



*Université Abderrahmane Mira – Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie
Option : Psychologie Clinique.

Thème :

Les stratégies de coping chez les femmes atteintes de cancer du sein.

Étude de six (06) cas réalisés à au niveau de l'association « TUDERT » d'Amizour

Réalisé par :

SAHI Dania

SAAOUI Macicilia

Encadré par :

Dr KHELOUFI Sihem

Année universitaire 2022 / 2023.

REMERCIEMENT

Nous remercions DIEU, le tout puissant

De nous avoir permis d'arriver à ce jour et de nous avoir accordé santé et volenté

Pour accomplir ce travail.

Nous avons l'honneur et le plaisir de présenter notre profonde gratitude et nos sincères remerciements à notre encadrante Mm KHELOUFI Sihem, pour sa précieuse aide, ses orientations et le temps qu'elle a accordé pour notre encadrement.

Nous remercions profondément tous les enseignants qui nous ont encouragé et soutenu pendant notre cursus.

Nos remerciements les plus sincères et les plus profond sont adressé à :

*L'association de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux « TUDERT »
d'avoir ouvert ses portes.*

Le président de l'association Monsieur ZENATI Razik,

Et la psychologue Melle MAHYOUT Sara, pour leur soutien tout ou long de notre travail, ainsi d'avoir mis à notre disposition les moyens nécessaires pour la réalisation de notre étude.

Tous les responsables et le personnel pour leurs entières pour leurs disponibilités et coopération lors de la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin a

La réalisation de ce travail.

MERCI

Melle Dania.

Melle Macicilia

Dédicace

Aux témoignages d'affection,

*D'amour, de générosité et de grandes reconnaissances, aux êtres les plus chers
de ma vie ; ma mère HOUA et mon père AHMED.*

À mon cher frère KARIM

À mes chères sœurs : MALIKA, ZOHRA, NASSIMA

À mon adorable neveu et nièce : YASMINE, RAOUF

À la personne la plus cher de ma vie SYPHAX

À toutes mes chères copines en particulier à ma binôme DANIA

*À tout le Staff de l'association « TUDERT » située à Amizour en particulier
Madame MEHYOUT SARA et le président de cette association Mr RAZIK
ZENATTI*

*À mes enseignants de l'université qui m'ont orienté durant mon cursus jusqu'a
ce jour.*

Enfin à tout ma promotion Master 2 psychologie clinique

2023.

Macicilia

Dédicace

Aux êtres les plus chers de ma vie ; ma maman SAMIA et mon papa KAMEL qui m'ont soutenu tout a long de mon parcours d'étude,

À mon cher frère MOHAMED

À mes chères sœurs : AMEL et IKRAM

À la personne la plus cher de ma vie BILLAL

À tout ma famille mes tantes, mes cousins et mes cousins en générale

À toutes mes chères copines en particulier à ma binôme MACICILIA

À tout le Staff de l'association « TUDERT » située à Amizour en particulier madame MAHYOUT SARA et le président de cette association M RAZIK ZENATI

Enfin à tout ma promotion Master 2 psychologie clinique

2023.

Dania

Liste des abréviations :

OMS	Organisation mondiale de la santé
VADS	Le cancer des voies aérodigestives supérieures.
RB	Symbole chimique du rubidium.
APC	Adénomatose polyposies coli.
IRM	Imagerie par résonance magnétique, examen de radiologie.
ACE	Antigène carcino-embryonnaire.
CMF	(Cyclophosphamide, méthotrexate et fluor uracile).
FAC	Cyclophosphamide (sous forme de pilule), doxorubicine et 5-fluorouracil (Aducil, 5-FU). SBR : Scorff, Bloom et Richardson.
FEC	5-Fluorouracile, épirubicine et cyclophosphamide (combinaison) dans le cancer du sein avancé.
RET	rearranged during transfection.
MEN1	Syndrome de Li-Fraumeni.

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Introduction ----- 1

Cadre générale de la problématique

Problématique -----	4
Questionnement -----	6
Hypothèses -----	6
Choix de thème -----	6
Objectif de thème -----	7
Opérationnalisation des concepts -----	7
Les études antérieures -----	8

Partie théorique :

Chapitre I : Le cancer de sein

Préambule -----	12
-----------------	----

I- Le cancer

1/- Définition de la cellule cancéreuse -----	12
2/- Définition de cancer -----	12
3/- Histoire naturelle de cancer -----	12
4/- Les facteurs de cancérogènes -----	13
5/- Les cancers les plus fréquents chez l'homme et la femme -----	16
6/- Le traitement des cancérogènes -----	16

II- Le cancer du sein

1/- Définition de cancer du sein -----	19
2/- Les symptômes de cancer du sein -----	22
3/- Les types de cancer du sein -----	23
4/- Diagnostic de cancer du sien -----	24
5/- Les moyens du diagnostic de cancer du sein -----	25
6/- Les facteurs de risques de cancer du sein -----	28

7/- Le traitement de cancer de sein	29
8/- Les facteurs pronostic de cancer du sein	32
9/- Les facteurs influençant sur le cancer du sein	32
10/- Le cancer de sein chez la femme enceinte	33
11/- Le cancer de sein chez la femme âgée	34
12/- La prévention du cancer du sein	35
Synthèse	37

Chapitre II : Les stratégies de coping.

Préambule	39
1/- Définition du terme coping	39
2/- Définition des stratégies de coping	39
3/- Histoire de terme coping	40
4/- Les catégories des stratégies de coping	40
5/- Les phases d'évaluation du coping	42
6/- Les types des stratégies de coping	43
7/-Les modèles de coping	44
8/-Coping et cancer	49
9/-Coping et cancer du sein	50
Synthèse	51

Partie pratique :

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	55
1/-Pré-enquête	55
2/-Enquête	56
3/- Méthode utilisée	56
4/- Présentation de lieu de stage	60
5/- Le groupe d'étude	63
6/- Les outils	64
6-1-Guide d'entretien	64
6-2- Échelle toulousaine de coping	65
Synthèse	71

Chapitre IV : Présentation, analyses et discussion des hypothèses

Préambule	73
I- Présentation et analyses des cas	
1/ Présentation et analyse des données du premier cas	73
2/ Présentation et analyse des données du deuxième cas	80
3/ Présentation et analyse des données du troisième cas	87
4/ Présentation et analyse des données du quatrième cas.....	94
5/ Présentation et analyse des données du cinquième cas	101
6/ Présentation et analyse des données du sixième cas	109
II- Discussion des hypothèses	
Synthèse	120
Conclusion	122
Liste bibliographique	
Annexes	
Résumé	

Liste des tableaux :

Tableaux	Titre	Page
Tableau N°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de groupe d'étude	63
Tableau N°2	Présentation des stratégies et des démontions du coping.	67
Tableau N°3	Tableau de dépouillement N°1 du premier cas clinique.	77
Tableau N°4	Tableau de dépouillement N°2 du premier cas clinique.	78
Tableau N°5	Tableau de dépouillement N°1 du deuxième cas clinique.	84
Tableau N°6	Tableau de dépouillement N°2 du deuxième cas clinique.	85
Tableau N°7	Tableau de dépouillement N°1 du troisième cas clinique.	91
Tableau N°8	Tableau de dépouillement N°2 du troisième cas clinique.	92
Tableau N°9	Tableau de dépouillement N°1 du quatrième cas clinique.	98
Tableau N°10	Tableau de dépouillement N°2 du quatrième cas clinique.	99
Tableau N°11	Tableau de dépouillement N°1 du cinquième cas clinique.	106
Tableau N°12	Tableau de dépouillement N°2 du cinquième cas clinique.	107
Tableau N°13	Tableau de dépouillement N°1 du sixième cas clinique.	114
Tableau N°14	Tableau de dépouillement N°2 du sixième cas clinique.	115
Tableau N°15	Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire du coping.	118

Listes des figures :

Figure	Titre	Page
Figure N°1	Physiopathologie du sein	22
Figure N°2	Une échographie mammaire	23
Figure N°3	Dessin schématisé d'une chimiothérapie	30
Figure N°4	Une chimiothérapie	31

Introduction

Introduction

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde, la maladie est un concept qui ne permet pas seulement de la détruire. Mais ainsi elle engendre un impact sur les moyens financiers.

Selon l'organisation mondiale de la santé L'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou d'infirmité ». Certains facteurs environnementaux peuvent influencer sur la santé physique et mentale de l'être humain, qui lui causant ainsi un ensemble de pathologies, certains disparaissent avec le temps, pendant que d'autres persistent mais à des degrés différents. (who.int/Fr)

Aujourd'hui, absolument impossible de ne pas entendre le mot « cancer » soit dans les médias, sur les journaux ou encore dans notre entourage.

Le cancer est une maladie silencieuse, elle se produit au sein de l'organisme qui se propage d'une façon rapide sans signe corporelle précise, cependant elle se figure parmi les maladies les plus connus au monde, dont le taux de son développement augmente de plus en plus ; pouvant toucher n'importe quelle partie du corps humain.

Grâce à l'avancée de la technologie qui a connu aujourd'hui un développement observable, que les moyens du dépistage des patients atteints du cancer, le diagnostic précoce de la maladie se fait au meilleur prise en charge thérapeutique. Au cours de l'évolution de cette maladie, on distingue que sa gravité augmente selon ses différents stades, le plus dangereux est le stade final ou appelé également (métastases), le stade auquel le cancer est découvert à également un impact sur le prix du traitement.

Certains malades peuvent rencontrer une problématique au niveau des moyens de le prise en charge surtout dans le cas du cancer , car est une maladie lourd dont le traitement est longue ainsi est très coûteux, dans cette problématique qu'on opte d'étudier notre travail en deux parties, une revue bibliographique rappelant la physiopathologie du cancer, les différents traitements disponibles et leurs effets secondaires ,dans lesquels on a aborder deux chapitres, le premier est consacré à parler sur le cancer et le cancer du sein , son histoire et ainsi qu'à quelques définitions.

Le deuxième chapitre englobe les stratégies de coping, leurs histoires, quelques définitions, ses phases d'évaluation, les stratégies générales du coping, la stabilité des stratégies de coping, les différents modèles de coping, leurs efficacités, ses mesures.

Et la seconde porte sur la partie pratique ce dernier et subdivisé en deux chapitres le premier est consacré au cadre méthodologique de la recherche dans lequel on a abordé la méthode utilisée, la pré-enquête, présentation de lieux de recherche, et les outils de recherche et leurs analyses.

Le second chapitre réservé au présentation, analyse et des discussions des hypothèses

Enfin on a clôturé notre travail de recherche avec une conclusion, une liste bibliographique et les annexes.

Notre recherche est réalisée au niveau de l'association afin d'évaluer les connaissances des patients concernant leur maladie et leur traitement afin de pouvoir assurer des séances d'éducation thérapeutique.

*Cadre générale de la
problématique.*

Problématique

La maladie est un défaut biologique, psychique et même socioculturel, elle est en outre, un drame individuel et culturel. L'état de maladie et spécialement pour le malade hospitalisé, est une source d'une inquiétude et d'incertitude, non seulement du malade lui-même, mais aussi celle de la famille, et de la société dans laquelle il évolue. Nombreuses sont les personnes atteintes de maladie chronique parmi les qu'elles on trouve le cancer. (Tzapoulou E, 2008, P. 45).

Le cancer est encore une maladie terrible, qu'on apprend de plus en plus à connaître et elle reste mystérieuse. On peut rarement dire avec exactitude quelles sont les causes de la plupart de cancer, mais on sait que c'est une maladie qui est liée en grande partie aux conditions et aux habitudes de vie. (Tzapoulou E, 2008, P. 45).

En 2020, les cancers les plus courants (en termes de nombre de cas recensés) étaient les suivants : Le cancer du sein (2,26 millions de cas) ; pour le cancer du poumon (2,21 millions de cas) ; le cancer colorectal (1,93 million de cas) ; le cancer de la prostate (1,41 million de cas) ; le cancer de la peau (non-mélanome) (1,20 million de cas) ; et le cancer de l'estomac (1,09 million de cas), les études ont prouvé que les cancers sont à l'origine de plus grand notes de décès dans le monde ou le cancer du poumon (1,80 million de décès) ; pour le cancer colorectal (916 000 décès) ; le cancer du foie (830 000 décès) ; le cancer de l'estomac (769 000 décès) ; et le cancer du sein (685 000 décès). Ce cancer est la première cause de mortalité chez les femmes. (who.int/fr)

Environ un tiers des décès par cancer sont dus aux 5 principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool. (who.int/fr).

Le cancer du sein apparaît à 85 % dans les cellules qui tapissent les canaux et à 15 % dans les cellules des lobules situés dans le tissu glandulaire du sein. Au départ, une tumeur cancéreuse reste dans le canal ou lobule d'origine « in situ », sans généralement provoquer aucun symptôme et en étant peu susceptible de se propager (métastase). Qui se considère parmi l'une des principales causes de mortalité dans le monde. (who.int/-fr).

Au fil du temps, ce cancer in situ (de stade 0) peut progresser et envahir les tissus mammaires voisins (cancer du sein infiltrant ou invasif), puis se propager dans les ganglions lymphatiques à proximité (métastase régionale) ou dans d'autres organes du corps (métastase distante). Si une femme meurt du cancer du sein, c'est qu'elle présente des métastases répandues dans différentes parties de l'organisme (cancer généralisé). (who.int/-fr).

Le traitement du cancer du sein peut être très efficace, en particulier si la maladie est détectée rapidement. Il associe souvent une ablation, de la radiothérapie et un traitement médicamenteux (thérapie hormonale, chimiothérapie et/ou thérapie biologique ciblée), visant à traiter le cancer microscopique à partir de la tumeur cancéreuse qui s'est propagé à travers les vaisseaux sanguins. Ce type de traitement peut prévenir la croissance et la propagation de tumeurs cancéreuses, et ainsi sauver des vies. (who.int/-fr).

Selon l'agence spécialisée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche sur le cancer, la tumeur du sein figure parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués. Ce type de cancer représente 11,7% des nouveaux cas rapportés dans la population mondiale en 2020. (News.un.org/fr)

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, avec une augmentation de 10% chaque année. Pour l'année 2021, les professionnels de la santé estiment que le nombre de nouveaux cas atteindra 15.000 à 16.000 cas. (37degres.dz).

Les spécialistes s'accordent à dire que le changement de mode de vie est la première cause, du cancer il y a également la multiplication des facteurs de cancérigènes de part, le monde comme la pollution atmosphérique, ainsi que le changement des habitudes alimentaires. (Brunchon.M -schweitzer, 2001, p 356)

Donc les stratégies de coping c'est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment chantants (déployé) pour gérer les exigences spécifiques interne ou externe qui sont évalué (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. (Brunchon.M -schweitzer, 2001, p 356).

Selon Lazarus et Folkman ces stratégies sont devisées en 03 types et dimensions interviendrait fondamentales à partir de l'estimation des risques : une focalisation sur le problème (réflexion et

intervention) la seconde c'est la focalisation sur l'émotion (contrôle et expression de la détresse émotionnelle la dernière c'est la focalisation sur la recherche du soutien social. (Brunchon.M -schweitzer, 2001, p 356).

En se basant sur l'ensemble des lectures et notre pré-enquête que nous avons effectué auprès de ses femmes cancéreuses nous avons mené à s'interroger sur les différentes réactions de ses femmes face à leur maladie ainsi qu'aux difficultés rencontrées dans leurs vie quotidienne.

Ce que nous a amené à poser la question suivante :

Est-ce que les Femmes atteintes de cancer du sein utilisent des stratégies de coping particulières pour faire face aux différentes situations qu'elles rencontrent dans leurs vies ?

Les hypothèses qu'on a formulé dans le but de répondre à notre question posée dans la problématique sont les suivantes :

- * Les Femmes mariées atteintes de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur le problème plus que les femmes célibataires.
- * Les Femmes mariées atteintes de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur l'émotion plus que les femmes célibataires.
- * Les Femmes mariées atteintes de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur le soutien social plus que les femmes célibataires.

2/ L'intérêt de choix de thème :

- * Éclairé certaines idées sur cette maladie de cancer du sein.
- * Donner une importance aux femmes cancéreuses y compris les femmes mariées et les femmes célibataires, ainsi comprendre leurs endurance et leurs souffrances.
- * Focaliser notre attention sur l'état psychique des femmes atteintes de cancer du sein, or que l'entourage s'intéresse le plus aux maladies organiques de celles-ci.
- * Approfondir nos connaissances sur le cancer du sein, et la prise en charge de cette maladie.

3/ L'objectif du choix de thème :

- * L'objectif de notre recherche est de définir les types des stratégies de coping chez les femmes atteintes de cancer du sein au niveau de l'association "TUDERT".
- * Découvrir le degré et la qualité des stratégies de coping basé sur le problème, l'émotion et la recherche de soutien sociale que ces femmes utilisent le plus.
- * Comprendre les processus psychologiques par lesquelles les femmes atteintes de cancer du sein réagissent, et cela par l'évaluation approprié de l'efficacité du coping.
- * Décrire le ressenti de ces femmes face à leur maladie.
- * Enrichir notre recherche avec un travail sur les femmes ayant un cancer du sein et les stratégies de coping utilisés pour y faire face.

4/ Opérationnalisation des concepts clefs :

- * **le cancer** : c'est une tumeur maligne qui se produit dans une partie du corps humain qui peut toucher n'importe tranche d'âge.
- * **Le sein** : c'est une partie antérieure de la poitrine qui produit du lait afin de nourrir un nouveau-né, et dans notre recherche le sein est la partie la plus touchée par le cancer.
- * **Le cancer du sein** : c'est une tumeur maligne et agressive qui se développe au niveau du sein chez la femme.
- * **La femme** : c'est un être humain du sexe féminin, ce terme s'emploie généralement quand il s'agit d'une adulte, cependant c'est celle qui conçoit, et qui porte un bébé dans son ventre pour lui donner une naissance, et c'est l'échantillonnage de notre recherche.
- * **Stratégie** : c'est une manière d'élaborer des plans d'action afin d'aboutir à un objectif précis
- * **coping** : c'est un ensemble de modalités cognitives et comportementales par lesquels le sujet réagit à une situation stressante.

➤ **Les études antérieures :**

1- L'étude menée par Dunkel-Schetter C et all en (1992) sur un échantillon de 603 personnes atteintes de cancer ont pu cerner que les problèmes les plus stressants reliés au cancer concernant la peur et l'incertitude face à l'avenir ; la diminution des capacités physiques, la modification de l'apparence physique, le changement des habitudes de vie, la douleur, les symptômes et l'inconfort attribuables à la maladie ou à ses traitements ; et les difficultés dans les relations familiales et amicales dû au cancer. (Lazarus et Folkman 1984).

Un cancer peut être dû à des facteurs externes (mode de vie, facteurs environnementaux ou professionnels, infections), ou internes (mutations héréditaires, hormones, dérèglement du système immunitaire, etc.). Ces facteurs de risque peuvent agir ensemble ou de façon successive, et enclencher ou favoriser le développement du cancer. Souvent, plusieurs dizaines d'années séparent l'exposition à des facteurs externes et le déclenchement de la maladie.

Un cancer peut être soigné par un ou une combinaison de plusieurs traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie ou traitement ciblé). (Lazarus et Folkman 1984).

2- Certaines études se sont concentrées plus spécifiquement sur les facteurs d'adaptation et les stratégies de coping associées au cancer (Compass B.E et Harding A, 1998, Dunkel-Schetter C et all. 1992). Leurs études portent sur la compétence à travers les étapes de vie, Compass B.E et Harding A. (1998) s'intéressent au cancer chez les enfants, les adultes et les personnes âgées. Quatre facteurs généraux d'adaptation au cancer chez les adultes ressortent de cette étude. (Lazarus et Folkman 1984).

