elle. On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés. Ceci dit que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet.

On a remarqué que dans l'échelle du cas Karima, l'item n°9 sur la pensée ou désirs de suicide, l'item n°12 sur la perte d'intérêt, l'item n°20 sur la fatigue et l'item n°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe. Comporte un score de (3) et l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi et comporte un score de (2).

Ainsi elle a obtenu dans l'item n°1 sur la tristesse , l'item n°2 sur la pessimisme , l'item n°7 sur la sentiments négatifs envers soi-même , l'item n°10 sur la pleurs , l'item n° 11 sur la agitation , l'item n°14 sur la dévalorisation , l'item n°15 sur la perte d'énergie , l'item n° 16 sur la modifications dans les habitudes de somme , l'item n° 17 sur l'irritabilité , l'item n° 18 sur la modifications de l'appétit et l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer un score de (2).

Les signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de (1) représentent l'item n°4 sur la perte de plaisir, l'item n°5 sur les sentiments de culpabilité, l'item n°6 sur la sentiment d'être puni, l'item n°13 sur l'indécision.

**Conclusion du cas :**

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck avec une note de 40 située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère , ça concerne les résultats de l'échelle par le fait que toutes les réponses aux items ont un score supérieur à (0) à part un items , sa dépression se focalise sur une inquiétude sur sa famille par rapport à son état de santé physique et morale et elle a gardé ses inquiétudes au fond d'elle afin d'éviter l'angoisse à ses enfants.

**Présentation du 3ème cas :**

Sara est une jeune fille âgée 32 ans elle est célibataire, elle est la petite sœur dans la famille, d'un niveau d'étude BAC, elle travaille dans l'administration.

Atteinte d'un cancer du sein depuis deux ans en 2021. Elle a subi une mastectomie sein gauche depuis un an et demi.

**Analyse de l'entretien :**

Sara a accepté facilement de participer à notre recherche, l'entretien avec elle s'est déroulé dans un bureau calme pour travailler dans des bonnes conditions.

Sara ne s'exprime pas aisément ses réponses sont courtes malgré sa sensibilité nous avons fait un entretien.

Sara a découvert une boule au niveau de son sein gauche, qui ne lui faisait pas mal aussi elle a ressenti des bouffées de chaleur, ces derniers l'ont poussé à consulter un médecin gynécologue.

Le moment de l'annonce, lorsque les résultats du test sont sortis, je suis allé avec mon frère et sa femme pour voir les résultats. C'est le médecin qui m'a parlé de ma maladie, il m'a dit que j'avais un cancer du sein. Je ne m'attendais pas à cette mauvaise nouvelle car je pensais avoir un kyste, et quand je l'ai entendu, mes larmes ont explosé et je me suis mis à crier, pourquoi moi.

Il lui a demandé un bilan spécifique, dont les résultats étaient positifs. Il lui a annoncé le diagnostic d'un cancer du sein, sous l'effet de choc, elle n'a pas accepté le constat de son médecin.

Sara nous a dit que « le cancer pour moi égale la mort » Elle a annoncé aussi que à cause de cette maladie j'ai découvert un autre monde, j'ai fait connaissance de nouvelles personnes je suis devenue plus indépendante et libre.

Quelques mois après, le médecin annonce la décision d'une ablation qui demeure nécessaire. Sara n'a pas accepté facilement de faire l'opération. Avec le soutien de son frère et sa sœur malgré l'attitude blessante de sa belle-sœur elle a fini par accepter l'intervention. Et même la relation de couple elle n'a pas accepté.

Ce que nous avons noté durant notre entretien avec Sara c'est le fait qu'elle a été trop calme elle exprime rarement ses sentiments.

**3- présentation des résultats de l'échelle de Beck :**

	0	1	1J	1B	2	2J	2B	3	3J	3B
1								+		
2					+					
3	+									
4	+									
5		+								
6		+								
7					+					
8					+					
9	+									
10					+					
11	+									
12		+								
13								+		
14	+									
15	+									
16								+		
17	+									
18	+									
19		+								
20								+		
21	+									

**Analyse de l'échelle de Beck :**

D'après l'analyse de l'échelle de Sara , on a constaté qu'elle souffre d'une dépression modérée avec la note 23, en effet plusieurs réponses ont donc un score élevé dans l'item n°1 sur la tristesse à un score de (3) , un autre signe indicateur de la dépression chez le sujet , la fatigue à l'item n°20 , l'item n° 13 sur l'indécision et aussi d'un score élevé malgré les autres scores qui sont très bas et qu'ils comptent un score (1).