La première catégorie d'adaptation au cancer identifiée par Compass B.E et Harding A (1998) comprend les caractéristiques sociodémographiques de l'individu ainsi que les caractéristiques de la maladie, l'âge, le niveau d'instruction, les considérations économiques, le degré de la sévérité de la maladie, le niveau d'incapacité physique et l'ampleur de l'intervention chirurgicale. (Lazarus et Folkman 1984).

De manière plus spécifique, les plus jeunes et celles ayant un niveau d'instruction plus bas éprouvent une plus grande détresse émotionnelle. Et plus particulièrement encore, l'âge peut représenter un risque élevé de détresse chez les femmes atteintes d'un cancer du sein parce que la

maladie est plus inattendue, car certaines tâches développementales sont souvent interrompues (début de carrière, désir d'enfanter, éducation des enfants) et aussi le soutien des pairs est plus restreint. (Lazarus et Folkman 1984).

En second lieu, Compass B.E et Harding A, (1998) affirment que les ressources adaptatives de l'individu, que sont l'optimisme et le réseau naturel de soutien, sont reliées à une meilleure adaptation physique et psychologique au cancer du sein. En effet, certaines études démontrent que les personnes optimistes présentent moins d'anxiété et de dépression lors de l'annonce du diagnostic, de même qu'au cours de l'année qui suit. Dans ces études, l'optimisme est représenté par des croyances positives à l'égard du dénouement du cancer, diminuant ainsi l'anxiété et permettant la mobilisation d'efforts de coping orientés sur le problème. Toutes les études révèlent qu'un niveau élevé de perception d'un réseau de soutien disponible parmi les amis et les parents, se manifeste par une plus grande estime de soi, par une détresse émotionnelle moindre et par un dénouement médical plus positif. De plus, le type de coping utilisé de même que la source du soutien social obtenu agit comme médiateurs ainsi que sur l'adaptation physique et psychologique. (Lazarus et Folkman 1984).

En troisième lieu, l'individu envisage différents choix de coping : changer la situation, l'accepter, la fuir, l'éviter, enquêter davantage d'information, recherche du soutien social, ou encore agir avec l'impulsivité. Cette évaluation oriente le choix des stratégies de coping pour faire face à la situation stressante. Servant à atténuer directement la tension émotionnelle éprouvée, ne changeant en rien le problème, les stratégies de coping sont dites centrées sur l'émotion. Par contre, si les stratégies de coping visent à modifier directement le problème, elles sont dites centrées sur le problème, diminuant indirectement la tension émotionnelle. (Lazarus et Folkman 1984).

Pour la quatrième variable, c'est le résultat obtenu. Ces résultats adaptatifs sont d'abord primaires ou immédiats, c'est-à-dire que l'individu fait face au stimulus. Ils sont ensuite secondaires, c'est-à-dire qu'ils concernent l'effet de l'option de coping retenue sur la santé mentale et physique de l'individu à moyen et à long terme. (Lazarus et Folkman 1984).

La partie théorique

Chapitre I : Le cancer du sein

Préambule :

Être malade du cancer, c'est d'entrer dans une autre vie. Avoir une expérience de la vie qui ne ressemble plus à la vie qu'on a connue : apprendre qu'on est atteints d'un cancer bouleverse le cours d'une existence. Cette maladie confronte brutalement à l'horizon d'une mort possible, surtout en cas de cancer du sein, qui est le plus fréquent chez les femmes au cours de ses dernières années. La femme et l'homme ont des seins, mais la femme a plus de tissu mammaire que l'homme, les seins renferment des glandes mammaires, seules les glandes mammaires chez la femme peuvent produire du lait pour nourrir un bébé, c'est pourquoi les seins sont des organes accessoires de l'appareil reproducteurs féminine.

I. Le cancer**1/Définition de la cellule cancéreuse :**

C'est une cellule normale dont le cycle est perturbé par une prolifération anarchique ; elle se divise sans contrôle. Elle devient comme « immortelle » mais n'assure plus sa fonction au sein de l'organe. (Francequin. G, 2013, P58.)

2/ Définition de cancer :

Le terme cancer recouvre un vaste ensemble de maladies, cataloguées selon les cellules et les tissus à partir desquels les cancers se forment. La tumeur développée dans un organe (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autres organes (cerveau, poumon, foie, etc...), en passant par les voies lymphatiques ou sanguines. Ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastases. (larousse.fr)

3/Histoire naturelle de cancer :

Ensemble d'événements conduisant à la transformation d'un tissu physiologique en un tissu cancéreux. Un Processus long, multifactoriel, basé sur l'accumulation de modifications du patrimoine génétique de la cellule par mutations, délétions, translocations. Les premières étapes sont infra cliniques et strictement intra-épithéliales : une cellule saine devient cancéreuse puis se multiplie pour former un clone tumoral et enfin une lésion précancéreuse. (Bellesoeur. A, Cabel.L, Hutt.E, Moustarhfir.M, 2015, p.29).

4/ Les facteurs de cancérogènes :

4-1- Physiopathologie :

Le cancer est une maladie génétique qui se développe en plusieurs étapes. Plusieurs circonstances sont donc nécessaires au développement de la maladie :

- Une prédisposition génétique : les différents d'incidences des cancers chez des individus exposés aux mêmes carcinogènes soulignent l'influence des facteurs individuels et susceptibilité. Ces facteurs peuvent être héréditaire ou non ;
- Un facteur environnemental : ces facteurs sont prépondérants et peuvent être modifiables par des mesures individuelles, de santé publique (tabac, alcool) ou par des dispositions réglementaires (exposition professionnelle aux carcinogènes).
- Globalement, on estime que près de 35 % des décès imputables au cancer sont liées à l'alimentation et au mode de vie, 30% au tabac, 9% aux virus et 6 % à l'hérédité. Cette analyse ancienne pourrait cependant être nuancées en fonction du pays étudié et des dernières avancées de l'oncologie. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, p.39).

4-2- Facteurs environnementaux :

- **Le tabac :**

- Principal carcinogène chez l'homme.
- Relation dose-effet : risque lié à l'importance de la consommation quotidienne ($\times 20$ si plus de 1 paquet /jour), à la quantité totale de tabac fumé (estimée en paquets – années), et à l'âge de la première cigarette
- Le tabagisme passif : sa toxicité est également démontrée.
- Mortalité : le tabac est responsable de 15 % de la mortalité annuelle globale et de 40% de la mortalité par cancer.
- Les cancers liés au tabac sont les cancers du poumon, des VADS, de L'œsophage, du pancréas, de la vessie et de l'utérus. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, p.39).

- **Alcool :**

- **Carcinogène important** et cocarcinogène en cas d'association avec le tabac
- **Relation dose-effet** la consommation d'alcool est estimée en grammes d'alcool pur (un verre de vin 11 g. un verre de bière 13 g. un verre de liqueur 15 g)
- **Mortalité** D'alcool est responsable de 12.5% de la mortalité annuelle globale de 80% des cancers des VADS et de 60% des cancers du foie
- Les cancers liés à l'alcool sont les cancers des VADS, de l'œsophage, du pancréas, Du foie, et du sein. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, P39).

- **Alimentation :**

- **Généralités** : effet protecteur des légumes et fruits frais, effet délétère des graisses animales et d'une alimentation hypercalorique.
- **Estomac** : la consommation d'aliments salés ou fumés est un facteur de risque de cancer des VADS, de l'œsophage et de l'estomac Le rôle d'une contamination microbienne de l'estomac à *Helicobacter pylori* est également démontré.
- **Foie** : la contamination des aliments par des germes synthétisant de l'aflatoxines est un facteur de risque d'hépatocarcinome Colon, rectum le régime alimentaire occidental riche en calories et en graisses animales, et pauvre en poissons, légumes frais et fibres végétales, est un facteur de risque de cancer colorectal
- **Sien, endomètre** : L'obésité est un facteur de risque important de cancer chez les femmes. Les évolutions alimentaires et les migrations de population permettent d'affirmer le rôle de l'alimentation en facteur de risque des cancers de l'œsophage, de l'estomac, du colon et du rectum.
- L'obésité est un facteur de risque majeur de cancer hormonodépendant (sein, endomètre) chez la femme. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, p.39-40).

4-3- Facteurs endogènes :

4-3-1- Cancers héréditaires

- **Formes dominantes :**

-La transmission d'un oncogène selon un mode autosomique dominant a été authentifiée dans plusieurs types de cancer.

-Formes rares néoplasies endocriniennes multiples de type1 et gène MEN1 Néoplasies endocriniennes multiples de type2 et gène RET.

-Formes fréquentes cancer du sein familial et gène BRCA. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, P39).

- **Formes récessives :**

-La transmission d'une mutation d'un anti-oncogène selon un mode autosomique récessif a été découverte dans plusieurs situations rares mais historiquement importantes rétinoblastome et gène Rb.

- Maladies plus fréquentes polypose adénomateuse familiale et gène APC. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, p.41).

- * **Incertitudes épidémiologiques :**

D'un point de vue épidémiologique, la présence d'une histoire familiale ou personnelle de cancer constitue un facteur de risque important de développer la maladie.

Actuellement, cette association épidémiologique n'est pas toujours expliquée par des mutations génétiques uniques. Une prédisposition génétique ou environnementale pourrait expliquer cette association.

- * **Immunosuppression :** est un facteur de risques majeur de néoplasie hématologique ou solide. (Loriot.Y, Mordant.P ,2011, p.41).

5/ Les cancers les plus fréquents chez l'homme et la femme :

- Cancer du sein.
- Cancer de la prostate.
- Cancer colorectal.
- Cancer du poumon.
- Cancer des VADS.
- Cancer de la vessie.
- Cancer du corps utérin.
- Cancer de l'ovaire. (Loriot. Y, Mordant ,2011, pp.41-43).

6/ Le traitement des cancérogènes :

Plusieurs types de traitements sont utilisés, seuls ou en combinaison, pour traiter les différents cancers.

***La chirurgie :** Une intervention chirurgicale, quel que soit son caractère de gravité, représente toujours une épreuve que ce soit une simple appréhension, ou une véritable terreur. Les raisons en sont multiples : phobie des piqûres ou de l'hôpital, peur de ne pas se réveiller – et donc de mourir, peur de la douleur, peur de se réveiller, différent de manière irrémédiable ... Au – delà de ces craintes, l'opération. C'est aussi l'ouverture du corps livré aux mains du chirurgien, hors contrôle de son propriétaire. De l'ordre de l'intrusion, l'acte chirurgical annule la séparation dedans – dehors et transgresse ainsi tabou de l'effraction de l'enveloppe corporelle. La clinique nous enseigne que « Toute intervention chirurgicale mobilise, de façon plus ou moins importante, l'imaginaire du sujet ». (Chaumet.H ,2019, p.20)

***La chimiothérapie :** semble être le traitement le plus abhorré par les femmes ayant un cancer. La fatigue, les nausées, sont difficiles à supporter, elles atteignent l'intégrité physique de la personne. Penser la maladie génétique : enjeux psychologiques et perspectives.

Cependant, la perte des cheveux (l'alopecie) reste sans doute la conséquence la plus redoutée de la chimiothérapie. Ouvrons une parenthèse pour évoquer cette terreur de voir ses cheveux

tomber, son apparence se modifier. Il est intéressant de noter ce que disent les femmes, et parfois les hommes qui ont eu à subir la chimiothérapie, et la chute de leurs cheveux.

La chevelure représente sente un attribut féminin – masculin également – particulièrement investi. Certaines femmes anticipent l’alopécie en se faisant couper les cheveux avant qu’ils ne tombent : une façon de se préparer et de préparer l’entourage à un nouveau visage, et de maîtriser encore quelque chose, plutôt que laisser la maladie décider. Le choix de porter une perruque (appelée aussi prothèse capillaire) peut aider à mieux supporter l’atteinte physique et la blessure narcissique engendrées par la perte des cheveux. La maladie est alors moins stigmatisant, dans la mesure où À propos de stigmatisation, notons que ne se voit pas d’emblée. Les femmes ayant connu la Deuxième Guerre mondiale (que ce soit directement ou par le discours de leur famille), la des cheveux fait écho de façon à la Libération : on y retrouve la souffrance, le sentiment de honte, personnelle ou familiale se trouve largement convoquée par la maladie le cancer n’est pas un simple accident de parcours dans la vie de ces personnes. Tragique à la tonte des femmes parfois de culpabilité. L’histoire port d’une perruque dans le contexte médical s’avère parfois bien venu pour certaines femmes : c’est l’occasion pour elles d’essayer une nouvelle couleur de cheveux, une nouvelle coupe, de découvrir nouveaux visages. La prothèse capillaire, conséquence directe de maladie est alors l’accessoire qui les autorise à prendre enfin soin d’elles, à changer d’apparence, comme dans le film « La fille aux neuf perruques ». On peut alors dire que la prothèse capillaire participe des bénéfices secondaires du cancer. (Chaumet.H ,2019, p.21).

***La radiothérapie.** La radiothérapie n’a pas toujours la réputation d’une technique fiable, elle peut échapper au contrôle des manipulateurs et des radiothérapeutes avec des conséquences délétères irrémédiables. Au-delà de la tentative, par l’humour, de conjurer l’épreuve des rayons, médecins et malades savent bien que les effets nocifs de la radiothérapie ne sont pas imaginaires : d’une part l’utilisation des rayons en trop grande quantité est susceptible de favoriser le cancer ; d’autre part il n’est pas rare que des personnes subissent des brûlures lors d’une séance. L’histoire personnelle contribue également à l’angoisse liée à la radiothérapie : devoir se dévêtir peut-être intolérable aux victimes de viol ; le scanner, l’IRM, la radiothérapie avec contention réactivent le vécu d’enfermement chez des personnes ayant séjourné en prison. Les exemples peuvent ainsi s’ajouter à l’infini. (Chaumet.H ,2019, p.22).

***L'hormonothérapie :** Lorsque le cancer est lié à une production d'hormones féminines. Le médecin prescrit généralement un traitement antihormonal visant à bloquer leur action afin de limiter le développement des tumeurs et freiner l'apparition de métastases. L'hormonothérapie joue donc un rôle prépondérant dans les cancers dits hormonodépendants. Toutefois, de nombreuses patientes qui l'utilisent se plaignent d'effets secondaires plus ou moins invalidants, comme les bouffées de chaleur et les douleurs articulaires. Il leur est alors difficile d'accepter, pour aller mieux, un traitement qui fait mal. (Chaumet. H ,2019, p.22).

Après les types des cancers les plus fréquemment diagnostiqués qu'on a cités précédemment, on a focalisé sur l'étude de cancer du sein chez les femmes dans la deuxième partie de ce chapitre.

II. Le cancer du sein

1/ Définition de cancer du sein :

La notion de « cancer du sein » relève d'une nomenclature générique qui fait référence à tout un ensemble de proliférations néoplasiques de la glande mammaire, qui diffèrent tant du point de vue histologique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. (Hachana.MR ,2009, p.1).

Le terme de « cancer du sein » ne désigne que les tumeurs malignes, potentiellement agressives, du sein tandis que le terme de « tumeur du sein » désigne à la fois les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes. (Hachana.MR ,2009, p.1).

A/ Embryologie :

La glande mammaire est une annexe cutanée puisqu'elle prend l'origine de l'ectoderme alors que le mésoderme ne fournit que les vaisseaux et le tissu conjonctif de soutien.

Dès la 5^{ème} semaine du développement embryonnaire apparaissent les bandelettes mammaires qui s'étendent sur la paroi latérale du thorax et de l'abdomen.

* Entre la 6^{ème} et la 7^{ème} semaine, formation des crêtes mammaires primitives.

*À la 13^{ème} semaine apparition des 15 à 20 cordons épithéliaux qui s'enfoncent dans le mésenchyme : futurs canaux galactophoriques.

* Au 8^{ème} mois les canaux galactophores s'ouvrent dans la dépression épithéliale située au centre de l'ébauche mamelonnaire et en profondeur se développent les acini glandulaires, isolés par des travées conjonctives.

*A la naissance une activité sécrétoire est à l'origine de la crise génitale du nouveau-né. (Benzidane.N ,2004 P 4-5)

B/Anatomie :

Histologiquement le tissu glandulaire est fait d'acini qui se groupent d'une manière serrée constituant des unités de base ou lobules, autour des canaux alvéolaires dans lesquels ils se jettent, puis se drainent dans un canal interlobulaire.

L'ensemble forme un lobe mammaire. Les canaux excréteurs des lobes (canaux

galactophores) convergent vers le mamelon pour déboucher à l'extérieur par les pores galactophores. De ce fait on note la prédominance à la périphérie des éléments glandulaires tandis que les éléments excréteurs et le tissu conjonctif prédominent à la partie centrale du gland. La glande mammaire est étroitement intriquée avec le tissu adipeux sous-cutané, de telle façon que des lobules adipeux sont présents à l'intérieur même de la glande. (Benzidane.N ,2004 P 6)

Par ailleurs, si l'on décrit classiquement dans la glande des lobes séparés par des cloisons fibreuses, en pratique la visualisation de ces cloisons est impossible en per-opératoire. Le tissu glandulaire est étroitement uni au derme par le ligament de Cooper véritables amarres conjonctives et vasculo-nerveuses qui suspend la glande à la peau, principal moyen de fixité. A la face postérieure de la glande le feuillet postérieur du fascia superficialis repose sur le fascia prépectoral, qui n'est autre que l'aponévrose du muscle (espace de Chassaignes). (Benzidane.N ,2004 P 6).

C/ Vascularisation :

Artérielle ; l'embryologie explique bien que la vascularisation mammaire soit totalement intriquée à la vascularisation cutanée.

Trois réseaux se partagent la vascularisation du sein :

-Un réseau sous-dermique.

-Un réseau pré glandulaire.

-Un réseau rétro glandulaire, réuni aux précédents par un système anastomotique intra-glandulaire, ces trois réseaux sont alimentés par cinq pédicules d'importance inégale.

Les pédicules supérieurs se distribuent aux réseaux superficiels, les inférieurs alimentent le réseau profond. (Benzidane.N ,2004 P 6).

***Les plus importants sont :**

- pédicule supéro-externe correspondant aux branches de l'artère mammaire externe- pédicule supéro-interne : branche de l'artère mammaire interne (venant du 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} espace intercostaux). (Benzidane.N ,2004 P 6).

***les trois autres pédicules sont secondaires :**

Pédicule supérieure, correspond aux rameaux thoraciques de l'artère acromio-thoracique.

Les deux pédicules postérieur et inférieur venant des branches perforantes des intercostales ou de la mammaire interne.

Cependant, de multiples anastomoses expliquent que l'un quelconque de ces cinq pédicules puisse assurer à lui seul la vascularisation de la glande restante après mastectomie partielle. (Benzidane.N ,2004, p.7).

Drainage veineux :

On retrouve l'existence de deux réseaux, l'un superficiel, et l'autre profonds anastomosés par le système intra-glandulaire et à leur périphérie. (Benzidane.N ,2004, p.7).

Drainage lymphatique :

L'anatomie du réseau lymphatique est calquée sur la disposition artérielle, mais cette disposition en réseau, fort avantageuse sur le plan artériel devient préoccupante devant une lésion maligne. On retrouve un réseau superficiel (cutané) et un réseau profond (glandulaire). Il existe deux collecteurs principaux, axillaire surtout et mammaire interne, ces deux voies aboutissent finalement à même niveau dans la région sous-claviculaire. (Benzidane.N ,2004, p.7)

D/ Épidémiologie :

L'incidence du cancer du sein est en légère augmentation qui atteint un taux de 2% par an environ pour l'ensemble des populations, avec des taux plus élevés pour certains pays tels que la Suède, le Brésil et l'Espagne. L'incidence croit d'une façon régulière et quasi exponentielle, de 25 à 50 ans. (Benzidane.N ,2004, p.7).