D'après les scores marqués par le sujet, le pessimisme à l'item n°2, les sentiments de culpabilité à l'item n°5 et les sentiments d'être puni à l'item n°6, la perte d'intérêt à l'item n°12 et l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer.

Les items précédents sont des réponses qui prennent des scores importants d'après ce que le sujet a répondu, on trouve aussi c'est la perte du plaisir, les sentiments négatifs envers soi-même à l'item n°7, les attitudes critique envers soi à l'item n°8 et l'item n°10 sur les pleurs qui compte un score de (2).

C'est ce nombre considérable de signe indicateur qui poussent Sara à avoir une dépression modérée par le fait que plusieurs items comptent des scores très élevés, ou moyens, et quelque items avec des scores (1) en générale presque une moitié se trouve avec des (1) jusqu'à (3).

#### **Conclusion du cas :**

L'analyse de l'entretien et l'échelle de BED II indique que le sujet souffre d'une dépression modérée et ça concerne les résultats de l'échelle et la dépression chez le sujet sur l'angoisse de mort.

#### **4/ présentation du 4ème cas :**

Saliha est une femme âgée de 55 ans mariée, elle a cinq enfants, son niveau d'instruction est secondaire, photographe, elle a cancer du sein depuis cinq mois elle a subit une mastectomie elle suit des séances de la chimiothérapie.

#### **Analyse de l'entretien :**

Avant sa maladie le mot cancer représente pour Saliha la mort, mais quand elle est atteinte, elle classe sa maladie comme les autres maladie concernant sa maladie elle nous raconte << j'ai fait la mammographie avant l'apparition des symptômes, le diagnostic a démontré que j'avais un nodule de 0,03 mm mais le médecin à souligner que c'est rien une année après, j'ai découvert un nodule et j'ai dit ce n'est pas grave car j'ai fait la mammographie auparavant, après j'ai remarqué qu'il a grandi, alors je suis allée chez la gynécologue, elle m'a conseillé de faire une biopsie, et les résultats ont démontré que je suis atteinte de cette maladie >>.

Le moment de l'annonce, le médecin est venu à mon lieu de travail et m'a apporté les résultats des analyses, a dit qu'il m'enverrait chez un bon médecin pour faire des bon



consultation , alors j'ai su que c'était cette maladie maligne le cancer , ma réaction était la peur et les pleurs .

Saliha connaissait bien la maladie car elle a des antécédents familiaux, et sa réaction à l'annonce n'était pas beaucoup choquée quand elle a trouvé un module au niveau de son sein, elle a douté de cette maladie mais elle accuse le médecin qu'elle a fait un retard.

Saliha a accepté facilement l'ablation de sein car elle peut rien faire elle dit << on n'a pas le choix, l'essentielle on guérit >> la famille de Saliha est au courant de sa maladie, leur réactions étaient à grand choc, car le cancer pour ces derniers c'est la mort, mais Saliha a eu le courage, et elle connaît bien sa maladie du moment au sa tante a décédé par le cancer du sein elle a déjà vécu cette expérience.

La relation conjugale n'était pas bien avant et après sa maladie, elle s'est empiré après la maladie, Saliha m'a trouvé aucun soutien de son marié depuis notre entretien, on a trouvé Saliha est très sociable, courageuse, elle est devenu dépressive et triste elle dit << je suis courageuse mais l'environnement m'a découragé>>.

**3- présentation des résultats de l'échelle de Beck :**

	0	1	1J	1B	2	2J	2B	3	3J	3B
1								+		
2		+								
3	+									
4		+								
5	+									
6	+									
7		+								
8	+									
9	+									
10					+					
11		+								
12	+									
13	+									
14	+									
15					+					
16							+			
17	+									
18	+									
19	+									
20					+					
21					+					

**Analyse de l'échelle de Beck :**

D'après l'analyse de l'échelle de Beck on constate que saliha représente une dépression légère avec une note de 17.