Cancer du sein

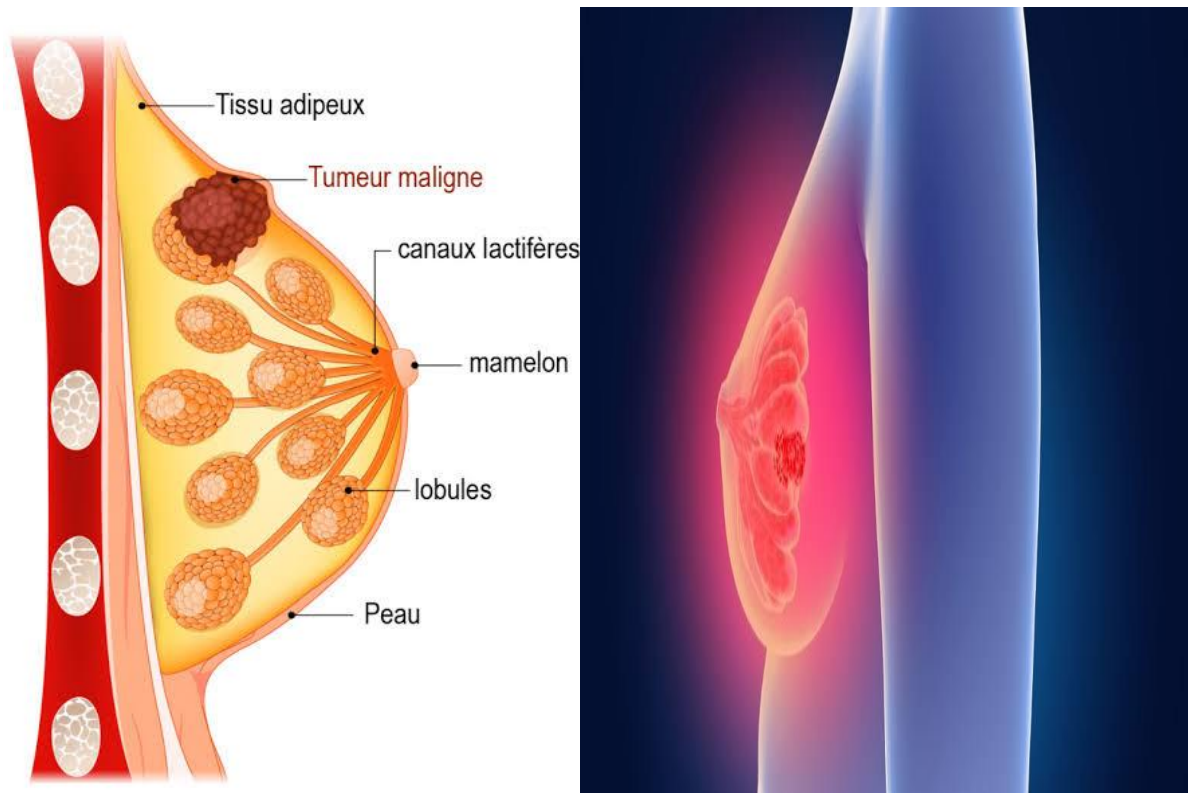


Figure N°1 : La physiopathologie du sein.

2/ Les symptômes de cancer du sein :

Toute anomalie récente du sein doit attirer l'attention de la femme, la palpation du sein doit faire partie d'un examen gynécologique annuel.

Dans la plupart des cas le cancer se manifeste par une grosseur du sein découverte à partir d'un centimètre environ (nodule plus au moins profond, dur) ce nodule n'est habituellement pas douloureux.

Les anomalies peuvent être :

- Une fossette ou une ride carencent la surface du sein.
- Un aspect de peau d'orange.

- Déformation du mamelon le rétractent vers l'intérieur ;
- Un écoulement mamelonnaire sanglant ou noirâtre. (Goumot.A, 1993, p.2).

3/ Les types de cancer du sein :

Existe deux grands types de cancer du sein :

3-1- Le cancer in situ :

La prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique : carcinome intra canalaire (85 % à 90 % des carcinomes in situ , soit des acini situés dans lobules : carcinome intra lobulaire (10 % à 15 %). Mais la membrane basale est toujours respectée. Il n'y a pas d'infiltration. (Loriot Y, Mordant P, 2011, p. 479).

3-2 -Le cancer infiltrant :

Est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale.

Il existe plusieurs types histologiques :

3-2-1- Adénocarcinome canalaire infiltrant (75 %) :

C'est le plus fréquent. Les cellules tumorales s'agencent en travées, en massif et en formation glandulaire. (Loriot Y, Mordant P, 2011, p.480).

3-2-2- Adénocarcinome lobulaire infiltrant (5-10 %) :

Les cellules carcinomateuses sont agencées en file indienne, avec un aspect en cible autour des canaux galactophoriques.

Les noyaux sont réguliers. Le nombre de mitoses est faible. En immunohistochimie, il existe une perte d'expression de l'e- cadhérine. (Loriot Y, Mordant P, 2011 .481).

3-2-3- Adénocarcinome tubuleux :

Les cellules carcinomateuses s'agencent uniquement en formations glandulaires, les noyaux sont réguliers et le nombre de mitoses est faible. C'est un cancer du bon pronostic. (Loriot Y, Mordant P, 2011, p.481-482).

3-2-4- Carcinome médullaire :

Le stroma est riche en lymphocytes. Il n'existe pas de glandes où de lésions de carcinome intra canalaire. C'est un cancer du bon pronostic. (Loriot Y, Mordant P, 2011, P. 481-482).

3-2-5 -La maladie de Paget :

Présence des cellules carcinomateuses au sein du revêtement malpighien du mamelon. Polygonales, au noyau irrégulier et d'architecture lentigineuse. La maladie de Paget du sein témoigne d'un carcinome intra canalaire. Il s'agit d'une propagation des cellules carcinomateuses au mamelon. (Loriot Y, Mordant P, 2011, P p.482).

4/- Diagnostic de cancer du sein :

➤ Circonstances de découverte :

Les deux plus fréquentes circonstances de découvert sont :

- Découverte fortuite lors d'une mammographie de dépistage (Tumeur non palpable),
- Palpation d'un nodule du sein le plus souvent ou d'une adénopathie axillaire plus rarement :
- Écoulement mamelonnaire, unilatéral, un-orificiel et sanglant.
- Anomalies du mamelon : maladie de Paget.
- Déformation du sein, attraction ou infiltration cutanée, ulcération.
- Sein inflammatoire.

➤ L'examen clinique est bilatéral et comparatif :

- Interrogatoire : il recherche les facteurs de risque.
- Inspection : recherche d'une déformation.
- La palpation des seins recherche un nodule dur, indolore et irrégulier. Elle doit noter :
 - Taille.
 - Localisation dans un des 4 quadrants du sein.

- Distance à l'aréole.
 - Mobilité par rapport au plan profond et à la peau.
 - Extension à la peau (érythème, œdème cutané, nodule de perméation, ulcération, rétraction).
- L'examen clinique doit également porter sur le mamelon et l'aréole : œdème, déformation, rétraction, et rechercher des signes inflammatoires : un érythème, un œdème cutané ou aspect en peau d'orange, une dilatation des trajets veineux superficiels. (Loriot. Y, Mordant.P, 2011, P 499).

5/ Moyens de diagnostic :

5-1- Clinique :

5-1-1-L'interrogatoire : Permet de préciser les signes d'appel qui sont variables :

- Grosse tumeur, ulcère – déformation du sein.
- Ecoulement mamelonnaire sanglant.
- Rétraction du mamelon.

Grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. L'interrogatoire précisera les facteurs de risque et appréciera son évolutivité. (Benzidane.N 2004.P,9).

5-1-2-L'examen clinique :

Se fait sur une patiente torse nu, en bonne lumière en position assise bras pendants de face puis bras levés.

A l'inspection ; on cherchera :

- Une asymétrie, une voussure mammaire, une fossette (méplat) d'attraction cutané.
- Une ulcération dans les cas avancés des signes inflammatoires.
- Rétraction du mamelon – un aspect eczématiforme du mamelon évoquant une maladie de Paget.

- La palpation : a pour but de définir l'existence de formation tumorale dissociable du reste de Sa consistance et ses limites, sa forme et sa taille. L'existence d'adhérence à la glande.
- Peau, au mamelon ou au plan profond et sa localisation. On examinera le creux axillaire homolatéral et le creux sus-claviculaire à la recherche d'adénopathies.

Au terme de cet examen clinique nous dégageons des éléments de présomption en faveur de la bénignité ou bien de la malignité que nous renforçons par les examens complémentaires. (Benzidane.N 2004, p.9).

5-2- Examens complémentaires :

5-2-1- Radiologie : La mammographie est le meilleur des examens d'imagerie du sein, elle joue un rôle important dans le diagnostic et chaque étape du traitement locorégional et pour la surveillance :

***Les opacités tumorales :**

Opacités stellaires : avec des prolongements en rameaux dans le parenchyme adjacent, parfois un seul prolongement peut réunir la zone stellaire au mamelon. Ce sont des tumeurs fibreuses de types squirreux. (Benzidane.N 2004,p.11).

Opacité sp cul e : nodulaire, de taille variable, dense à contours r guli rs ou finement irrégulière et nettement définie. Ce type d'image peut être trouvé dans des tumeurs bénignes (kystes et adénofibromes) et de tumeurs malignes : carcinome médullaire, carcinome kystis  ou associé à un adénofibrome, sarcome, métastase et adénopathie intra-mammaire.

Les calcifications : Les microcalcifications essentiellement siégeant souvent dans les lobules adjacents de la zone suspect soit à l'intérieur d'un foyer carcinomateux.

(Benzidane.N 2004p,11).

Les microcalcifications vermiculaires et les microcalcifications punctiformes irrégulières correspondent toujours à des épithéliomas. (Benzidane.N 2004, p.11).

La mise en évidence des microcalcifications group es, punctiformes, régulières ou de microcalcifications trop ténues pour que l'on puisse apprécier leur morphologie, nécessite une exérèse. Le risque de malignité est de 2/3. (Benzidane.N 2004,p.11)

Autres signes : Un halo clair d'œdème péri tumoral, un épaissement localisé, une rétraction cutanée.

La mammographie précise l'étendue des lésions et ses dimensions en agrandissement, elle explore mieux les spicules, analyse mieux les microcalcifications et décèle des micro foyers plus nombreux. (Benzidane.N 2004, p ,11)

S'il existe un écoulement sanglant ou eau de roche par le mamelon la galactographie pourra réaliser une exploration du canal tumoral et montrer une ou plusieurs lacunes tumorales intra canalaire impalpables et invisibles par les autres techniques. (Benzidane.N 2004, p.11).

Le radiologiste doit comme le cytologiste et le clinicien accepter de ne pas être seulement descriptif mais de "s'engager" dans le sens de la bénignité ou de la malignité, la somme de ces engagements clinique et paracliniques constituera le bilan diagnostique et pronostic permettant de définir une stratégie thérapeutique. (Benzidane.N 2004, P ,11)

Autres : galactographie, thermographie (indispensable dans la surveillance du sein irradié, utile dans le bilan diagnostique), L'échographie. (Benzidane.N 2004, P.11)

5-2-2- Biologie

5-2-2-1- les marqueurs sériques :

Il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueurs sériques spécifiques des adénocarcinomes mammaires ainsi leur faible sensibilité et spécificité limitent leur intérêt, et ne sont pas indispensables au diagnostic. (Benzidane.N 2004, p.13).

5-2-2-2- Les récepteurs hormonaux :

Le dosage des récepteurs d'œstrogènes et de progestérones est intéressant pour deux raisons : L'absence de ces récepteurs est un facteur pronostic péjoratif. La présence de ces récepteurs, et surtout récepteur à la progestérone outre qu'elle représente en soi un élément favorable du pronostic, constitue une indication de l'hormonothérapie adjuvante dont l'efficacité a été démontrée. (Benzidane.N 2004, p.13)

Ainsi au terme de ce bilan clinique et para clinique reposant essentiellement sur le trépied (clinique, cytologique et mammographique) le diagnostic du cancer du sein est retenu lorsque le

trépied est concordant.

Il est nécessaire de faire un bilan d'extension qui comprend :

- un téléthorax
- radio du bassin
- une scintigraphie osseuse
- une échographie. (Benzidane.N 2004.p,14).



Figure N°2 : Une échographie mammaire.

6/ Les facteurs de risque de cancer du sein :

De nombreux facteurs de risque ont été suspectés et sont très souvent intriqués :

- **Facteurs hormonaux :** Sont de grande importance, le mécanisme n'est pas totalement élucidé. L'une des hypothèses consiste à expliquer l'augmentation du risque par la durée d'exposition des cellules mammaires à des « agents hormonodépendant initiation de la cancérisation » ce qui serait le cas chez les femmes ayant des règles précoces et une première grossesse tardive voir absente. La mutation glandulaire du post-partum interviendrait comme un facteur protecteur. (Benzidane.N, 2004, p.9).

-Facteurs génétiques : Le caractère familial évident de certains cancers du sein peut être attribué aussi à des désordres génétiques qu'à des facteurs environnementaux.

(Benzidane.N, 2004, p.9)

7/ Le traitement de cancer du sein :

Traiter le cancer du sein est la nécessité de préserver un organe, aussi symbolique a considérablement modifié la stratégie thérapeutique grâce à l'amélioration des traitements locaux (chirurgie, radiothérapie) pour un traitement conservateur, et la prescription judicieuse des traitements médicaux adjuvants (hormonothérapie, chimiothérapie) a permis de réduire significativement la mortalité. (Benzidane.N 2004,p,16).

7-1- Méthodes thérapeutiques :

7-1-1- La chirurgie :

Permet le traitement loco régional, autrement-dit celui de la tumeur primitive et celui des envahissements ganglionnaires potentiels axillaires.

Le traitement de la tumeur primitive, il peut consister en une mammectomie ; on peut dire que la chirurgie radicale et ultraradicale (opération de Halstead élargie ou non) a perdu progressivement beaucoup de terrain au profit de la chirurgie radicale limitée (opération de Paty) et qui à son tour se trouve maintenant affrontée au traitement chirurgical non mutilant (traitement conservateur). La tumorectomie large passant à 1 ou 2 cm des limites de la tumeur proposée essentiellement au cancer de moins de 3 cm à distance du mamelon en tenant compte du volume mammaire. (Benzidane.N, 2004.p,9).

Le curage ganglionnaire axillaire homolatéral est systématique emportant les ganglions de l'étage sous-pectoral et l'étage retro-pectoral. 10 à 20 ganglions sont en règle retirés. Il faut noter que l'envahissement axillaire histologique est retrouvé dans 1/3 des cas d'absence de ganglions palpables et en plus l'atteinte ganglionnaire est un élément d'appréciation pronostic et de conduite thérapeutique post opératoire. (Benzidane.N 2004.p,16).

7-1-2- Radiothérapie :

Est une autre arme qui permet un traitement loco-régional, en utilisant essentiellement une radiothérapie externe par le cobalt, parfois une radiothérapie de contact par les fils d'iridium.

La radiothérapie après la chirurgie (après la cicatrisation) permet le contrôle des lésions infracliniques qui peuvent exister sur la glande mammaire (après traitement conservateur) ou bien le lit cicatriciel, sinon sur les aires, Ganglionnaires axillaires, mammaire interne et sus claviculaire. (Benzidane.N 2004, p.17).

7-1-3- Chimiothérapie :

Qui a pour le but de prolonger le taux de survie par la stérilisation des micro métastases existant au moment du diagnostic, aussi elle peut permettre un traitement conservateur après une chimiothérapie d'induction, elle est utilisée en association : les plus utilisées :

*C.M. F (cyclophosphamide, méthotrexate, 5-fluorouracile)

*F.A.C ou F.E.C (5-FU, adriamycine ou épiadriamycine et cyclophosphamide), 4 à 6 cures sont faites en postopératoire, elle débute entre le 15^{ème} et 21^{ème} jour et avant la radiothérapie. Au-delà de la 3^{ème} à 4^{ème} semaine elle perd une partie de son intérêt.

Elle est utilisée chez les femmes en activité génitale, en présence d'un envahissement ganglionnaire (plus de 3 ganglions atteints) en leur absence elle est discutée chez les patientes à haut risque. (Benzidane.N 2004, p.17).

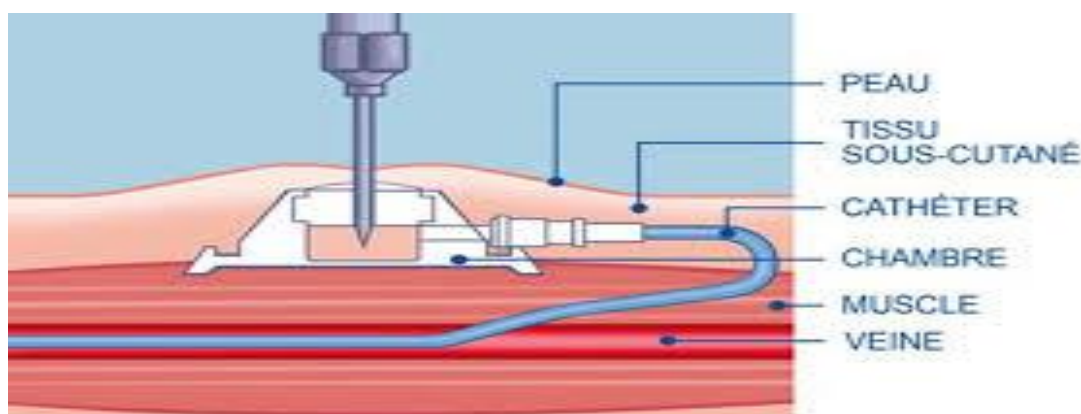


Figure N°3 : Dessin schématisé d'une chimiothérapie.



Figure N°4 : Une chimiothérapie

7-1-4- Hormonothérapie :

Utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez les patientes ménopausées. On utilise le « tamoxifène » à la dose de 20 à 30 mg/jour en cas d’envahissement ganglionnaire et récepteurs hormonaux positifs pendant au moins deux ans. (Benzidane.N, 2004, p.17).

7-2- Indications :

Consensus pour les tumeurs palpables inférieures à 3 cm uni focale, situé loin du mamelon sans signes inflammatoires ni envahissement ganglionnaire clinique :

Tumorectomie avec curage axillaire homolatéral. (Benzidane.N 2004,.p.18).

Chimiothérapie adjuvante pour les femmes en activité génitale et lorsque l’étude de la pièce opératoire retrouve plus de 3 ganglions infiltrés, un grade III de SBR, des embolies vasculaires. L’hormonothérapie pour les femmes ménopausées. (Benzidane.N 2004.p.18).

La radiothérapie est systématique sur les seins restants et les aires ganglionnaire, l’indication de la mastectomie reste formelle pour :

- Les cancers pluri focaux – les cancers intra canaux éendus : le pronostic est très favorable

Sans traitement adjuvant – cancers qui ne régressent pas sous chimiothérapie ou radiothérapie

Récidives volumineuses. (Benzidane.N 2004. p.18).