Ce qui est remarquable dans les réponses de saliha est que la majorité d'entre eux ont un score minimum de (0), dont on trouve 11 réponses telles que l'item n° 3 sur l'échec dans le passé, l'item n° 8 sur l'attitude critique envers soi et l'item n°18 sur modifications de l'appétit.

Le reste des réponses est presque répartie, celles qui ont un score de (1) et (2) comme l'item n°4 sur la perte du plaisir et l'item n°7 sur les sentiments négatifs envers soi-même, et l'item n°10 sur les pleurs et l'item n°11 sur l'agitation et l'item n°15 sur la perte d'énergie et l'item n°20 sur la fatigue et la perte d'intérêt pour le sexe n°21.

**Conclusion du cas :**

L'analyse de l'entretien montre que ce sujet a représenté une dépression persistante durant les premiers temps de sa maladie elle est diminuée avec le temps. Ainsi, l'échelle indique que saliha représente une dépression légère avec une majorité de réponses avec un score minimum.

**5/ présentation du 5ème cas :**

Lwiza âgée du 40 ans divorcé avec deux garçon, son niveau d'instruction est première AS, elle est femme de ménage dans un hôpital.

**Analyse de l'entretien :**

Au début de l'entretien on a remarqué que lwiza est une femme sociable, elle parle avec toutes les patients, elle a accepté facilement l'entretien avec nous.

Le mot cancer a lwiza signifie la mort, le choc elle dit << le mot cancer veut dire choc, la mort >>.

Elle est la première à avoir cette maladie dans la famille, elle est atteinte depuis une année, elle a déjà entendu parler de cette maladie à la télévision quand on parle de cette maladie, elle éteint la télévision car elle en veut pas entendre, Elle a peur c'est un cauchemar, c'est une maladie incurable.

Pour la découverte de sa maladie-elle raconté << j'étais dans la salle de bain j'ai remarqué qu'il y'a un nodule au niveau de mon sein , je suis allée chez un médecin généraliste , il m'dit << c'est un kyste , qu'il faut l'enlevé , il m'a donné un traitement , après quinze jours je suis allée chez la gynécologue , elle m'a donné un traitement , et après j'ai fait les analyse , la mammographie , la biopsie et les résultats ont montré que je suis atteinte >> .

Le moment de l'annonce, c'est le médecin et l'infirmière qui m'ont parlé de ma maladie. Le médecin a demandé à l'infirmière d'apporter les résultats des analyses, et son voix était faible. J'ai ressenti une grande peur, quand elle est arrivée, le médecin dit << Nous ne savons pas de quoi nous allons tomber malades, car tout est entre les mains de Dieu. >> Puis j'ai su que j'avais un cancer, je ne lui ai pas laissé l'occasion de le dire directement, je me suis évanoui, et quand je me suis réveillé, j'ai beaucoup pleuré et j'ai été choqué.

On la posé la question à propos de sa réactions à l'annonce elle dit << j'étais trop choquée, je ne suis pas comment je vous l'imaginai c'est un grand choc >>.

Pour sa réactions au traitement qu'elle a reçu au cours de cette période elle dit << la chirurgie m'a fait mal, ça soit au côté physique au psychique >> et pour la chimiothérapie elle dit << c'est très fatigant, j'ai perdu mes cheveux >>.

Sa maladie c'est un choque n'est pas seulement pour elle mais aussi pour sa famille et même pour son entourage. D'après l'entretien qu'on a fait avec cette patient ont remarqué que elle a accepté sa maladie elle dit << j'ai pleuré, j'ai crié après j'ai dit c'est le dieu qui me l'a donné ce n'est pas une personne alors, j'ai croyais au dieu et j'ai accepté ma maladie >>. On a l'a posé la question sur qu'est-ce que à changer dans sa vie elle nous a dit << tout à changer, avant je vois la vie belle et maintenant je la vais noire, j'étais ambitieuse et maintenant je n'ai pas d'espoir, je de vivre >>. Et sur l'état physique elle dit << j'étais très dynamique, travailleuse et maintenant, je me peux pas faire des tâches ménagers comme avant >>.