8/ Les facteurs pronostic de cancer du sein :

8-1-Facteurs clinique :

- L'âge qui semble jouer un rôle, les cancers du sein paraissent plus graves chez les femmes jeunes (moins de 35 ans).
- La taille de la tumeur : en relation avec la survie globale.
- La poussée évolutive est également un facteur très important se traduisant par l'existence de signes inflammatoires – présence d'adénopathies axillaires voir sus-claviculaire.
- Présence de métastases est naturellement un élément défavorable. (Benzidane.N 2004. p.18).

8-2-Critères biologiques :

- Le gradin histo-pronostic de Scarff-Bloom et Richardson : degré de différenciation tissulaire (1 à 3).
- Anisonucléose (1 à 3) activité mitotique (1 à 3) la somme des trois index réalise : SBR II : 6 ou 7.
- SBR I : 3, 4 ou 5.
- SBR III : 8 ou 9.
- Absence de récepteurs hormonaux, d'emblée est un facteur de mauvais pronostic.
- Le résultat du curage ganglionnaire lorsque le nombre de ganglions prélevés pour analyse est suffisant, restent l'élément pronostic le plus important. (Benzidane.N 2004.p.19).

9 /Les facteurs d'influence sur le cancer du sein :

9-1- Facteurs influençant la récurrence

- L'âge est le facteur qui influence le plus fortement sur le contrôle local ceci est dû aux faites qu'elles aient en plus souvent une exérèse incomplète ou plus d'intra canalaire associé que les

femmes plus âgées. Une exérèse chirurgicale macroscopiquement insuffisante augmente significativement le risque de récurrence locale. Enfin la présence d'embolies intra lymphatiques. (Benzidane.N 2004, p.19).

9-2-Facteurs influençant la survie :

- La taille : plus la taille est importante moins bon est le pronostic, la survie à 10 ans étant respectivement de 93 % (s 1 cm), 87 % (s 2 cm), 77% (>2 cm).
- La qualité exérèse : la survie à 10 ans étant de 88% en cas exérèse incomplète extension endolymphatique : la présence de cellules cancéreuses dans la lumière des vaisseaux péritumoraux est un facteur péjoratif. La survie à 10 ans étant de 89 % en absence d'embolie contre 60%. Le grade de Scarff-Bloom et Richardson (SBR) : plus le SBR est élevé moins bon est le pronostic.

La survie à 10 ans est :

98% pour SBR 1.

84% pour SBR II.

79% pour SBR III.

La quantité d'intra canalaire associée : en l'absence de composante intra canalaire au sein de la tumeur est de moins bon pronostic : 90% de survie à 10 ans en cas de présence d'intra canalaire au sein de la tumeur contre 79 % en cas d'absence.

Ces 5 facteurs ont une influence significative sur la survie. (Benzidane.N 2004. p.119-20)

10/ Le cancer du sein chez la femme enceinte :

Le cancer du sein est le plus fréquemment diagnostiqué pendant la grossesse, un contexte qui tend à impacter les options thérapeutiques envisageables pour lutter contre la maladie. L'évolution de la science et de la médecine permettent cependant, désormais d'envisager des traitements qui offrent un pronostic favorable pour la mère, comme pour l'enfant à naître.

Toutefois, le contexte de gravidité favorise le développement de tumeurs agressives, et l'interruption de la grossesse peut parfois être conseillée pour offrir à la patiente les meilleures chances de guérison. (<https://ishh.fr/>).

➤ **Diagnostic Cancer du sein pendant la grossesse :**

Au cours d'une grossesse, le corps de la femme évolue, notamment au niveau des tissus mammaires qui voient leurs tailles et leurs densités augmenter, ce qui complexifie le diagnostic du cancer du sein. Les modifications de la physiologie du sein, habituelles lors d'une grossesse, induisent souvent un diagnostic tardif, alors que le cancer se trouve déjà à un stade avancé de son évolution et a déjà atteint les ganglions lymphatiques. (<https://ishh.fr/>).

➤ **Les symptômes typiques du cancer chez la femme enceinte :**

Une masse au niveau du sein ou de l'aisselle, œdèmes, rougeurs, inconfort, douleurs, saignements...) sont en effet semblables à des pathologies bénignes, communes dans un contexte de grossesse et d'allaitement.

Par ailleurs, la lecture d'une mammographie – examen rarement effectué dans un contexte de gravidité à cause de ses dangers pour l'embryon – ou d'une échographie mammaire est largement complexifiée par la densité des tissus mammaires lors de la grossesse. (<https://ishh.fr/>).

11/ Le cancer du sein chez la femme âgée :

Le cancer du sein représente chez la personne âgée une pathologie fréquente. Le choix du traitement dépend de l'âge physiologique, des pathologies et comorbidités associées ainsi que du niveau de vie et d'autonomie. (Revue-médicale-suisse).

Chez la personne âgée, la chirurgie (mastectomie ou tumorectomie), la radiothérapie et l'hormonothérapie, trouvent leur place. Au-delà de 70 ans, la place de la chimiothérapie est incertaine. En effet, les patientes de plus de 70 ans sont sous-représentées dans les études randomisées. (Revue-médicale-suisse).

➤ **Spécificités du cancer du sein chez la personne âgée :**

Tout d'abord, malgré le lien évident entre l'âge et le cancer du sein, ce diagnostic est en général posé plus tard chez les femmes plus âgées (intérêt limité de la femme âgée pour

l'auto-examen ou la mammographie, accessibilité des centres de dépistage, etc.).

Ensuite, le cancer du sein présente des caractéristiques biologiques propres aux personnes âgées. Ainsi, on observe un plus grand nombre de tumeurs présentant des récepteurs hormonaux (œstrogène et progestérone) et l'expression des marqueurs d'agressivité biologiques). (Revue-médicale-suisse).

En règle générale, les cancers du sein chez la femme âgée semblent moins agressifs mais cette population n'est pas pour autant épargnée par des cancers d'emblée très agressifs ou par les cancers inflammatoires. De récentes observations montrent qu'environ 48% des patientes âgées de 65 ans ou plus sont diagnostiquées au stade déjà métastatique. (Revue-médicale-suisse).

11/-Prévention de cancer du sein :

La prévention de cancer du sein commence par des habitudes saines, comme limiter l'alcool et demeurer physiquement actif. Certains facteurs de risque, comme les antécédents familiaux, ne peuvent pas être modifiés. Toutefois, vous pouvez apporter des changements à votre mode de vie pour réduire vos risques :

1- Limitez la consommation d'alcool. Les résultats des dernières recherches préconisent de vous limiter la consommation d'alcool à un verre de vin par jour, même de petites quantités augmentent le risque. (Docteur-eric-sebban.fr).

2- Evitez la cigarette : un lien entre le tabagisme et le risque de cancer du sein, particulièrement chez les femmes pré-ménopauses a pu être établi. (Docteur-eric-sebban.fr).

3- Contrôlez votre poids : le surpoids ou l'obésité peuvent augmenter le risque de cancer du sein. Cela est particulièrement vrai si l'obésité survient plus tard dans la vie, surtout après la ménopause. (Docteur-eric-sebban.fr).

4- Soyez actif physiquement : L'activité physique peut vous aider à maintenir un indice de masse corporelle dans les normes, un facteur pouvant limiter le risque de cancer du sein. Pour la plupart des adultes en bonne santé, nous recommandons 2,5 heures d'activité aérobique modérée par semaine. (Docteur-eric-sebban.fr).

5- Privilégiez l'allaitement : L'allaitement maternel pourrait jouer un rôle dans la prévention du

cancer du sein. Plus vous allaitez longtemps, plus l'effet protecteur est important. (Docteur-eric-sebban.fr).

6- Limitez la dose et la durée de l'hormonothérapie : L'hormonothérapie combinée peut augmenter le risque de cancer du sein. Si vous prenez des traitements hormonaux depuis que vous êtes ménopausée, demandez à votre médecin quelles sont les autres options. Vous pourriez être en mesure de gérer vos symptômes avec des thérapies et des médicaments non hormonaux. Si vous décidez que les bienfaits de l'hormonothérapie à court terme l'emportent sur les risques, utilisez la dose la plus faible qui vous convient et continuez de demander à votre médecin de surveiller la durée pendant laquelle vous prenez des hormones. (Docteur-eric-sebban.fr).

7- Éviter l'exposition aux rayonnements et à la pollution de l'environnement : Les méthodes d'imagerie médicale, comme la tomodensitométrie, utilisent des doses élevées de rayonnement. Bien que d'autres études soient nécessaires, certaines recherches suggèrent un lien entre le cancer du sein et l'exposition aux rayonnements. (Docteur-eric-sebban.fr).

8- Surveillez votre alimentation : Une alimentation saine peut réduire le risque de certains types de cancer, de diabète, de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux. Les femmes qui consomment une diète méditerranéenne complétée par de l'huile d'olive extra vierge et des noix peuvent avoir un risque réduit de cancer du sein. Le régime méditerranéen se concentre principalement sur les aliments d'origine végétale, tels que les fruits et légumes, les légumineuses et les noix. (Docteur-eric-sebban.fr).

Synthèse

Le cancer mammaire est le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Il s'accompagne très souvent de quelques métastases à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement, les analyses de cinétiques 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 devrait répondre à une stratégie médicale globale et non plus locorégionale, c'est-à-dire l'intérêt de prescrire systématiquement un traitement général après la chirurgie lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorables. Les idées ont beaucoup changé en matière de traitement de cancer du sein, on reconnaît maintenant les mérites du traitement conservateur non mutilant, le cancer est donc un tel problème de santé publique qu'il est essentiel de savoir le prévenir et de pouvoir le dépister à temps pour diminuer la mortalité.

Chapitre II : Les stratégies de Coping

Préambule

Dans le deuxième chapitre, nous sommes constamment confrontés à des situations et des événements qui suscitent en nous diverse émotion désagréable, ces situations peuvent être banales et quotidiennes, ou ponctuelles et sérieuses, puis nous apporterons un éclairage détaillé sur les stratégies du coping que les femmes mettent en œuvre pour faire face au cancer du sein, dont le cas pour maîtriser ou mieux tolérer le stress.

1/- Définition du terme coping :

Le terme se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources. (Graziani. P, 2004, P77-78).

Selon Schweitzer : Les stratégies de coping désigne : c'est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux. (Bruchon-schweitzer.M,2002, P 356).

Constamment chantants, (déployé) pour gérer les exigences spécifiques interne ou externe qui sont évalués par la personne comme consommant ou excédant ses ressources. (Bruchon-schweitzer.M,2002, P356).

2/ Définition des stratégies de coping :

Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier – et être modifié par la situation). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations. Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (Lazarus et Folkman. 1984, p.141).

3/-L'histoire du terme coping :

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie. Le coping est issu de l'étude des mécanismes de défense, mais, dès le départ, il a cherché à mieux incorporer des processus psychologiques compliqués, impliqués dans les réactions à la fois comportementales et cognitives de la personne. (Chabrol.H, Callahan.S ,2004, P.105)

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptés » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais, au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping ». (Chabrol.H, Callahan.S ,2004, P.105).

Le terme « coping » est apparu pour la première fois dans les abstracts de psychologie en 1967, et depuis, plusieurs catégories se sont ajoutées (styles de coping, ressources de coping, évaluation du coping, etc.). Ces dernières années, la recherche sur la notion de coping s'est donc fortement développée. Il est, somme toute, difficile de l'étudier isolément, car, comme nous le verrons, le coping est influencé par divers facteurs. (Chabrol.H, Callahan.S ,2004, P.105).

4/- Les catégories des stratégies de coping :

Selon les catégories de stratégies utilisées dans le coping face à la douleur d'après Katz et All (1996) :

3-1-Stratégies cognitives :

***Coping attentionnel :**

Voir les choses de manière tragique (catastrophise) : La prière/l'espoir, L'imagerie positive, L'inoculation au stress, Les affirmations, La réévaluation, l'auto-blâme, l'attention à la douleur, La rationalisation. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p. 142).

***Coping évitant :**

Le détournement de l'attention, Ignorer les sensations douloureuses, La prise de distance, Le déni prendre ses désirs pour des réalités, La minimisation de la menace, La dissociation, La suppression. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.142).

3-2- Stratégies comportementales :***Coping attentionnel :**

L'hypnose, Le conditionnement opérant, La modélisation, l'exercice, La recherche d'attention, L'expression émotionnelle, La recherche d'informations, La recherche de soutien social. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.142).

***Coping évitant :**

Le repos /la relaxation, La prise de médicaments, Regarder la télévision, Les loisirs, La réduction des activités, L'augmentation des activités, L'isolation. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004 .142).

Selon Lazarus et Folkman :

Les évaluations relatives à la situation perturbante et aux ressources disponibles vont déterminer l'élaboration de stratégies de faire face ou de coping. Le terme de coping a été élaboré dans une perspective transactionnelle à la fin des années soixante-dix pour désigner un ensemble organisé de réponses d'ajustement à des situations aversives (à ne pas confondre avec Tissue, adaptative ou non, de ces réponses qui est, dans ce modèle, le critère à prédire). (Lazarus et Folkman, 1984, p.141).

On décrit généralement un coping centré sur le problème (ou instrumental) correspond aux tentatives cognitives et comportementales pour contrôler, ou modifier la situation. Certains auteurs qualifient ce type de coping d'actif » ou de vigilant. (Suls et Fletcher, 1985, p. 58).

Le coping centré sur l'émotion regroupe les diverses tentatives du sujet pour contrôler, ou de modifier la tension émotionnelle induite par la situation, il peut se décliner de diverses façons : évitement ou direction, pensée magique, réévaluation, expression (ou non-expression) des

émotions, auto-accusation ou religiosité, etc. D'autres auteurs préfèrent parler ici de coping passif ou évitant. (Suls et Fletcher, 1985, p.58).

- La définition donnée par LAZRUS dans son ouvrage (psychological stress ans coping process) :« C'est un ensemble de stratégies mises en oeuvre pour affronter les situations difficiles ou les évènements stressants ». (Lazarus et Folkman, 1984, p.141).

5-Les phases d'évaluation du coping :

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.71).

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire), et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire).

Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.71).

Maintenant, on va citer les différentes phases qui permettent de faire une évaluation du coping, on a deux types :

5-1- L'évaluation primaire :

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation, et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions. Particulières. Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle), et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle), et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001p.71).

5-2- L'évaluation secondaire :

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation,). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.71).

6- Les types des stratégies de coping :

D'après les recherches menées sur une palette entendue de stress depuis une vingtaine d'année, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différentes d'une situation aversive à l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.26).

6-1- Le coping centré sur le problème :

Il correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation, il comprend diverses stratégies : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif...etc. ou le nomme parfois coping « vigilant » ou « actif ». (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.26).

6-2- Le coping centré sur l'émotion :

Comprend les diverse tentatives du sujet pour gérer les tensions émotionnelles induites par la situation : évitement (dormir plus que habitude, ne pas penser au problème...), distraction (regarder la télévision, écouter la musique...), pensée « magique » ou déni (faire comme si la situation n'existe pas), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimisme (maximisation de la menace, perte de contrôle anticipation d'une issue défavorable...), expression ou, contraire répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse...) autoaccusation (se sentir

responsable) ; stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...), dont on parle parfois ici de coping « évitement » ou encore « passif ». (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.26).

6-3- La recherche du soutien social :

Apparaît parfois comme troisième stratégie globale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social présenté ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte). Il s'agit ici de tentative affective de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource. (Bruchon-Schweitzer .M, 2001, p.26).

7/-Les modèles du coping :

7-1- Les stressés, les ressources et la dépression :

Holahan et Moos (1991) ont élaboré un modèle associant les stressés et les ressources (individuelles et sociales), avec leurs effets sur la dépression. Les ressources qui sont impliquées dans ce modèle comprennent la confiance. Une disposition plutôt détendue, l'utilisation des stratégies de coping active (ressources individuelles) et le soutien familial (ressource sociale). Le choix de ces variables leur a été dicté par une précédente recherche, qui avait démontré leur effet sur les réponses de coping. (Chabrol.H, Callahan.S , 2004, p.118).

Alors que la notion d'ajustement mental, ou d'adaptation, est souvent liée au coping. Holahan et Moos ont étudié dans ce modèle la dépression en tant que variable précise d'une mauvaise adaptation. Ce modèle propose, par ailleurs, une distinction entre le stress « bas » et le stress « élevé ». Selon les auteurs, la relation entre les réponses de coping et l'ajustement mental changera selon que le stress est bas ou élevé. (Chabrol.H, Callahan.S , 2004, p.118).

Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre ans dans une population aléatoire, choisie dans la population totale. Les sujets ont rempli des questionnaires sur la personnalité, le soutien familial, le pourcentage du coping actif, la dépression et les événements de vie négatifs. Ils ont été mis en groupe selon le nombre et la gravité des événements négatifs qu'ils avaient vécus

l'année précédant l'étude. Ensuite, ils ont rempli les mêmes questionnaires quatre ans plus tard. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.118).

Ce travail a démontré que les ressources personnelles et le soutien familial ont une influence, soit directement, soit indirectement, sur les réponses de coping et sont prédictifs de la dépression par la suite. De plus, le type de stress influence l'interaction de ces variables de manière intéressante. Il est important de noter que le modèle démontre deux types de prédictions selon la situation du stress élevé ou bas :

Dans la situation où le stress est élevé, le modèle démontre un effet positif des ressources (individuelles et sociales) sur les stratégies de coping adaptées, qui à leur tour, donnent lieu à un ajustement mental plutôt positif (moins de dépression) : en revanche, dans la situation où le stress est relativement bas, le modèle indique que les ressources amènent directement à l'ajustement mental. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.119)

La dépression se manifestera, lorsque l'individu n'a pas assez de ressources pour faire face à sa situation. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.119)

Aussi Holahan et Moos affirment que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.119)

7-2-Soutien social, contrôlabilité et coping :

Valentiner et al. (1994) ont cherché à valider un modèle des mécanismes de médiation dans le processus du coping. Chez une population d'étudiants, leur modèle examinait l'interaction entre le soutien des parents des étudiants. L'ajustement psychologique et l'estimation de la contrôlabilité de l'événement. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.119).

Ils ont conçu le coping en tant que processus de médiation fortement influencé avaient trouvé que les individus ayant plus de ressources personnelles et par le soutien social, se référant par là même à Holahan et Moos (1987) qui sociales étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'approche (coping actif). En fait, le soutien social fournit une sorte d'assistance au coping. Ces

études ont permis de souligner l'importance du soutien de la famille. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.119).

Ensuite, la contrôlabilité a été conçue comme un modérateur du processus. La prédictibilité de leur modèle varie selon le contexte. La contrôlabilité pourrait influencer le coping au niveau du choix des stratégies et aussi du résultat final. Il est connu que la contrôlabilité a un effet sur le type de stratégie utilisée : par exemple, le coping est plutôt employé dans une situation contrôlable. (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.120).

Les sujets ont été étudiés sur une période de deux ans. Les auteurs ont évalué le soutien des parents, le pourcentage du coping actif, l'ajustement psychologique, et la contrôlabilité des événements. Les résultats ont montré que, dans la situation contrôlable, le soutien parental initial était lié à un grand pourcentage de stratégies actives, et l'utilisation de ces stratégies actives était fonction d'un bon ajustement mental. Cependant, le soutien parental n'a pas été en relation directe avec l'ajustement mental, c'était l'utilisation du coping actif qui a donné lieu à cet ajustement positif. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P120)

À l'opposé, pour les événements incontrôlables, le soutien parental était lié directement à l'ajustement mental, mais n'était pas du tout prédictif de l'utilisation du coping actif. De même, dans ces situations, l'utilisation du coping actif n'était pas liée à l'ajustement mental. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P120).

Ces résultats confèrent toute son importance à un modèle de coping ou l'adaptation serait liée à la santé mentale générale par le biais direct et indirect du coping. De plus, ce modèle démontre à quel point la contrôlabilité modifie l'influence du soutien et l'efficacité des stratégies employées. Selon ce modèle, le coping serait un processus médiateur sur la relation entre les ressources et l'ajustement dans le contexte du stress aigu. Il souligne non seulement l'influence variable du contexte, mais aussi l'importance versatile du soutien.

(Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P120).

7-3- Le coping et le soutien social en tant que processus de médiation :

Ce modèle est proposé par Dunkley et al. (2000), qui étudient, en particulier, le perfectionnisme et son effet sur le stress perçu. Ils proposent que le coping soit un processus de

médiation avec le soutien social perçu et l'expérience des « frustrations quotidiennes » (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P120).

Pour ces auteurs, le perfectionnisme serait prédictif du type de coping employé par le sujet. Ils distinguent deux types de perfectionnisme, le type « standards personnels » (personnel standards) et le type « inquiétude évaluative » (évaluative concernes). Le premier type implique une attitude de perfectionnisme envers soi, surtout concernant les buts et la performance ; le second exprime plutôt une attitude négative envers les autres qui sont perçus comme exigeants, et donne lieu à des distorsions cognitives. Il est connu que le perfectionnisme de standards personnels est lié à un coping plutôt actif. Alors que le perfectionnisme d'inquiétude évaluative est associé à un coping évitant. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P.120).

Le modèle proposé par Dunkley et al. (2000) a cherché à analyser la relation entre le perfectionnisme d'inquiétude évaluative et les frustrations quotidiennes, le coping évitant et la perception du soutien social. En effet, leur proposition se base sur le fait que ce genre de perfectionnistes à tendance à déboucher sur une détresse générée par des frustrations quotidiennes et sur la perception d'un manque de soutien. Les sujets participant à cette étude ont rempli des questionnaires sur le perfectionnisme, le coping, le stress au quotidien, le soutien social perçu et les symptômes actuels de la détresse. Les résultats ont validé l'hypothèse que les frustrations quotidiennes, le soutien social perçu et le coping évitant étaient des modérateurs expliquant la relation entre le perfectionnisme et la détresse. Ce modèle met en évidence que ce type de perfectionnisme (inquiétude évaluative) a des répercussions sur la perception de la réalité (composée par le soutien social, la frustration engendrée par les embêtements et le vécu de la détresse). (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, 121).

C'est une manière d'appréhender le coping par l'effet exercé par le sujet. La perception du sujet serait un composant essentiel dans le type de coping employé, mais ce n'est pas étonnant si l'on se réfère à la définition du stress (cf. infra) qui souligne l'importance de la perception du stress, soit imaginée, soit réelle. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004 P.121).

7-4 -Les processus motivationnels et cognitifs sous-jacents au coping :

Pour étudier l'influence des processus motivationnels et cognitifs, Cheng (2003) a examiné un aspect précis du coping : la souplesse (coping flexibility). Il explique que cette notion de

souplesse semble intéresser de plus en plus les chercheurs en coping. En effet, la souplesse du coping serait un moyen pour comprendre le coping en tant que « méta-capacité ». Cette capacité de moduler le choix des stratégies employées est impliquée dans un bon ajustement mental (Cheng, 2001), et elle est le plus souvent liée au contexte. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, P.121).

Cheng (2003) souligne que, pour que le coping s'opère, il faut ajuster finement les stratégies employées. Pour y parvenir, l'individu utilisera des capacités cognitives. L'auteur a choisi d'examiner ici la facilité discriminante, c'est-à-dire la capacité de l'individu « d'estimer la situation et de choisir des comportements appropriés en réponse aux contingences changeantes ». Cette facilité discriminante semble réguler les comportements du coping à travers divers indices qui constituent un contexte précis. En fait, les individus démontrant une capacité importante de la facilité discriminante sont plus souples quant à leur utilisation des stratégies de coping. La facilité discriminante est choisie comme une capacité cognitive pour cette étude. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.120).

Comme c'est le cas pour les processus cognitifs, les processus motivationnels influencent le coping, car ce dernier est le plus souvent orienté vers un but (résoudre un problème, diminuer l'anxiété, etc.). Cheng (2003) s'intéresse la réalisation de n'importe quel but. Un moyen pour appréhender la motivation aux processus motivationnels, car la motivation joue un rôle important dans la réalisation de n'importe quel but. Un moyen pour appréhender la motivation serait de regarder le « besoin de clôture » (closure), terme introduit par Kruglanski (1989). Le besoin de clôture est à rattacher au désir de certitude et à l'intolérance de l'ambiguïté. Plus la personne a besoin de clôture, plus elle aura tendance à agir d'après son premier instinct et à persévérer très tôt sur les éléments dans le processus du coping. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.121).

Cheng (2003) a réalisé trois études pour examiner les rôles de ces processus, par la mesure non seulement de ces processus mais aussi de l'anxiété, des symptômes physiologiques, de la qualité de la vie et de l'affect négatif. Ces études ont démontré tout d'abord que la facilité discriminante était un processus cognitif sous-jacent à la souplesse, que le besoin de clôture était un processus motivationnel influencé par la souplesse et qu'il pouvait modifier l'ajustement mental. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.121).

Dans ce modèle, la facilité discriminante semble être un processus cognitif qui prédit la souplesse. Les individus ayant une bonne facilité discriminante ajustent constamment leurs choix en fonction des impressions changeantes, et élaborent donc des réponses de type « si-alors ». Ce style de coping très souple s'avère extrêmement efficace. De même, la motivation impliquée dans le besoin de clôture influence la souplesse dans la mesure où un besoin élevé de clôture réduit les choix possibles, et ainsi la souplesse du coping. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.122).

Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est impossible actuellement de proposer un modèle intégrant toutes les variables impliquées dans le coping. Mais cette conceptualisation du coping est prometteuse pour une meilleure compréhension du coping dans l'avenir. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.122).

Les modèles mettent l'accent sur l'interaction des variables internes et externes, et soulignent que le coping peut être non seulement une réponse, mais aussi un processus de médiation. Par ailleurs, certaines variables changeront le rôle du coping dans l'adaptation, en particulier le stress exercé par l'événement. Nous avons vu aussi que le résultat n'est pas finalement le coping, mais plutôt l'ajustement mental qui sera influencé de manière variable par le coping. (Chabrol. H, Callahan.S, 2004, p.122).

La modélisation du coping a permis de mieux appréhender la notion et la manière dont les gens réagissent face aux difficultés. Selon Holahan et Moos (1991), les modèles futurs devraient aussi intégrer des notions annexes au stress, notamment l'évaluation cognitive et le choix des stratégies de coping. Un autre processus cognitif - la capacité de rechercher des informations même en situation de forte tension, est aussi proposé par Miller (1987). (Chabrol.H, Callahan.S, 2004, p.122).

8-Coping et cancer :

L'influence des modes de coping sur l'adaptation de la personne face à un événement stressant, les chercheurs psycho-oncologie ont tenté d'identifier quels modes de coping les personnes atteintes de cancer privilégient et ceux qui sont susceptibles de favoriser une bonne adaptation au cancer. Les auteurs ne s'entendent pas tous sur la question. Cette controverse est due, en partie, au fait que les classifications de coping et les instruments de mesure varient selon

les études, les ce qui rend la généralisation des résultats forts difficile. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

Heim E (1991), a effectué un méta- analyse afin d'uniformiser les classifications de coping et de ressortir celles considèrent comme étant positives, c'est-à-dire aidante pour la personne et celles étant négatives ou plus nuisibles à l'adaptation au cancer. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

Parmi les stratégies efficaces, se trouvent, prendre soin de soi (attention and care), faire front à la situation (tackling), utiliser des techniques de résolution de problèmes (problème analyses). Accepter la situation avec courage (acceptance/stoïcisme), se distraire (diversion as action), être optimiste (optimisme). Relativiser les évènements (relativisions), la valorisation (valorisation), la religion (religion) ainsi que la coopération passive (passive coopératcance). (Marcoux L, 2001, p.31-34).

À l'inverse, la résignation/le fatalisme, (résignation/fatalisme), la dissimulation de la vérité ou de la réalité (dissimulation), la diversion (diversion), le retrait social (social withdrawal), l'isolation (isolation/suppression), le fait de conserver son calme (perserving composure), la résolution de problèmes (problème analyses), les ruminations (rumination) et les comportements d'auto accusation (self accusation ont ressorti comme étant des modes de coping négatifs dans l'adaptation au cancer Dans un même ordre d'idées, c'est-à-dire la volonté de vérifier s'il existe des stratégies de coping privilégiées par les gens atteints de cancer, Dunkel Schetter et al (1992) ont validé un instrument de mesure de coping adapté pour le cancer soit le « Ways of coping cancer ». Leur étude effectuée auprès de 603 patients atteints d'un cancer (tous diagnostics confondus) a fait ressortir cinq modes de coping spécifique au cancer. Il s'agit de la centration sur le positif, la recherche de soutien social, la distanciation, la fuite ou l'évitement au niveau cognitif et la fuite ou l'évitement au niveau comportemental. Parmi ces cinq stratégies, la recherche de soutien social, la centration sur le positif et la distanciation étaient pour eux associées à moins de détresse émotionnelle alors que l'utilisation de fuite/évitement coping et comportemental étaient associées à plus de détresse. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

9- Coping et cancer du sein :

Auprès des femmes atteintes du cancer du sein, Stanton et Snyder (1993) ont trouvé que l'évitement cognitif est un prédicteur important du niveau de détresse. De plus, le réseau de

soutien social de la femme joue un rôle modérateur au stress associé à la situation et le fait de recherche, ce soutien est considéré, comme une stratégie de coping efficace. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

Carver et coll. (1994) ont trouvé, quant à eux, que l'acceptation, l'humeur et la religion étaient de bons protecteurs de la santé mentale des femmes atteintes de cancer du sein, alors que le déni et le désengagement prédisaient un niveau de détresse élevé. Stanton et all. (2000), pour leur part, constatent que le fait d'utiliser des stratégies permettent l'expression des émotions est associé à un meilleur ajustement psychologique et physique et constituait un meilleur prédicteur de la qualité de vie et de la détresse psychologique que ne le sont les autres stratégies. Par exemple, le coping par l'évitement est associé à la plus de détresse. L'acceptation à une meilleure qualité de vie et la spiritualité à moins de détresse psychologique. Il ressort également que l'expression des émotions est adaptative à la condition de survenir dans un environnement réceptif et ouvert à l'expression des émotions. Étant donné que les classifications de coping diffèrent souvent d'une étude à l'autre, que les résultats sont inconsistants, il est difficile d'identifier clairement et avec certitude les stratégies favorisantes ou non l'adaptation. Malgré ce fait, dans l'ensemble l'évitement est considéré comme négatif : la recherche de soutien social et la religion comme étant positive chez les femmes. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

Incluant les hommes dans l'étude des stratégies de coping, Northouse (1895) à étude quelle étaient les stratégies les plus utilisées par 50 couples. Les mesures étaient prises alors que la femme était à l'hôpital et au mois plus tard. Le soutien émotionnel est apparu comme le facteur qui aide le plus les patientes et leur conjoint à faire face à la maladie. Il s'agissait également de la stratégie la plus utilisée pour les hommes et les femmes aux deux temps de mesure. Les croyances religieuses (plus spécifiquement la foi), la recherche d'informations et une attitude positive ont été les trois autres stratégies qui sont ressorties pour ces hommes et les femmes aux deux temps de mesure. Carlson et all. (2000), ont signalé que, dans l'ensemble, le fait d'utiliser la recherche de soutien social, la communication, d'essayer de trouver un sens, de demeurer optimiste et de ne pas faire d'évitement ou de fuite était associé à un niveau de détresse plus bas et à un meilleur ajustement chez les partenaires de patients atteints de cancer en général. (Marcoux L, 2001, p.31-34).

Synthèse

D'après tous ce qu'a été abordé, on distingue que le coping fut l'intérêt de plusieurs chercheurs et auteurs qui ont tous accordé à la considérer comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et au exigences interne et externe. Les sources de stratégies de coping sont différentes, il y'a les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressants en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologiques qui englobe les croyances et les processus sociale tel que le soutien social.

Partie Pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche.

Préambule :

La méthodologie désigne l'ensemble des méthodes et des techniques utilisées dans un domaine particulier, ainsi que l'étude de ces méthodes.

Dans une étude clinique, la méthodologie de l'étude représente la population étudiée, la façon de mener l'étude, ainsi que les moyens cliniques utilisés pour analyser les résultats obtenus. De manière assez standardisée, la publication d'une étude clinique commence par un paragraphe méthodologique appelé matériel et méthodes

1/- La pré-enquête :

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

Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient validés, fiable, renseignés, argumentées et justifiées.

Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf.O ,1987, p.102).

La pré-enquête que nous avons menée, à pour objectif la connaissance du terrain d'étude, et consiste à connaître la population des femmes ayant un cancer du sein, au sein de l'association de bienfaisance d'aide aux maladies cancéreux « TUDERT » située à Amizour.

Cette pré-enquête a pour but de constituer l'affectif des femmes cancéreuses dans l'association de bienfaisance d'aide aux maladies cancéreux TUDERT, et ainsi d'observer leurs comportements, et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude.

Notre pré-enquête constituée de nombreuses rencontres ouvertes avec des femmes ayant un cancer du sein, dans le but d'obtenir des renseignements importants traitons notre thème de recherche.

Notre pré-enquête est en relation avec notre thème de recherche s'est effectuée comme suite :

Au début on s'est renseigné sur les différents associations d'aide aux maladies cancéreux dans la wilaya de Béjaïa, et c'est pour pouvoir s'assurer de la disponibilité de la population d'études et préciser le lieu où se déroulera notre recherche.

Par la suite, on a pu rencontrer le président de l'association de bienfaisance d'aide aux maladies cancéreux TUDERT à Amizour et c'est grâce à l'orientation de la psychologue clinicienne travaillant dans cette association.

Après avoir eu l'autorisation d'avoir accès à cette association , où on s'est présenté comme étant des étudiantes de psychologie clinique en master 2 à l'université de Abderrahman Mira de Béjaïa ,en vue de l'obtention d'un mémoire de fin de cycle , où on leur a proposé notre thème de recherche : « Les stratégies de coping chez les femmes atteintes d'un cancer du sein : étude comparative entre les femmes mariées et les femmes célibataires » , et la raison pour laquelle on s'est présenté à cette association est de trouver un groupe d'étude à fin d'établir notre recherche .

L'enquête se veut un outil d'étude d'obtenir des informations correspondant aux objectifs afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

On a voulu entamer la suite de notre recherche par une enquête suivie de plusieurs cas pour confirmer ou infirmer nos hypothèses et notre thème de recherche.

2/- L'enquête :

Les enquêtes constituent une méthode d'étude à champ large s'exerçant à propos de situations habituelles et spécialement conçue pour permettre la description de comportements adaptatifs complexes d'où des populations étendues. (Bacher.F, p.432)

2- La méthode clinique :

En 1949, Lagache proposait la définition suivante : la psychologie clinique est une « discipline » fondée sur une méthode : « l'étude approfondie des cas individuels ». Ou, plus précisément : « L'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l'étude de la personne totale « en est une situation ». (Ghiglione, Richard. J, F ,2007, p.181).

Pour Lagache (1949) puis Anzieu (1974) la méthode clinique est applicable à l'homme isolément, qu'il ait des conduites dites « normales » ou pathologiques (psychologie clinique « individuelle » ; c'est dire qu'elle est l'étude de la conduite humaine « adaptée » et « inadaptée ». Entre le normal et le pathologique, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature : il n'y a pas de différence qualitative, mais uniquement une différence quantitative (Freud, Canguilhem, Lagache). Cette idée est extrêmement importante pour comprendre le fondement de la méthode clinique. Celle-ci est aussi applicable à des petits groupes (psychologie sociale clinique). (Ghiglione, Richard. J, F ,2007, p.181)

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

a) L'entretien semi-directif :

Qu'est-ce que l'entretien semi-directif ?

C'est une interaction verbale entre le chercheur et la personne interrogée : ce rapport est le plus souvent direct (face à face), ainsi entre le chercheur qui a l'initiative et une personne qui s'engage volontairement :

D'où une part d'artificialité (il se distingue de « la conversation »).

Ensuite il à des fins de recherche : il s'agit d'arriver à comprendre un phénomène à partir de l'expérience des individus. L'objectif est de comprendre en quoi le discours de la personne interviewée est porteur d'éléments qui rendent le social Intelligible. (Damhuis.L, Ruquoy.D, 2012, P3)

D'une part, l'entretien de recherche se distingue ainsi de l'entretien thérapeutique ou de l'entretien-intervention où l'objectif est d'amener l'analysé à résoudre son problème, d'autre part, il est basé sur l'utilisation souple d'un guide d'entretien se rapportant uniquement aux aspects de la vie de l'individu qui sont liés à l'objet d'étude. (Damhuis.L, Ruquoy.D, 2012, P3)

L'entretien semi-directif se distingue des 4 autres modalités d'entretien :

- L'entretien directif.

- Le récit de vie qui mêle approche biographique et thématique.
- L'entretien non-directif où est suggéré un thème général qu'il s'agit de faire explorer par l'interviewer.
- L'entretien de groupe. (Damhuis.L, Ruquoy.D, 2012, p.3).

Le déroulement des entretiens semi-directifs comporte des spécificités parce que l'interviewer qui utilise cette technique doit suivre les indications figurant dans le guide qui lui a été remis. L'originalité des entretiens directifs provient du fait que l'interviewer dispose d'une liste de questions qu'il doit administrer. (Fenneteau.H, 2002, p.26)

b) Définition et l'utilisation d'un guide d'entretien :

Le guide est élaboré par le chargé d'études ; il définit la consigne de départ et recense les thèmes qui doivent être évoqués au cours de l'entretien. Quand les entretiens sont réalisés par plusieurs interviewers, des phrases de présentation sont parfois associées à chacun des thèmes afin qu'ils soient introduits de manière uniforme. (Fenneteau.H, 2002, p.27).

La liste des thèmes est déterminée en fonction des objectifs et des caractéristiques de l'enquête. Quand les travaux antérieurs permettent de définir d'emblée une problématique précise, on détermine généralement la composition du guide d'entretien en se référant aux principales interrogations qui composent cette problématique. Dans les études purement exploratoires, il est souvent nécessaire de mener des investigations préalables : on commence par réaliser un petit nombre d'entretiens libres pour identifier les thèmes pertinents et on rédige ensuite un guide qui permet d'obtenir des informations précises en procédant à des interviews semi-directives. (Fenneteau.H, 2002 , p.27).

L'étendue de la liste des thèmes varie d'une étude à l'autre. Lorsque le chargé d'études désire orienter les personnes interrogées vers certains sujets tout en bénéficiant au maximum des avantages de la non-directivité, il utilise un petit nombre de thèmes (cinq ou six environ). Dans ce cas, l'interviewer peut laisser les individus parler librement en se contentant de les orienter vers les thèmes qu'ils n'abordent pas spontanément. Quand le chargé d'études souhaite obtenir des indications très précises, il tend généralement à multiplier les thèmes et les sous-thèmes ; le guide d'entretien comporte alors une vingtaine ou une trentaine de rubriques. Lorsque le chargé d'études

procède ainsi, il perd une partie des avantages fournis par la non-directivité. En effet, quand la liste est assez longue, les différents sous-thèmes ne sont pas tous indépendants les uns des autres ; il y a une logique à respecter et il est nécessaire d'imposer des contraintes aux interviewés. (Fenneteau.H, 2002, p.27).