Pour sa relations conjugale elle dit << ma mère, je sors avec lui, il me donne le courage, celui qui me donne l'espoir pour continuer >>. On a remarqué que sa relation conjugale est super et elle nous a dit << je ai dit à ma mère, si je te vois désespéré, je vais désespérer plus que toi >>. Pour ses relations elle dit << je n'aine pas parler avec les gens, ils me complexant avec leurs reproches meskinent >>

**3- présentation des résultats de l'échelle de Beck :**

	0	1	1J	1B	2	2J	2B	3	3J	3B
1					+					
2								+		
3								+		
4					+					
5		+								
6	+									
7					+					
8		+								
9	+									
10								+		
11					+					
12		+								
13	+									
14		+								
15					+					
16		+								
17		+								
18					+					
19								+		
20								+		
21								+		

**Analyse de l'échelle de Beck :**

Les résultats obtenus dans l'échelle BED II indiquent que le sujet est atteint dans tous les items d'une dépression sévère avec une note de 36, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle du cas de lwiza sont courée degré comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On a constaté que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés, ceci dit que plusieurs signes montrent les cas dépressifs chez le sujet.

On trouve huit qui comptent un score de (2) et trois items qui comptent un score de (3), ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle.

A l'item n°1 qui compte un score de (2), on trouve qu'il manifeste la tristesse et l'item n°4 sur la perte de plaisir, l'item n°7 sur les sentiments négatifs envers soi-même, l'item n°11 sur l'agitation, l'item n°15 sur la perte d'énergie et l'item n°18 sur les modifications de l'appétit, ainsi l'item n°2 sur le pessimisme, l'item n°3 sur les échecs dans le passé, l'item n°10 sur les pleurs, l'item n°19 sur les difficultés à se concentrer et l'item n°20 sur la fatigue qui compte un score de (3).

Les signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de (1) représentent l'item n°5 sur les sentiments de culpabilité, l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi, l'item n°12 sur la perte d'intérêt, l'item n°14 sur la dévalorisation, l'item n°16 sur les modifications dans les habitudes de sommeil, l'item n°17 sur l'irritabilité.

### **Conclusion du cas :**

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck avec une note totale 36 située entre 28 et 63 indiquant que le sujet souffre d'une dépression sévère.

### **Discussion des hypothèses :**

Celle-là est consacrée à la discussion des hypothèses à nos deux variables sur lesquelles est focalisée notre étude.

Les modalités et les réactions psychologiques d'annonce du diagnostic d'un patient atteint du cancer du sein c'est : le choc, la négation du refus, la colère du désespoir, l'adaptation, la solidarité, le stress et la dépression.

La première réaction à l'annonce de la maladie ou on trouve la majorité des femmes sont choquées par l'annonce de leur maladie, surtout chez les femmes qui n'ont pas donné ou n'ont pas attendu cette maladie.

La femme qui a annoncé par sa maladie, la première des choses qui elle passe dans sa tête c'est comment vivre par cette maladie, comment le mari va réagir, comment la famille et l'entourage la regarde, la peur du rejet. Ce qui l'amène à cacher sa maladie.

La deuxième réaction après la maladie ou la femme se porte un comportement de l'isolement sociale et même l'évitement de son conjoint car elle se montre honteuse de la perte de son sein symbole de la sexualité, et par le regard des autres << Maskint >>.

Vue :

Le choc de l'annonce

L'isolement social

La détérioration de la relation conjugale

Cacher la maladie

On a constaté que les cas présentés dans cette étude présentent une dépression qui diffère dans l'intensité d'un cas.

Donc d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle de Beck BDI II pour la mesure de la dépression, notre hypothèse est la suivante ; la réaction dépressive chez les femmes atteintes d'un cancer du sein après l'annonce du diagnostic.

Effectivement, nos cinq cas ont confirmé notre hypothèse, car tous ces derniers ont montré la présence d'une dépression variante d'un cas à un autre, d'une dépression sévère, modérée ou légère.

On n'a pas trouvé de cas qui ne présente pas de dépression dans les résultats de l'échelle de Beck. Les cas qui ont présenté une dépression sévère sont : salima, Karima, lwiza. Les cas qui ont présenté une dépression modérée : Sara. Les cas qui ont présenté une dépression légère : Saliha.