➤ **Le guide d'entretien :**

Définit par ailleurs la stratégie que l'interviewer doit adopter. Il détermine la façon dont il convient de combiner la directivité et la non-directivité, en indiquant notamment si l'interviewer doit présenter les thèmes dans un ordre donné ou s'il doit faire preuve de flexibilité. Dans certains cas, le guide définit le degré de précision recherché et désigne les thèmes pour lesquels l'interviewer doit impérativement effectuer des relances si les individus ne fournissent pas suffisamment d'information. (Fenneteau.H, 2002, p.27)

Le guide peut également indiquer s'il faut ou non encourager l'interviewer à développer la composante affective de son discours. Enfin, dans certaines enquêtes particulières, les instructions contenues dans le guide signalent que tel type d'intervention doit être privilégié ou au contraire évité (lorsque les risques de blocage sont importants, il est généralement préférable de ne pas employer la technique du reflet personnalisé). (Fenneteau.H, 2002, p.27)

Exemple : Un fabricant d'eau de toilette fait réaliser une étude répondant à un double objectif : il souhaite savoir comment les consommatrices se représentent l'eau de toilette aujourd'hui comment elles achètent ce type de produit. La consigne de départ est relativement directe « J'aimerais que vous me parliez de l'eau de toilette, de ce que cela représente pour vous ». (Fenneteau.H, 2002, p.27)

c) L'étude de cas :

L'intérêt pour l'étude de cas a bénéficié, dans l'élaboration des protocoles de cas individuels en Angleterre dans les années 1960, puis décrits dans un ouvrage classique de Hersen et Barlow (1976), aux Etats-Unis. Suivent les travaux de Kazdin (1982), Barlow, Hayes et Nelson (1984) et Bellack et Hersen (1984). Des informations, en français, concernant les protocoles de cas individuels peuvent être trouvés dans l'ouvrage de Ladouceur et Bergin (1980) et dans des chapitres figurant dans les ouvrages de Bouvard et Légeron (1985) et respectivement, de Bouvard

et Cottraux (2002). La perspective ouverte par les protocoles de cas individuels est bien décrite par Hilliard (1993) qui propose de définir ce type d'étude comme une recherche intra sujet (c'est-à-dire visant l'étude longitudinale, chez un seul sujet, de la variation d'une ou de plusieurs variables pertinentes), qui se caractérise, d'une part, par le fait que les données individuelles sont traitées séparément (en évitant donc leur agrégation) et, d'autre part, par le fait que la généralisation des résultats est abordée en répliquant la recherche sur un seul cas à la fois. (Lonescu.S et Blanchet. A, 2009, p.16-17).

3/- Présentation de lieu de recherche :

3-1-Le cadre spatio-temporel de l'étude.

- **Le temps de l'étude :**

L'enquête s'est déroulée de 06 février 2023 au 21 avril 2023 période durant laquelle nous avons effectués nos entretiens avec les membres du bureau exécutif de l'Association afin de recueillir les données nécessaires pour notre recherche.

- **Le lieu de l'étude :**

Notre enquête s'est déroulée au sein de l'association de bienfaisance « TUDERT » d'aide aux malades cancéreux de la commune d'Amizour Wilaya de Bejaia.

- **Présentation de l'organisme d'accueil :**

Dans cette section nous allons présenter l'association de bienfaisance « TUDERT » d'aide aux malades cancéreux sous divers aspects à savoir son historique, sa mission principale, ses objectifs, ses moyens humains et matériels.

- **Présentation de l'association « TUDERT » :**

L'association de bienfaisance « TUDERT » d'aide aux malades cancéreux d'Amizour est une association de solidarité et de bienveillance à but non lucratifs, créée le 28 juin 2015 par des cadres de la santé, de la solidarité et de la société civil ou le but est d'accompagner les malades cancéreux dans le processus de prise en charge multidisciplinaire. Elle est régie par la loi 06/12 relative aux associations. Elle est constituée de 15 membres fondateurs et 1538 adhérents.

L'association " TUDERT" Amizour active dans la prise en charge des malades cancéreux et accorde un intérêt important aux malades en situation de scolarité. Les malades en général nécessitent une prise en charge aux différentes phases de la maladie, son siège social se situe à la commune d'Amizour et avec une unité d'accueil au niveau de la cité Oultache Sidi Ahmed au centre-ville de la wilaya de Bejaia, parmi ses collaborateurs on trouve : EPH (établissement public hospitalier) d'Amizour, rameau d'olive (hôpital privé), CHU (centre hospitalo-universitaire) Khllil Amrane de Bejaia, la maison d'accueil dar essabr de Sétif, CAC (centre anti cancer) de Sétif, hôpital Chahid Mahmoudi de Tizi Ouzou, ainsi que les organes médiatiques tels que la radio Soummam,

Les objectifs de l'association :

- Aide et assistance aux personnes atteintes des maladies cancéreuses.
- Travail de solidarité pour une meilleure prise en charge des malades.
- Organisation des conférences de sensibilisation pour la population sur le cancer.
- Cordonner avec les autorités locales afin de prendre les précautions et les mesures de lutte contre le cancer.
- Installation d'une équipe mobile pour une prise en charge psychologique, orientation des malades et soins palliatifs.
- Affection d'une mammographie à la polyclinique d'Akseur.
- Décentralisation des consultations d'oncologie de la polyclinique Amizour.
- Programme de dépistage du cancer de col de l'utérus et de sein.
- Achat de matériels consommable et non consommable pour les malades.

3-2-Les activités réalisées par l'association :

1- La prise en charge des malades :

- **Le transport : « déplacement de malade »**

L'association assure une bonne prise en charge dans tous les déplacements des malades en leurs offrants un transport adéquat (4 ambulances et 4 véhicules en (VSL) Pour que le patient en bénéficie, il doit réserver une semaine d'avance auprès de l'association.

- **Examens médicaux :**

- (Scanner, IRM, scintigraphie osseuse, écho-cœur, mammographie gratuite).

-Réduction sur les frais des examens a des pourcentages différents.

L'association a procédé à l'établissement de conventions avec des différentes cliniques et médecins radiologue privé.

Pour que le patient bénéficie de la réduction, il doit présenter au médecin un bon qui sera délivré par l'association et doit prendre un rendez-vous

-prise de rendez-vous de radiothérapie au CAC de Sétif pour les patients concernés.

- **SOINS palliatifs :**

L'association assure des soins à domicile pour les malades alités par un groupe d'infirmiers (adhérents au sein de l'association) Prise en charge psychologique et orientation patients par des spécialistes (psychologues cliniciens)

- **Matériel médical :**

En cas de besoins, l'association peut douter les patients d'un matériel adéquat (fauteuil roulant, chaise, garde-robe, lit d'hôpital, matelas anti escarre, concentrateur O2, biquets et des médicaments...Etc.)

-Des visites au profit des malades au niveau de différents services de l'EPH à l'occasion des fêtes religieuses.

-Participation aux différentes activités avec toutes les associations ayant le même caractère à l'échelle de toute la wilaya.

(Document interne de l'association « TUDERT » Amizour).

4/- Le groupe d'étude :

Tout problème de recherche amène à s'intéresser à un ensemble d'éléments, la population de recherche. Dans un premier temps, il faut bien préciser les critères qui définissent cette population. Le nombre des éléments qui la composent forme son effectif. En règle générale, en raison de contraintes de temps, de coûts et de commodité, il ne sera possible d'investiguer qu'auprès d'une partie de la population, l'échantillon, qui est constitué à l'aide de l'échantillonnage.

4-1- Les caractéristiques de groupe d'étude :

Les cas	Âge	État matrimonial	Niveau d'instruction	Activité professionnelle	Autre maladie	Antécédents Familiales	Âge d'atteinte de cancer de sein
Linda	43 ans	Mariée	CEM	Femme au foyer	Son mari atteint des troubles psychologiques	Sa tante paternel	37 ans
Samira	39 ans	Célibataire	CEM	Femme au foyer	/	/	27ans
Halima	45 ans	Célibataire	/	Femme de ménage	Huit opération	-Oncle maternelle -Sa mère -Sa tante paternels	39ans
Zakia	54 ans	Mariée	3ème année médecine.	Stagiaire.	Diabétique Asthmatique	-Son père ; sa cousine.	48 ans
Fatima	52 ans	Mariée	CEM	Femme au foyer	Diabète	/	46 ans
Sabrina	30 ans	Célibataire	M2 comptabilité	Secrétaire.	/	-son frère ; sa mère.	29 ans

TableauN°1 : récapitulatif des caractéristiques de choix de groupe d'étude.

4-2- Critère de sélection de groupe d'étude :

- 1/- Trois femmes célibataires et trois femmes mariées.
- 2/- Femmes atteintes d'un cancer du sein.
- 3/- Femmes faisant l'ablation de sein.
- 4/- Femmes présent en charge de la part de l'association « TUDERT ».

5/- Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on a utilisé comme techniques, l'entretien clinique de recherche, et l'échelle toulousaine de coping.

5-1- Guide d'entretien clinique :

L'entretien clinique de chercheure est toujours associé à un guide d'entretien, qui identifie un certain nombre d'axes. Pour cela nous avons construit un guide d'entretien qui comporte des informations générales sur nos sujets, il se compose de trois axes dont chacun comporte plusieurs questions.

Au premier lieu : ce point consiste des renseignements personnels des sujets (âge, niveau d'instruction, situations professionnelles). Pour avoir une idée générale de notre cas.

Le premier axe : Englobe des questions sur l'histoire de la maladie, comment les femmes ont découvert leur maladie ainsi comment elles ont vécu cette expérience surtout au début de l'annonce.

Le deuxième axe : ce point consiste un ensemble de questions qui récolte des données sur la chimiothérapie, comment les femmes réagissent-elles face à cette dernière, et comment ont-elles réussi à surmonter les obstacles de la situation (effets secondaires de la chimiothérapie).

Troisième axe : cet axe contient aussi un ensemble de questions qui visent à la récolte des données sur l'ablation du sein, et qu'est-ce qu'elles sont ressenties et comment était leurs

réactions quand l'ablation du sein était leur dernier choix pour vivre, ainsi le changement qui est apparue après cette dernière.

Quatrième axe : ici on a basé sur le soutien et les encouragements donnés par l'entourage que ce soit psychologiquement ou financièrement, surtout à la vie conjugale chez les femmes mariées, ainsi le soutien des parents chez les femmes célibataires, et est-ce-que la qualité de leur interaction influence d'une façon positive ou négative dans leurs guérisons.

Cinquième axe : contient des informations sur la vie intime des sujets, comment les femmes vivent leurs relations avec leur conjoint, est-ce-que cette relation sa rester elle-même ou bien il Ya un certain nombre de changements.

Sixième axe : Dans cet axe qui est le dernier, on est basé sur la prise en charge de la maladie, les médicaments et le régime alimentaire donné par le médecin ainsi le genre d'aide bénéficié par l'association " TUDERT ".

5-2- Présentation et analyse de l'échelle Toulousaine de coping :

Le test utilisé est l'échelle toulousaine de coping. Et il est considéré le plus adéquate pour notre thème de recherche.

A/ Définition de l'échelle toulousaine de coping :

D'abord l'échelle désigne une technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement.

L'échelle toulousaine de coping est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer dont les individus font face et réagissent à une situation stressante, il est composé de 54 items. (S. Esparbès et autre, 1989, p.93).

B/ Histoire du test :

Le recensement des travaux sur le coping me : en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus.

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre. Deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques

- Une focalisation sur le problème (reflexion et intervention) – une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée)

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress, et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse. (S. Esparbès et autre, 1989, p.90).

Par contre, Carver, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon cinq champs : le champ comportemental, le champ cognitif, le champ émotionnel, les mécanismes de défense, et les rapports sociaux. (S. Esparbès et autre, 1989, p.90).

Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas prises en compte jusque-là. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposons une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux, et affectif. (S. Esparbès et autre, 1989, p.91).

C/ Le contenu :

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective elle est composée de 3 champs : l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'Emotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (Focalisation, Support Social, Retrait, Conversion, Contrôle et Refus). Dans le tableau (page 6), chaque champ est constitué de 5 dimensions (cf colonnes) et chaque stratégie comprend 3 dimensions (lignes). L'échelle est donc constituée de 18 dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points. (S. Esparbès et autre, 1989, p.91)

Champs \ Stratégies	I Action	II Information	III Émotion
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnelle
Support sociale	B Coopération	H Support sociale informationnel	N Support sociale émotionnelle
Retrait	C Retrait comportementale et sociale	I Rentrainement mental	O Addictivité
Conversion	D Conversion comportementale	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnelle
Refus	F Distraktion	L Dénégation	R Alexithymie

Tableau N°2 : Présentation des stratégies et des démontions de coping.

C/ Présentation des stratégies et des dimensions :

La focalisation active et cognitive : Implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution La focalisation affective (émotionnelle) implique en fait l’envahissement d’émotions spécifiques (agressivité et culpabilité). (S. Esparbès et autre, 1989, p.91).

Le support social : implique la demande d'aide en terme cognitifs (conseil, informations), ou affectif (besoin d'écoute et reconnaissance).il implique d'utiliser des actes coopératifs comme moyens de lutter contre le stress. (S. Esparbès et autre, 1989, p.92).

- **Le retrait :** le sujet se repliât su lui-même essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire, ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, médicament).
- **La conversion :** implique le changement, la transformation des comportements, des positions cognitives (acceptation), ou des valeurs (se tourner vers dieu, se donner une philosophie de vie).
- **Le contrôle :** implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités et la contention des émotions.
- **Le refus :** le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelques choses de plus agréable, il a des difficultés à décrire ses émotions. (S. Esparbès et autre, 1989, p.93).

D/ Administration et notation :

- **Administration :**

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage). (S. Esparbès et autre, 1989, p.98).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15

minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. (S. Esparbès et autre, 1989, p.98).

- **La notation :**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre du test. Ensuite 5 types de notes finales sont possibles, au choix :

Avec la feuille de dépouillement 1, on obtient :

- **Une note par dimensions :** C'est la somme des 3 phrases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex : pour la dimension A, additionner les scores obtenus aux phrases 1,19 et 37). Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus « fines » de l'échelle. 2). (S. Esparbès et autre, 1989, p.98).

- **Une note par champ :** c'est la somme des 6 dimensions constituant le champ (case

Blanche non grisée). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée.

Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs 3) Une note générale de coping c'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case Total G. (S. Esparbès et autre, 1989, p.98).

- **Une note de coping positif et une de coping négatif :** Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif, Négatif et dans les cases blanches En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, qu'il suffit d'inscrire dans la case Total de cette ligne.

*Avec la feuille de dépouillement 2 en obtient :

- **Une note totale par stratégie** : il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions, de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (S. Esparbès et autre, 1989, p.98).

La consigne :

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerné et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisi dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1 (Pas du tout) à 5 (Très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations. (S. Esparbès et autre, 1989, p.100).

Synthèse

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, dans cette recherche en s'est basé sur la méthode clinique, notre population est constituée de six cas étudiés au niveau de l'association de bienfaisance d'aide aux maladies cancéreuses située à Amizour. La population ciblée est celle des femmes atteintes d'un cancer du sein, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et l'échelle Toulousaine (les stratégies de coping), afin d'arriver aux objectifs de cette recherche.

Chapitre IV : Présentation, Analyse et discussion des hypothèses.

Préambule

Dans ce chapitre intitulé présentation et analyse des hypothèses , on a devisé le travail comme suite : en premier lieu on a présenté nos six cas clinique, à partir de leurs données recueillies durant notre entretien clinique, et nos recherches .Cependant ; en deuxième lieu on a analysé ces entretiens en utilisant l'interprétation qualitative du contenu , ainsi que les résultats de l'échelle de coping , et tout cela dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises au début de cette recherche .

I. Présentation, analyse des cas

1-1-Présentation de cas n°01 :

Madame « Linda » âgée de 43 ans, elle a le niveau d'instruction de 9^{ème} année, femme au foyer. Elle s'est mariée en 2010, mère de 2 enfants.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Linda, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Linda s'est rapidement adaptée à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

Après avoir changé la discussion avec Linda, on à repérer qu'elle a vécu une enfance très difficile et triste, ses parents sont divorcés à cause des problèmes avec sa grande mère, qui cherche toujours son bien -être elle dit soudainement que son fils doit épouser la femme qu'elle voulait : « *Emmi adyagh Tina ivghigh Nekki* ».

Après le divorce de ses parents , Linda et ses frère vivent chez ses grands-parents maternelle, elle s'est mariée de façon traditionnel c'est-à-dire un mariage traditionnel ,elle connaît pas son mari et qu'il est charmeur, elle nous raconte sur sa nuit de noce avec tristesse , en jouant avec ses mains en regardant au plafond que sa nuit de noce na pas était comme tout le monde ,dès qu'ils ont entré a leurs chambre , il lui a dit qu'on va faire de la prière .Après chacun d'eux s'est raster dans son coin, tout d'un coup il s'est parti pour réparer le parabole , et quand il s'est revenue , il

s'est directement coucher , et elle était en état de choc : « *la nuit de nauce ynou Machi am l3ibad ikkel ,minekchem GH la chambre inayid anezal après netta g chouka Neki g chouka ,dqiqqa iwli GH la dalle adiqe3ed la télé,midikchem iyen directement, Nekki khel3egh mliih* » .

À chaque fois elle remarque des manières bizarres chez son mari, telle que prendre de la douche deux fois par jour, il regarde des films sexuels en cachette, avec des regarde sexuelle au même sexe masculin, il se réveille toujours à minuit pour changer sa chambre et prendre de plaisir en regardant des petits extraits sexuels pour s'amuser.

Un jour elle a amené son mari forcément au service psychiatrie là où le médecin à distinguer qu'il représente un problème psychologique " العادة السرية " donc il lui a donné des médicaments pour se sentir mieux, ainsi des solutions pour s'éloigner de cela.

Lors de notre entretien avec Linda, on a distingué qu'elle s'est basée de raconter sur ses problèmes de sa belle-famille au lieu sa maladie, tant que ça santé était en danger.

Elle raconte qu'une fois sa belle-mère, le temps que les terroristes sont partout, elle lui a fait sorti forcément son fils en dehors de la maison qui se situe à la montagne, pour qu'il joue avec d'autres enfants en disant qu'il est majeur, alors qu'il n'avait que 6ans : « *ywen was tamgharhiw tsoufegh Emmi gh verra adil3eb, tekssiyith bessif, ou nekni nezdegh gedrar imiren iqwa el irhab, tenayid dayen damegran autant qu'il n'avait que 6 ans* »

Elle est sortie directement avec des pieds nus, elle s'est choqué ,pleurer ,elle a perdu contrôle en soit, elle est devenu comme une folle, en cherchant son fils perdu espérant qu'elle le trouve quelque part, mais son aucun résultat final ; finalement elle a découvert que son fils est parti avec d'autres enfants à la montagne là où il se trouve « المعسكر الإرهابي » l'un de ces enfants qui a pris de l'eau pour son père en disant qu'elle « *izigh yedda dweqchich ni gher oudrar winas aman i vava-s* » .

Linda s'excuse, et dit qu'à chaque fois qu'elle se rappelle de ces mauvais souvenirs elle pleure : « *semhemtiyi mittrough koul mademekthigh akka iyetherrou, teqimiya dechama gouliw* » .