Notre hypothèse à propos des femmes atteintes d'un cancer du sein à la réaction psychologique est confirmée et non absolue car les résultats de notre groupe de recherche ne représentent qu'un petit échantillon.

Il est très important de souligner que l'entourage familial et social a une grande influence sur la capacité des femmes à faire face à leur maladie à travers les renforcements positifs qu'elle reçoit, qui les aident à modifier les cognitions et les perceptions négatives envers soi et envers leur maladie. Notre hypothèse ; « les réactions psychologiques à l'annonce d'un cancer du sein chez la femme », elle a été aussi confirmée bien que les patients recevant une chimiothérapie ressentent à la fois un inconfort somatique et une instabilité psychologique.

# **Conclusion**

## **Générale**

## Conclusion générale

---

Le cancer est une maladie grave mais aussi une maladie qui fait peur et qui est souvent assimilé à la mort ; elle affecte l'individu dans son corps mais aussi dans son psychisme. Au cours de notre travail nous avons pu observer que les réactions maladie cancéreuse lors de l'annonce diagnostic souffrez d'un le choc et la dépression.

Ce travail est réalisé à base d'une recherche bibliographique, d'une visite sur le terrain et de quelques observations faites durant la pré-enquête et des résultats obtenus à partir de la passation des entretiens et des échelles.

Pour tous les cas rencontrés, nous avons constaté des symptômes dépressifs tels que la tristesse, la fatigue, et la perte d'intérêt.

Il est aussi à signaler que nous avons aboutis aux résultats désirés à travers cette recherche du faite qu'on a confirmé nos hypothèses.

De plus ,les femmes atteintes d'un cancer du sein ont besoin d'être bien soignées et de bénéficier des traitements de qualité et elles ont besoin d'informations d'ordre médical pour connaitre et surtout comprendre les différents traitements et les besoin d'être écoutées d'exprimer leurs émotions, leurs inquiétudes, leurs peurs.

Nous avons choisi ce thème pour encourager les femmes à mieux gérer leur choc et leur dépression face au dépistage du cancer du sein par ce que c'est une étape très importante qui permet de découvrir des cancers suffisamment tôt pour qu'ils puissent être traités avec sucée car le cancer du sein est une pathologie curable si elle est dépistée à temps d'où l'intérêt d'encourager les femmes à faire le dépistage et surtout donné l'importance au suivis psychologique pour ces femmes.

Pour conclure, on espère qu'à travers cette recherche nous put ouvrir de nouvelles perspectives sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures telles que :

L'angoisse de mort chez les cancéreux.

L'image du corps chez les cancéreux.

Les stratégies de copine du patient face au cancer.



# **Bibliographie**

- 1 - Alouani, M, L. (2020) << Réactions psychologique face au cancer >>. Faculté de médecine Ferhat Abbas – Sétif.
- 2 - Angers, M. (1996) << Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Ed casbah, Algérie.
- 3 - Babinton, S. Wynne, C. (2003) << Oncologue service correspondance >>. Australien Radiologie.
- 4 - BACQUE M, F. (2011) << Annonce un cancer >> paris PUF.
- 5 - BAIZE, N. (2008) << Féminité et cancer du sein approche particulière de l'annonce en cancérologie >> in Bulletin du cancer Vol 95, N° 9.
- 6 - Blanchet, A. Cotman, A. (2007) << L'enquête, et ses méthodes l'entretien >> Armand colin, paris.
- 7 - Balint, M. (1960) << Un médecin, son malade et la maladie >> Payot, paris.
- 8 - Balint, M. (1996) << Un médecin, son malade et la maladie >> trad., J, P. Val abrège 7 ° éd, petite coll. Payot, paris.
- 9 - Barruel, F. (2005) << Réalésions sur l'accessibilité du psychologue en cancérologie >> Rue France.
- 10 - Beck, A, T. Steer, R, A. et Brown G, K. (1998) << BDI-II manuel, Inventaire de dépression de Beck, 2 Ed, les éditions du centre de psychologie appliquée, paris.
- 11 - Benzidine, N. (2004) << Cancer du sein diagnostic et traitements >>, Edition OPU, Alger.
- 12 - Ben soussan, P. (2009) << Les souffrance des malades du cancer >>springer, paris.
- 13 - Boiron, C. (2003) << Témoignage d'un médecin cancérologue psycho oncle.
- 14 - Bouvard, M et Coller eaux, J. (2002) << Etude psychométrique de l'inventaire d'estime de soi sociale >>.
- 15 - Buckman, R. (1998) << S'associer pour parler, l'art de communiquer des mauvaises nouvelles >> Inter Editions.

- 16 - Bumb, M. (2017) << Breaking Bed News: An Evidence-Based Review of communication Models for oncology.
- 17 - Castioni, J. et al. (2015) << L'annonce de mauvaises nouvelles en bionne médico-infirmier : mise en pratique en médecine interne >> Revue médicale suisse 5.
- 18 - Clément Hryniewicz, N. Papillaud, E. (2008) << Quand le mot cancer fait trauma Réalèse autour de l'annonce diagnostic de cancer >> psycho-oncologie.
- 19 - Chahraoui, K. (2003) << Méthodes Evaluation de recherche en psychologie clinique >> 1<sup>er</sup> édition, Dunod, paris.
- 20 - Chiland, C. (1983) << L'entartions critique>> Ed, PUF, paris.
- 21 - Docker, G. (2009) << Face à la maladie grave-quelle écoute possible >> Séminaire d'été d'espace analytique : Réel, symbolique imaginaire, paris.
- 22 - Delehedd, M. (2006) << Que sait-On du cancer ? >> Ed science France.
- 23 - Djamaoune, S. Kirouane, A. (2022) << L'estime de soi chez les femmes atteintes du cancer du sein >> Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme psychologie clinique, Bejaia.
- 24 – Gargiulo M. (2005) << L'annonce d'un diagnostic grave. Abstract neurologie-numéro 45>>.
- 25 - Galam E. (2005) <<Annonce une mauvaise nouvelle, comment assurer sa place et y rester >> La revue du praticien-Médecine générale.
- 26 - Ghera, K. Guermouche, M. (2021) << La perception du soutien social chez les femmes mammectomies >> Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme psychologie clinique, Bejaia.
- 27 - Guyotat, J. (1978) << psychothérapies médicales collection médecine et psychothérapie >> Masson, paris.
- 28 -Hannel, P. (2008) << Guérir et mieux soigner, Feyer >>.
- 29 - Haynal, A. pasini, W. Archibald, M. (1997) << Médecine psychosomatique >> 3<sup>o</sup> Édition, Masson, Paris.

- 30 - Hélène, B. (2008) << Ethique et annonce de diagnostic informer ou l'art de mettre les formes >>.
- 31 - Jeannette, PH. Et al (1996) << Psychologie médicale >> coll. AB règles Masson, paris 2 éd.
- 32 - Jean-Claude, A. (1994) << Pratique sociales et représentation 1ère, édition PUF, paris.
- 33 -Joseph-Jeammeney, B. (2002) << La famille le médecin et le psychologue >> Edition Odile Jacob.
- 34 - Kasmi, S. Khalid, F. (2017) << L'image du corps chez les femmes mammectomies suite un cancer du sein étude de quatre (04) cas >> travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme psychologie clinique, Bejaia.
- 35 - Lachal, C. (2006) << Ce partage du traumatisme- Grenoble : la pensée sauvage.
- 36 - LANAC, J. (2002) << Le CONTEP. Génécologie >> paris.
- 37 - Lehto, R, H. (2012) << The challenge of Escist ential issues in Acute care >>.
- 38 - Luporsi, E. Dugarin, L. (2007) << Comprendre le cancer du sein >> 1ère réédition, Institut national du cancer, paris.
- 39 - Mannoni, M. (1991) << Le nommé et l'innommable >> Denoël, paris.
- 40 - Marie, C. (2001) << Bases psychopathologiques de la psychologie médicale >> Service de psychiatrie et de psychologie médicale CHU Angers.
- 41 - Marx, E & Reich, M. (2009) << Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse >>.
- 42 - Masson, C. Pouchain, D. Rosenzweig, C. Gay, B. (1997) << Le suivi du patient cancéreux. Exercer >>.
- 43 - Mokhtari, A. (2021) << Réaction psychologiques face à la maladie aigue et chronique >> Maitre-assistante en psychiatrie EHS ER-RAZI Annaba.
- 44 - Morin, Y. (2011) << Le petit Larousse de médecine >> Larousse, paris.
- 45 - Morero, J. (2007) << Cancer de sein >> Springer, France.