Revenant aux signes de la découverte de sa maladie .Par ce qu'elle a décrit Lynda : une rougeur observable dans son sein , une douleurs dans son bras , une fièvre qui s'augmente chaque nuit , l'apparition d'une boule en bas de ses aisselle, des piqûres au niveau de son sein,

Lynda exprime qu'elle a cru que c'est juste une petite douleur qui va disparaître, ça lui arrive à chaque fois mais elle ne le prend pas en considération, jusqu'à ce que la douleur est devenue insupportable, et elle a remarqué que la boule s'augmentait jour après jour, ce qui la conduira donc à aller consulter une gynécologue, pour savoir ce qu'elle a et de lui donner des médicaments espérant que cette boule partira, là où elle lui a demandé de faire une mammographie et d'autres analyses, elle, mais elle a trouvé que cette boule s'augmente jour après jour, donc elle s'est rendue chez une gynécologue, « *nwigh d'El qrih Kan wadikkas, thterouyi Akka à chaque fois mais kathegh ennah, qareghas toura adikkas, ofigh belli la boule ni temgharay kan, donc rouhegh gh gynécologue, nighas ahath ayttoked dwa attekkes, tefkayid la mammographie wahid kra n les analyses an3ellegh* ».

Lynda est partie directement à faire ces analyses, elle était un petit peu stresser sur les résultats pendant de l'examen de la mammographie : « *qelqegh chwiya f les résultats* ».

Lors de l'annonce de sa maladie, Lynda s'est réveillée tôt, elle est partie chez son médecin avec son mari, là où il lui a informé qu'elle est touchée par cette maladie maligne. Lynda nous a raconté que lors de l'annonce de la maladie, elle n'était pas vraiment peur plus sa peur de quitter ses enfants, elle était inquiète par rapport à eux, car sa belle-mère et sa belle-sœur les détestent, d'ailleurs quand elles ont découvert qu'elle était malade, elles lui ont préparé le trousseau de défunt : « *moydina tive helkegh, oyighatara l3emriw akken iyghaten warrawiw, ogadegh fellasen ad ti3en, yerna tamgharthis Wahi tloustiw kerhenten, d'ailleurs mi3elmen helkegh soujdeniyid lekfen aked wayen i3nan lmiyeth* ». Linda raconte avec tristesse et des larmes aux yeux elle.

Linda n'a jamais eu des idées sur ce qu'on appelle la chimiothérapie, mais elle a cru que c'est le fait de brûler la tumeur finalement c'est juste un sérum : « *nwigh dassragh izzigh d sérum kan* », elle a fait six séances de chimiothérapie en s'accompagnant avec son mari. Parmi les effets secondaires de la chimiothérapie, on peut citer les suivants : la chute de cheveux, la disparition de sa période de ses règles, les vomissements, nausées, fièvre, fatigue, disparition de ses angles...etc.

Ainsi le changement apparaît dans sa vie intime dont sa relation avec son mari est devenue très froide, il commence ainsi de la critiquer et de la blesser avec des mots comme de lui montrer ses

règles si elle est une femme , et de mettre son hidjab car il déteste de la voir , et étendre la lumière pour qu'il la voit pas :« *ilaq s3it l3ada am lkhalath ilaq thweratiyittid* » , « *3oufegh akmezreggh 3el , sekhsi tafath okmezareghara* » il est devenu aussi proche d'elle au lit pour le but de la blessé et qu'elle se retire .

La patiente a eu des idées suicidaires suite aux complications de la chimiothérapie, ainsi que les problèmes qu'elle vit chaque jour avec sa belle-famille, elle s'est retrouver face a une tentative de suicide en disant qu'elle a essayé de suicidé 3 fois mais toujours elle voit les images de ses enfants devant elle, elle se retire :« *trois fois tafeghed imaniw g la dalle ad ntahreggh mais zaregh toujours les images n warrawiw teqalegh gh zdefdir* »

Linda a fait une ablation partielle au niveau de son sein droit, sa réaction été calme et presque normal, car son souhait est de vivre et garder ses enfants avec elle et les protéger de tout mal.

L'association "TUDERT " de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

Durant notre entretien avec la patiente, on a à distinguer qu'elle s'est basée sur les problèmes familiaux, que à cause de ses problèmes, elle est aujourd'hui porteuse d'un cancer de sein, au lieu de penser à la façon de se guérir.

1-2-Présentation et analyses des données du premier cas clinique :

1-2-1-Feuille de dépouillement n°1

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	3	1	1	1	1	5	3	4	5	5	3	2	3	3	1	4	5	1			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	5	1	5	1	3	5	1	1	2	2	3	4	3	1	1	1	4	1			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	5	2	2	5	4	1	5	4	4	3	4	4	3	3	5	2	1	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G	
ACTION	13			7			9			10			9			7			55	306	
INFORMATIN		4			8			9			10			7			10		48		
EMOTION			8			11			11			10			7			3	50		
POSITIF	13	4		7				9	11		10					7	10	3	74		
NEGATIF			8		8	11	9			10		10	9	7	7				79		

Tableau N°3 : feuille de dépouillement n°1 du premier cas clinique.

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 306 des champs, la note la plus élevée est de 79 qui est celle de coping négatif, par rapport au coping positif qui est de score 74, et on a le coping centré sur l’information avec une note de 48, en suite une note de 55 pour l’action, et 50 pour le champ d’émotion.

1-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 7	G <u>10</u>	M 7	24
Support social	B <u>7</u>	H 4	N 3	14
Retrait	C <u>9</u>	I 8	O 8	25
Conversion	D 10	J 9	P <u>11</u>	<u>30</u>
Contrôle	E 9	K 10	Q <u>11</u>	<u>30</u>
Refus	F 7	L 7	R <u>10</u>	24

Tableau N°4 : Feuille de dépouillement n°2 du premier cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée la conversion et le contrôle avec un score de 30, viennent ensuite le retrait avec un score de 25, et une note de 24 pour la focalisation et le refus, et une note faible pour le support social qui a un score de 14.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Lynda a mis 30 min pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : indique que Lynda recours aux coping centré sur l'action avec un score de (55), Lynda a répondu aux items qui correspondent aux stratégies centrées sur l'action (le problème) qui varient entre 3 jusqu'à 5 pour les items (01, 19, 37, 40, 7, 43, 10, 46, 13,31, 49, 16).

Le coping négatif centré sur l'action nous expliqués que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de réfère aux attitudes qui permet la diminution de niveau du stress qui dû au traitement de cancer du sein. Il nous semble que l'utilisation de coping centré sur l'action depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle permet d'augmenter l'expérience dans la gestion de son action.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Lynda et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue que Lynda a souffert d'un stress intense causé par des problèmes familiaux qui ont lui provoquer l'apparition de la maladie de cancer du sein, elle n'avait pas la capacité psychologique de supporter ses problèmes et de surmonter son stress.

Mais après avoir de l'aide psychologiques Lynda commence à exprimer ses sentiments et son vécu pour dégager ses conflits internes.

Nous avons soulevé dans l'analyse de l'échelle de coping que Lynda utilise le coping négatif centré sur l'action dans le but de contacté ses ressources intérieures et a développé un sentiment de conversion comportementale et de contrôle (régulation des activités).

2-1-Présentation de cas n°02 :

Mademoiselle "Samira" âgée de 39 ans, célibataire, femme au foyer elle a le niveau d'instruction de CEM, elle a fait une formation de pâtissière.

L'entretien et la passation de l'échelle sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Samira, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Samira s'est rapidement adaptée à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

Après avoir changé la discussion avec Samira , on repère qu'elle a vécu une enfance triste par rapport à d'autres enfants de son âge , elle a deux frères et une sœur , leurs parents sont divorcé quand elle avait 7 ans , elle n'as jamais vu son père jusqu'à l'âge de 14 ans , elle nous a raconté que quand elle a vu son père c'est comme si elle vu un arbre , elle n'a aucun sentiments envers lui, lui il a continué sa vie , il les a laissé avec une vie plaine de misère, quand était à l'école elle ment a ses amies , elle leur dit que son père est mort car elle ne veut pas leurs dire qu'il les a quiter elle nous a dit:« *zrighth am win izran chejra ur dihrek wachema zeyi , netta ikemmel lhayattis nekni ijayagh ilmizirya, migharegh skidivegh i les amis ynou qarghasen bli vava imouth akhater ttsethehigh asndinigh irouh ijayagh .* »

Samira et ses frères et leurs épouesses vivent ensembles avec leur mère ayant une situation économique faible, elle nous dit en pleurant quelle sont pauvres :« *nekni dizawalyen* ».

La santé de Samira était saine , elle n'as jamais était touché par d'autres maladies chronique , les signes du début de sa maladie sont commencée à l'âge de 27 ans , là où elle a commencé à se sentir d'une fièvre qui s'augmente chaque jour , son bras droit lui fait mal , elle a remarqué aussi l'apparition d'une boule qui se grandit chaque jour en bas de son aisselle , elle dit que son bras était lourd , elle se senti d'une boule qui apparut en bas de ses aisselle et quand elle lui a met du huile d'olivier la boule s'est grandi : «*zay afousiw iqerhyi koul youm, thousough ta3eqayth zdaw n tavqiw , dmegh 3elleghas zith ozmour koul 3emal thttemgharay* ». Elle répète toujours la même phrase avec stresse en jouant avec une bouteille d'eau, en regardant au plafond.

un jour elle n'a pas pu supporter plus sa douleur elle a décidé de consulter un médecin , là où il lui a demandé de faire une mammographie et d'autres analyses, en disant qu'elle s'est parti pour faire sa radio et ses analyses et la mammographie et quand elle a eu les résultats , elles les a pris à son médecin , en attendant qu'il lui disait que c'est un kyste : *«rouhegh 3legh les radios , les analyses akk d la mammographie midfghentt mes résultats newithentt nek d ttemtouth n gema gher tvive , neki 3ousegh aydyini d lekist»* .

Le jour de l'annonce le médecin lui à informer , quelle est malheureusement atteinte d'un cancer du sein , Samira a réagis comme s'était un traumatisme pour elle , elle s'est choqué , évanoui et s'est mis à taire, elle a pleuré à haut de sa voix , elle se rappelle en disant qu'elle a ressentis comme si son cœur va s'arrêter et qu'elle voit tout ce qui est devant elle est noir , elle entend rien sauf la voix de médecin quand il lui a dit qu'elle avait un cancer , même quand elle se réveille la nuit elle entend toujours cette voix qui est mauvaise pour elle jusqu'à maintenant , même j'ai détester le médecin : *«housgh amakn ouliw qrib ad ihves ttwaligh koulch daverkan zathi ousalegh ikra siwa isouth n tviv ni idvdouv g qarouyiw miydina s3it le cancer , même madedouqsegh le3cha g noudam saleghas ar toura mazaliyi akken , même tviv ni kerheghth »* .

La réaction de ses frères était juste d'encourager leur soeur a suivre ses traitements, elle dit quelle na pas raconter la vérité a ma mère, elle lui a dit que c'est juste un kyste , et malgré ça elle a développé une maladie cardiaque, elle se sent coupable a propos de la maladie de sa mère, elle dit à soi-même quelle est devenue malade a cause d'elle : *« mais yemma ousahkigh ara nighs kan d lekist ougadgh felas , iwaken tetfed lhlak n woul ttloumough imaniw qarghas flejlaw itahlek et nettath daghn teqared gasemi deggli samira ynou ghlhak our oufigh ikhfiw»* .

On a demandé à Samira de nous parler sur ce qu'elle pense de la chimiothérapie avant sa maladie, elle nous a répondu qu'elle a cru que c'est la faite de brûler pour fondre la boule, finalement c'est juste un sérum, cela le rendu satisfait, mais la surprise vient après :*« nwich dasragh attefsi ta3qayth ni zighen d sérum kan ferhegh, zighen ihiih iyditt3asan après »* .

Pendant sa première séance de la chimiothérapie elle était accompagnée par son frère qui a décider de la prendre en charge, et finir ensuite par l'abandonné , en racontant que dès l'arrivé de sa deuxième séance de la chimiothérapie , elle a demandé de l'aide à son frère, sa réaction était de levé ses mains en lui disant qu'il n'avait pas d'argent , mais Samira était sûr que c'était sa

belle-sœur qui ne voulais pas , car elle étaient pas en accord portant que c'est une dentiste qui normalement doit comprendre bien sa situation , elle lui même pas donné un coup d'aide, retournant a son deuxième frère pour demander aussi son aide , malheureusement il lui a répondu qu'il n'avait que mille dinars dans sa poche, et de les prendre si elle veut, elle a pleuré , ainsi elle était dans une situation menaçant à propos des frais de son traitement , elle demande toujours à Dieu la cause de sa maladie et quelle ne peut pas la supporter ni dans le côté économique ni dans le côté de douleur: *«mi dlheq ma deuxième séance rouhegh ghours daghn ayi3awen yerfed ifasnis yenayid oulach , neki 3lmegh bli ttamtouth is isigouman kan akhater oudmzeg ara didngh g kham za3ma za3ma tayi toura ttadontist teghra tefhem ouyth3awen swazouh rouhegh gh gma wis sin nighas yetaled ghouri yenayid s3igh siwa mya alef g ljiviw akhithentt ma tevghit ttrough teghatyi l3emriw hslegh sansa adawigh idrimen bach ad swanyigh nighs arebi iwach iydfkit lhlak ayi ouszmiregh ama s ljiv ama slqrih hvsegh les soignes ynou plusieurs fois»* .

Samira a fait six séances de chimiothérapie, et parmi ces effets secondaires , la chute de ses cheveux , elle a perdu ses angles, une fièvre , la fatigue , la disparition de sa période des règles , une colère observable , un stress remarquable , des idées négatives sur sa vie , elle n'as jamais eu d'encouragement auprès de sa famille surtout sa relation avec sa belle-sœur qui lui blesse soudainement avec ses expression en lui disant d'enlever son hidjab pour lui montrer ses cheveux : *«ksed tra lkhimarim anzer cha3rim amek iyqel »*. Samira dit qui des fois c'est elle qui le tire pour la blessé , de même qu'une fois elle a mis une belle robe avec du maquillage pour partir a sa dernière chimiothérapie , tout le monde là-bas lui disait qu'elle est belle se quelle lui a rendu satisfaite car personne ne lui a dit cela auparavant , et quand elle a raconté cela a sa belle-sœur elle lui a répondu par des mots qui blessent ,de ne pas les croire car ce sont justes des mensonges : *«des fois d nttath directe iythittksen bach ayth3ayer , une fois lesigh la robe makyigh rouhegh 3legh ma dernière chimiothérapie nanyid ikel dina tchvhet farhegh mlih akhter jamais yenayithid hed yakan , misahkigh i temtouth n gma tenayid outtamen ara aka kan ihdren dina sekidiven, teblisyi direct s lhedra ayi ynes»* .

Le médecin responsable d'elle , a annoncé que l'ablation de son sein sera la dernière solution pour quelle puisse vivre , au début c'était gravement difficile mais elle a fini par l'acceptation de cette décision unique, elle a fait une ablation au niveau de son sein droit , son état psychique est tellement perturbé , elle s'est isolé de tout le monde elle parle à personne a part sa sœur , on a

demandé à Samira de nous décrire sa réaction après la disparition de son sein elle nous a répondu qu'elle n'a pas pu voir la cicatrice car c'est effrayant ainsi qu'elle n'a pas eu le courage de voir , d'ailleurs elle avait un miroir dans sa chambre , elle l'avait enlevé pour quelle ne vois pas son reflet sinon quelle se senti de l'infériorité par rapport à d'autres femmes:« *jamais zmreggh ad zreggh amkan ni itchou3voun lvedniw s3igh ara le courage ad tilgh ghours d'ailleurs même s3igh lemri g la chambre iw 3edagh ksekhth aken kan ouzaregh ara le3mriw khoussegh par rapport gh lkhalath iten* ».

Jour après jour elle à commencer à s'habituer et accepter son corps telle qu'il est-elle quand-même put rendre le miroir a sa place, elle à décider d'accepter ma maladie en avouant toujours que Dieu a prédéterminé et il fait ce qu'il voulait :« *qarghas toujours قدر الله و ما شاء فعل* ».

Samira présente une phobie face au mariage, elle ne veut pas entrer dans une relation, car quelle ne voulais pas se mariée et même de connaitre une personne en raison de la peur de la quitter dès qu'il découvre qu'elle est atteinte d'un cancer du sein ,c'est pour ça qu'elle refuse les relations , malgré qu'elle la souhaite en disant qu'elle avait peur de la blessé , même elle ne voulait pas laisser sa mère qui est malade tout seule malgré sa sœur , mais avec Samira qu'elle se sent plus alaise «*ttougadegh ad ttwijerhegh , même ovghighara ad djegh imma imanis ghas akken tella olettma me3na d nekki kan ithetthamal , d nekki kan issittaghen awal , khedmeghas ayen tevgha , ozmireghara attedjeh* ».

L'association "TUDERT " de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

Durant notre entretien avec la patiente on a distingué que Samia s'est basé sur son état de santé, ses sentiments et ses émotions, ainsi que le soutien et le regard de son entourage envers elle.

2-2-Présentation et analyses des données du deuxième cas clinique :

2-1-1-Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	1	5	1	5	5	5	4	5	4	5	5	3	2	5	4	5	5	5		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
CORES	3	5	3	5	1	5	3	5	5	1	5	3	5	5	3	3	5	5		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	4	4	1	5	5	1	5	5	5	3	5	3	3	5	3	1	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G
ACTION	8			15			12			9			10			9			63	424
INFORMATIN		14			11			15			15			15			15		85	
EMOTION			5			11			14			9			10			15	64	
POSITIF	8	14		15				15	14		15					9	15	15	120	
NEGATIF			5		11	11	12			9		9	10	15	10				92	

Tableau N°5 : feuille de dépouillement n°1 du deuxième cas clinique

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 424 des champs, la note la plus élevée est de 120 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 92, et on a le coping centré sur l'information avec une note de 85, en suite une note de 63 pour l'action, et 64 le champ d'émotion.

2-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 8	G <u>15</u>	M 10	33
Support social	B <u>15</u>	H 14	N <u>15</u>	44
Retrait	C <u>12</u>	I 11	O 5	28
Conversion	D 9	J <u>15</u>	P 11	35
Contrôle	E 10	K <u>15</u>	Q 14	39
Refus	F 9	L <u>15</u>	R 9	33

Tableau N°6 : Feuille de dépouillement n°2 du deuxième cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le support social avec un score 44, viennent ensuite le contrôle avec un score de 39, et une note de 35 pour la conversion, et 33 pour la focalisation et le refus, et une note faible pour le retrait qui a 28.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Samira a pris 30 min pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : Les résultats montrent que le coping le plus fréquemment utilisé étant le coping positif centré sur l'information avec un score de (85). Samira a coché les items qui correspondent aux stratégies centrées sur le soutien social par le chiffre (05) pour les items : (17,2,5,8,11,14,35,20,24,26,92,32,53,41,44,47,50).

Le coping positif centré sur l'information (le soutien social) nous explique que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de référer aux attitudes qui favorisent la diminution de niveau de stress. Il ne semble que l'utilisation de coping centré sur le soutien social depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle a permis d'augmenter l'expérience de la gestion de son information.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Samira et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue, que Samira se sentait menacée à l'idée de perdre sa vie et de laisser sa mère toute seule qui est malade.

Elle a souffert d'un stress intense causé par l'apparition de la maladie de cancer du sein, qui la conduit à refuser une relation conjugale en raison de son angoisse d'abandon. Elle n'avait pas la capacité psychologique à supporter sa situation et à surmonter son stress jusqu'au jour où elle a eu un soutien psychologique, là où elle a commencé à exprimer ses sentiments et son vécu pour dégager ses conflits internes.