46 - Nicole Daly, S. (2008) << Suivi accompagnement des patients traités pour cancer >> Elsevier Masson SAS Rue Grands-Augustins, 75006 paris.

47 - OMS (2022) << Rapport sur le cancer du sein, organisation mondiale de la santé >> <http://www-who.int/cancer/events/breast.cancer.mont/Fr/index.html>.

48 - Pujol, J-L. Merle, J-P. Arnaud, E. (2014) << Le mot qui faisait trauma. Analyse qualitative des principales unités signifiantes après le diagnostic de cancer et leur regroupement thématique >>.

49 - RAZAVID ET DELVAUX, N. (2002) << Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille >> Edition Masson, paris.

50 - Richardson, E, M. Schulz, N. Sanderson, K. (2017) << Illness representations coping, and illness outcomes in people with cancer a systematic review and meta-analysis: systematic review illness representation in cancer >>.

51 - Romano, H. (2007) << Intervention medio-psychologique immédiate. Stress trauma.

52 - Ruznieuski, M. (1995) << Face à la maladie grave >> Editions Dunod.

53 - Sanglier, I. (2009) << Cancer du sein : questions et réponse au quotidien >>.

54 - Valanchon, H. (2010) << Femmes et cancer : récit de malade >> Harmattan, paris.

55- Zelek, L. (2010) << Aimer à vivre après un cancer >>.

56 - Zeitoun, R. (2007) << La mort de l'autre >> Dunod.

57 - Zucker, M. (2006) << La relation médecin- malade en oncologie pédiatrique >> éditions études freudiennes. Paris.

#### Sites internet

[http://psychanalyse.lu/articles/salmonella\\_Heidegger\\_la\\_can.htm](http://psychanalyse.lu/articles/salmonella_Heidegger_la_can.htm).

[www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359-com>

[www.gustaveroussy.fr](http://www.gustaveroussy.fr)

<https://www.pactoncan-differents-types-de-cancer-du-sein>

[http://www.has.santé.fr/portail/upload/docs/applicatios/PDE/2008-10/mauvaise\\_nouvelle\\_VF.PDF](http://www.has.santé.fr/portail/upload/docs/applicatios/PDE/2008-10/mauvaise_nouvelle_VF.PDF).

<http://www.proximologie.com/globassets/proximologie2/pdf/formation/fmc-annonce-mop.pdf>.

L'organisation mondiale de la santé (2021)

# **Annexe**

## **Guide d'entretien avec les femmes atteintes de cancer de sein**

### **Axe 1 : information personnelles :**

- 1/ quelle est votre nom ?
- 2/ quelle âge avez-vous ?
- 3/ quelle est votre niveau d'instruction ?
- 4/ quelle est votre profession ?
- 5/ ou est-ce que vous habitez ?
- 6/ est-ce que vous êtes marié ? A quel âge ?
- 7/ combien d'enfants avez-vous ?

### **Axe 2 : information sur l'histoire de la maladie :**

La rencontre avec la maladie :

Quand avez-vous su votre diagnostic ?

Par qui ? (le professionnel : médecin, infirmier, psychologue....)

Où ? (Dans un bureau, le couloir, la salle de consultation, la salle d'attente ...)

Contenu de l'annonce ? (les phases ou les mots ....)

Comment ? (Etiez-vous seules ou accompagné ? aviez-vous des explications ?

Combien de temps a duré la rencontre ?

Quelle a été votre réaction immédiate ? (pleurs, choc,....).

Aviez-vous cherché un autre avis médical ?

Sur le plan professionnel ? (congé de maladie, conséquence sur la carrière .....

Sur le plan économique ? (dépenses ....)

Sur le plan familial ? (les réactions de l'entourage)

Comment votre entourage a-t-il réagit à votre maladie ?



Votre conjoint ? Avez-vous reçu un soutien de la part de votre famille (conjoint, enfants, parents ....) ?

De votre conjoint ? Comment s'est manifesté ce soutien ou ce manque de soutien ?

Comment votre mari vous aide ? Est-ce qu'il vous soutient psychologiquement, il vous dit quoi ?

Est-ce que vous remarqué qu'il y a un changement dans votre relation conjugale ou intime ?

De vos enfants, parents ou fratrie ? Comment s'est manifesté ce soutien ou ce manque de soutien ?

### **Axe 03 : Les informations avant et pendant la maladie**

De l'équipe médicale (médecin, infirmier, psychologue).

Une association : quelle est votre avis de cette association ? Et comment elle vous a aidé ?

Est-ce que vous bénéficiez d'autres aides appart l'association TOUDERT

Quelle genre d'aide et l'orientation avez-vous bénéficié de la part de l'état ?

### **Axe 04 : Les informations concernant le coté relationnelle familial et sociale**

Comment vous-vous sentez actuellement ?

Sur le plan physique et psychologique (maladie, traitement ...).

Comment vivez-vous votre traitement ? (chimiothérapie, médicaments).

Est-ce que vous avez fait une ablation du sein ?

Comment été votre réaction quand le médecin vous a parler de l'ablation ?

Parlez-moi des conséquences actuelles de ces traitements sur votre vie (intimité corporelle, relation conjugale sommeil, appétit, humeur) ?

Est-ce que vous vous sentez triste ou désespérée durant ces derniers mois ?

Avez-vous des difficultés de sommeil ou des cauchemars ?

Est-ce que vous avez des crises de panique durant ces derniers mois ?

**Axe 05 : Les informations de vision de la vie**

Quelle est votre vision de la vie ?

Comment imaginer vous votre avenir ?

Sur le plan de la santé

Sur le plan professionnel

Sur le plan social et familial

Pour les célibataires : qu'est que vous pensez du mariage ?

Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

## **Résumé**

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme non seulement dans les pays occidentaux mais également en Algérie. Malgré les progrès thérapeutiques, il reste un cancer grave avec de graves séquelles tant physiques que psychiatriques.

La seule arme qui semble être à notre disposition est la mise en place de stratégies de dépistage à un stade infra-clinique.

L'annonce d'un diagnostic de cancer et de la proposition thérapeutique est un exercice médical complexe. Il s'agit d'une étape importante du parcours de soins. La mise en place d'un dispositif d'annonce est une des conditions transversales de qualité requise pour l'obtention de l'autorisation d'exercer en cancérologie. Chaque situation d'annonce est singulière, en raison de la localisation tumorale, de l'extension de la maladie, du profil du patient mais aussi du soignant et de son lieu d'exercice. Ce moment important de la relation médecin-malade impose une communication de qualité basée sur l'empathie et l'humanité. Le patient attend du médecin qu'il mette à sa disposition une information intelligible sur le diagnostic, les traitements et le pronostic et qu'il le considère comme un partenaire thérapeutique, acteur de son parcours de soins. Pour améliorer la qualité de ces étapes de transmission d'informations, les formations aux techniques de communication et à l'annonce en oncologie sont désormais intégrées à la formation médicale initiale et continue.

## **Summary**

Breast cancer is the most common cancer in women not only in western countries but also in Algeria. Despite therapeutic progress, it remains a serious cancer with serious physical and psychiatric sequelae.

The only weapon that seems to be at our disposal is the implementation of screening strategies at a sub-clinical stage.

Cancer diagnosis and treatment announcement is complex. It is an important step in the care process. The implementation of an announcement system is one of the conditions required to obtain authorization to practice in oncology. Each announcement situation is unique, because of the tumour location, the extent of the disease, the patient's profile, but also the caregiver's profile. This important moment in the relationship between patient and physician requires quality of communication based on empathy and humanity. The patient expects the physician to provide intelligible information on diagnosis, treatment and prognosis and to consider him as a therapeutic partner, an actor of his care. To improve the quality of these transmissions of information, communication skills training in oncology are part of medical education.