Nous avons soulevé dans l'analyse de l'échelle de coping que Samia utilise le coping positif centré sur l'information dans le but de contacter ses ressources intérieures et a développé un sentiment d'un support social informationnel.

3- 1-Présentation de cas n°3 :

Mademoiselle « Halima » âgée de 45 ans, célibataire, elle n'est jamais allée à l'école, elle travaille comme femme de ménage.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Halima, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Pendant la passation de l'entretien Halima été un petit peu stresser et timide mais a travers notre interaction, elle s'est habituée et devenu calme, et s'est rapidement adapter à notre débat, et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

L'histoire d'enfance de Halima était très triste et effrayante, elle l'a vécu avec souffrance, sa mère est décédée depuis sa naissance, et son père s'est remarié sept fois, il est décidé quand elle avait 16 ans, ainsi elle a continué de vivre avec ses belles mères qui la déteste et lui faisant que du mal, puis elle a décidé de les quitter pour déplacer à vivre chez son oncle et sa grande mère, elle raconte avec des larmes aux yeux que dès sa naissance sa mère a quitté le monde. Et quelle n'a pas pu vivre sa vie comme toutes les filles , parfois elle a de courage et parfois non , après le décès de son père elle a vécu une misère avec ses belles-mères, elle a beaucoup supporter jusqu'au jour qu'elle a décidé de quitter la maison pour y aller vivre avec sa grande mère et son oncle , mais malheureusement il est décédé aussi suite à un cancer des poumons ainsi sa grande mère la quitter à son tour car elle plus âgée : « *Loulegh temouth imma o3acheghara lhayattiw am teqchichin , min dak illa le courage min dak ittefaghiyi , miymouth vava s3eddaghen lmiziriya wahid lkhalathis , sevreggh bezaf amid ywen was dayen ozmireghara dicidighed ad rouhegh ad 3ichegh gh khali wahid setti ur thoufit dachou rnan khali imouth sel cancer g dmarnis ma d setti terna kra woussan kan thtev3ith akhater tamgharh mlih »*

Halima travaille comme une femme de ménage dans une justice là où elle a pu rencontrer beaucoup de gens qui l'ont aider à continuer à vivre tout seule ,elle dit qu'un un jour en sortant de son travail elle a rencontré une femme qui lui a demander son aide en cherchant une telle adresse , elle lui a répondu que c'est son chemin aussi, ainsi partent ensemble en discutent en route ,

elles ont même changé le numéro de téléphone , cette femme est devenu aujourd'hui sa meilleur copine, elles vivent ensemble ,et partagent la même maison , et tous leurs secret ainsi sa maladie de cancer sa nouvelle copine lui a promis que rien ne va la manquer :« *ywen wass fgheghd g lkhedma ttdough g vrid tousad ghouri yiwth n ttemetouth tseqsayid fouvrid nighs même neki gher dina ittdough , yad anrouh m qar lwahi anmsa3af ,nttdou nhder ntteqsir g vrid tqel tla3yid tla3ighas daghn nki g téléphone , mzgeghd dids t3lem akk amk itt3ichegh mita3lem bli s3igh le cancer mayid arwah att3ichet didngh g khamiw kra oukmittkhsa akmn3iwen swayen inzmer neki dourgaziw ».*

Halima a déplacé à vivre chez sa copine ainsi elle partage avec eux le loyer, la nourriture, sa vie privé...etc.

Halima durant toute sa vie n'a jamais été heureuse, même sa santé l'a trahi, elle a fait huit opérations parmi ces opérations l'ablation de sein en raison du cancer qui notre objet d'étude.

Les premiers signes de cancer qui à guider Halima à consulter un médecin sont : une fièvre qui s'augmente chaque nuit , une douleur insupportable au niveau de son bras gauche , en disant qu'elle s'est réveillé une nuit elle a senti comme si un coteaux s'est pointé dans sa poitrine, cela lui arrive chaque 15 jours de même quelle souffre d'une regoure au niveau de sa poitrine elle demande toujours de l'ide au Dieu : « *yiwn wass l3echa douqseghd housegh amaken dajenwi iyidan g dmarniw thetaroyui aka avrid g 15 jours, même la poitrine ynou teqel ttazgakhth tehma qarghas wisen dachouth arebi wster ».*

Halima à décider de consulter un médecin dont il lui avait demander de faire une biopsie et d'autres analyses, elle raconte avec tristesse que lors de sa biopsie elle était très stressée car ele s'est retardé gravement, elle a cru aussi que c'est juste un kyste : « *mi3legh la biopsie t3tel mlih bach tfgghed qelqegh mlih qarghas arebi tsetret, g lbaliw nwich d lkyst kn adifghen. »*

Le jours de l'annonce elle était en plein travaille son médecin lui a ramener ses analyses au lieux de son travaille là où il l'a envoyer chez un spécialiste dont il lui a annoncer qu'elle est porteuse d'un cancer du sein , elle était dans un état de choc pendant cette annonce en décrivant sa situation quelle s'est évanouie directement devant toutes les infirmières et les médecins ,elles l'ont aider pour qu'elle se mis pas à taire, elle s'est pleurée comme une folle , ils ont avait peur que quelque chose de male va lui arriver, elle cherche avec soi-même qui va l'aidé pour dépasser

cette misère en se rappelant qu'elle est pauvre , et elle n'a pas d'argent , elle avait peur de restée dans un coin malade sans bougé sans l'aide de quelqu'un , elle avait peur de mourir, et qu'elle ne se réveille pas après l'opération : *«fechlgh direct doukhegh zinyid akk tefrmelyin ni akk d lateba ttatafnyid bach outtghlaygh ara akhater ttrough am ttmahvoultt ougaden ayagh kra , nighas ayou menhou ayi3iwnen ad s3edigh lmizirya ayi neki ttazawalith ous3igh ara idrimen swachou ad swanyigh ttagadegh tirkentt wlach menhou ayidmen , ttagadegh lmouth , ttagadegh ayehqren mden , ttagadegh daghen outtdkwalayegh ara g l'opération ni»*.

Halima vit des complications observables au niveau de sa santé en général car elle est touché par d'autre maladies qui demande les soignes et son salaire ne lui suffit pas , quand elle s'est arriver à maison elle a directement raconter la mauvaise annonce a sa copine , sa copine l'a embrasé, soutenue, encourager en lui demandant qu'elle ne s'inquiète pas , rien ne va lui arriver en disant qu'elle est à ses côtés elle et son mari , ils vont l'aider avec tous ce quel ils peuvent : *« outtagad ara oukmittagh kra aqlagh dayi neki wahi dourgaziw akmen3awen swayen inzmer»* .

Halima a arrêté son travail à cause des complications de sa maladie qui lui ont conduit vers l'ablation du sein qui a était pour elle la dernière solution pour continuer sa vie malgré cette mauvaise décision mais elle était obligée de l'accepter , le jours de son opération Halima était toute seule en racontant avec yeux plein d'armes , tristesse en se rappelant de ce mauvais souvenir quelle était dans la salle d'attente , le médecin lui a demander qui est son accompagnant, elle lui a répondu qu'elle s'est venu avec Dieu , en ajoutant que malgré sa cousine travaille dans le même hôpital mais elle ne veut pas manqué son travaillé à cause d'elle , le médecin lui a répondu qu'il n'avait rien a ajouté après ses mots là : *« ligh g la salle d'attente tt3asagh nouva ynou miydlou3an yenayid tviv ni menhou ittewit didm nighas wighd rebi sebhanou malgré yelis n khali attan dayi itkhdem mais tnayid outtmonkigh ara lkhedma ynou feljalam, yenayid tviv ni d'après lhedra ayi wlach dach adernough housegh ghatghas»* .

En sortant de l'hôpital elle était accueillie par sa copine qui a joué le rôle d'une maman compétente en prenant soin d'elle de tout ce qu'elle avait besoin.

Halima n'a pas fait des séances de la chimiothérapie, mais d'un autre coté elle prend des médicaments pendant cinq ans qui sont en forme des piqures appelé (Décapeptides) et des cachets appelé (Nolvadex), ces eux médicament l'un complète l'autre

Halima nous a dit qu'elle prend une somme de vingt mille dinars de la part de la CNAS mais ça ne suffit pas du tout pour le paiement de ses traitements qui couts cher, elle dit que deux million ne suffit pas pour quelle paie ses soins car d'un côté je donne ma partie de loyer de la maison et d'un autre coté elle paie ses autres traitements, en ajoutant que heureusement qu'elle a eu de l'aide par l'association « TUDERT » :« *sin imlyan ni dkfoun ara bach ad swanyigh zysen akhater d'un côté ttakeghd lehqiw n lker a g kham n ttmdaklttiw d'un autre coté ttkhlisegh dewyathiw , heureusement ofighed l'association toudert iyi3awnen* » .

L'association "TUDERT" de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

À la fin de notre entretien on a distingué que Halima s'est basée sur son histoire de vie qui est mauvaise pour elle par rapport aux autres, dès son enfance, ainsi qu'elle donne beaucoup d'importance au regard de son environnement envers elle, d'ailleurs même elle voulait souvent avoir le soutien des autres.

3-2-Présentation et analyses des données du troisième cas clinique :

3-2-1-Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	3	1	3	1	1	5	3	5	3	2	1	5	4	3	5	2	1	5			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	2	5	1	1	1	4	4	5	2	3	5	4	5	4	2	1	5	4			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	4	3	1	5	1	2	4	5	5	5	3	3	5	1	1	3	4	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G	
ACTION	9			7			11			10			14			6			57	334	
INFORMATIN		9			3			15			9			8			10		54		
EMOTION			5			11			10			12			8			10	56		
POSITIF	9	9		7				15	10		9					6	10	10	85		
NEGATIF			5		3	11	11			10		12	14	8	8				82		

Tableau N°7 : feuille de dépouillement n°1 du troisième cas clinique.

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 334 des champs, la note la plus élevée est de 85 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 82, et 56 pour le champ d'émotion on a le coping centré sur l'action avec une note de 57, en suite une note de 54 pour le coping centré sur l'information.

3-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Émotion	Total
Focalisation	A 9	G 10	M 8	27
Support social	B 7	H 9	N 10	26
Retrait	C 11	I 3	O 5	19
Conversion	D 10	J 15	P 11	36
Contrôle	E 14	K 9	Q 10	33
Refus	F 6	L 8	R 12	26

Tableau N°8 : Feuille de dépouillement n°2 du troisième cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour la conversion avec un score 36, viennent ensuite le contrôle avec un score de 33, et une note de 27 pour la focalisation, et 26 pour le support social, et une note de 26 pour le refus, et une note faible de 19 le retrait.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Halima a mis 30 min pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : indique que Halima recours aux coping centré sur l'action avec un score de (57), Halima a répondu aux items qui correspondant aux stratégies centrées sur l'action (le problème) qui varient entre 3 jusqu'à 5 pour les items (1, 19, 37,4 ,22, 40, 7, 25, 43, 10, 28,46, 13,31, 49, 16, 34, 52).

Le coping positif centré sur l'action, nous expliquons que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de référer aux attitudes qui permet la diminution de niveau du stress qui dû au traitement de cancer du sein. Il nous semble que l'utilisation de coping centré sur l'action depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle permet d'augmenter l'expérience dans la gestion de son action.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Halima et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue que Halima a souffert d'un stress menaçant causé par sa situation sociale qu'elle vit ; et l'apparition de sa maladie de cancer de sein, elle n'avait pas la capacité psychologique de supporter ses problèmes et de surmonter son stress.

Mais après avoir de l'aide psychologiques, Halima à commencer à exprimer ses sentiments et son vécu pour exprimer ses conflits internes.

Nous avons soulevé dans l'analyse de l'échelle de coping que Halima utilise le coping positif centré sur l'action dans le but de contacté ses ressources intérieures et a développé un sentiment de conversion comportementale.

4-1-Présentation de cas n°4 :

Madame « Zakia » âgée de 54 ans, mariée, elle a le niveau d'instruction de troisième année médecine, femme au foyer.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Zakia, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Pendant la passation de l'entretien Zakia s'est rapidement adaptée à notre débat, et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

Zakia a vécu une histoire d'enfance normale elle n'a jamais eu des problèmes familiaux, elle était gâtée par ses parents car c'est une fille unique, elle a fait ses études normales jusqu'à sa troisième année universitaire en médecine, là où elle a rencontré un jeune homme qui est devenu aujourd'hui son mari, qui est un ingénieur en télécommunication, elle a vécu avec lui une histoire d'amour magnifique elle raconte en disant : *« j'ai rencontré mon époux quand j'étais à l'université, on a vécu des moments inoubliables et magnifiques il était une personne simple adorable, respectueux calme, gentille, notre mariage était par amour quand j'avais 26 ans après une histoire qui a duré 3 ans, jour après jour notre amour s'est grandi et ont eu maintenant deux enfants une fille et un garçon qui sont maintenant au lycée »*.

Elle a encore ajouté : *« mon mari avait beaucoup d'amis il n'était jamais quelqu'un d'alcoolique il était gravement attaché à moi jusqu'au jour où j'ai tombé malade »*.

L'état de santé de Zakia est touché par le diabète, et par l'asthme, mais ce n'était pas un obstacle dans sa vie, jusqu'à ce qu'elle ait découvert les premiers signes de cancer du sein qui sont : une rougeur au niveau de sein gauche, une fièvre, une peau d'orange, une douleur insupportable au niveau de son bras droit. Elle explique cela : *« Avant six ans, j'avais une rougeur au niveau de mon sein mais j'ai pas pris cela en sérieux par peur de ce qu'il m'attend après ; après un mois j'ai décidé d'aller chez le médecin car j'ai commencé à m'inquiéter à propos de ces signes, là où il m'a dit que j'avais un kyste ainsi il m'a donné à*

faire une mammographie avec d'autres analyses , en attendant que mes résultats apparaissent , moi en tant qu'une médecine je savais que je suis à 80% atteinte d'un cancer du sein » .

Le jour de l'annonce de sa maladie elle était accompagné avec son mari , le médecin as déclaré qu'elle avait une tumeur au niveau de son sein gauche , il lui a annoncé sa maladie avec un cœur froid sans tenir compte de ses sentiments , : *« il m'a dit madame vous avez le cancer du sein avec cœur froid , d'une façon vulgaire et touchante »* , dans ce cas-là Zakia à pleurer , elle était triste en disant : *« j'ai directement pensée à mes enfants, car j'avais peur de les quitter un jour à cause de cette maladie lourde »*.

La réaction de son mari était incroyable à propos de cette maladie, car il était faible d'origine vers les maladies, elle dit avec un grand dégoût que son mari et quelqu'un qui présente une peur des maladies et il est directement sorti de la salle il appelle sa sœur pour lui dire si le cancer est contagieux. : *« damakhouf ifegh direct g la salle ni, même itla3i iweltmas iqaras est-ce que le cancer est contagieux »*.

Zakia à fait six séances de la chimiothérapie, qui ont influencé négativement sur sa santé et sa vie intime parmi eux : la chute de ses cheveux, la perte des angles, les vomissements, nausées, une fièvre, la fatigue, une douleur abdominale ...etc.

L'ablation du sein a crié pour Zakia deux sorte de changement, l'un qui est psychique : *« quand le médecin m'a informé que je suis obligé de faire l'ablation, j'ai senti comme si j'ai perdu ma mimore, je vois tout ce qui est autour de moi est flou, depuis l'annonce jusqua la chirurgie et mon état psychologique n'était pas bien, je pense toujours à trouver une soulution »*. Et l'autre qui est physique (changement du corps par l'ablation du sein) , après la chirurgie , elle s'est réveiller avec une tristesse remarquable sur son visage , elle avait un sentiment d'un manque de quelque chose d'intimité elle a dit qu'elle s'est réveillée avec un sentiment de manque de quelque chose d'intimité par rapport à une autre femme normale même si elle sait que c'était la seule solution pour continuer sa vie elle a fini par l'acceptation de sa situation: *« kreghed houssegh amaken khoussegh gekra par rapport gh lkhalth , même si 3emegh belii Akka wala lmouth , setghefregh nighas قدر الله وما شاء فعل »*.

Revenant aux changements apparaît au niveau de sa vie quotidienne , aussi en constate qu'il y'a deux sortes de changements, positifs et négatifs, parlant sur le côté négatif c'est surtout en ce

qui concerne sa vie conjugale, son mari à quitter le lit à cause de sa peur d'être contaminé par cette maladie, il refuse la toucher il avait peur d'être contagieux même il ne peut pas voir sa cicatrice. :« *il n'as jamais vu ma cicatrice, il ne supporte même pas de me rapprocher, amaken ittougad la cicatrice ni ittsmoumi zyès.* »

Zakia ne voulait pas que son entourage découvre qu'elle atteinte d'un cancer, mais son mari à cause de sa peur à être contaminé, il a raconté presque à tout le monde, que sa femme est maintenant cancéreuse il cherche des solutions pour qu'il ne soit pas infecté :« *ibeyziyi ikkel I medden inayassen Zakia tes3a le cancer dachou arkhedmegh ogadegh aydintet, ad helkegh daghen neki* »

Jour après jour leurs relations à commencer à devenir froide , il est présent juste financièrement et absent physiquement , il préfère de passer ses nuit avec ses amis que de rentrer à la maison pour prendre soin de sa femme qui est malade ,elle a dit qu'un un jour elle a découvert par sa voisine que son mari la trahit avec une danseuse au cabaret ,quand elle a entendu sur son mari tout cela , sa vision envers lui a changé d'une façon négative ,elle lui a détesté et sa relation avec lui à directement détruite et même entre ses enfants à cause de la mauvaise fréquentation et la façon dont il l'a traite .: « *miytenad Aka 3oufekhth direct igheli gouliw carrément ttehousoukhth ougsewi kra oudikhzir ni ghouri ni gherdaryas irewi akhmis soufousis migkhdem Aka , chaque homme son niveau est sa braguette, argaziw iqel Aka à cause de la mauvaise fréquentation .* »

Retournant au côté positif on trouve qu'elle est devenu une personne sociable ,elle a connu beaucoup d'amis touché aussi par le cancer ,elle participe aux occasions qui s'occupe de cette maladie elle a dit qu'elle se sent comme si elle est dans son monde , avec des gens comme elle , qui la comprends elle partage avec eux ses souvenirs , ses histoires ...etc :« *tthoussough imaniw gemkaniw ofigh widak iyifehmen iyetthoussoun s wayen itthoussough , on partagent ensemble nos histoires et nos souvenirs* »

Sa famille était à ses côté, elle lui a vraiment encourager et a donné de l'aide psychologiques surtout sa mère elle raconte que quand elle parle avec sa mère elle se sent toujours bien comme si elle n'avait rien de mal. « *Madhedreg d yemma tafegh imaniw, tikhfifegh amaken tekziyi Ayen izayen felli* ».

Ses enfants étaient attachés gravement à leurs mères surtout quand elle est tombée malade, ils font leur possible pour lui crier un climat favorable pour qu'elle se ressente mieux, et oublier un peu ses douleurs externes, :« *mes enfants tougaden felli andedjeh, ils partagent les activités de foyer entre eux, pour me faire plaisir et me rendre heureuse, temps en temps ils me font des petites surprises comme fêter mon anniversaire ensemble ...etc.* »

A la fin de notre entretien Zakia montre vraiment son regret d'avoir étudié la spécialité médecine en disant qu'elle a regretté d'avoir étudié la spécialité médecine car elle sait ce qu'il l'attend après elle a des idées sur toutes les transformations qui vont apparaissent dans son corps plu tard donc personne ne peut la convaincre. :« *ndemegh miqragh médecine, tiswi3in qareghas loukan oqraghara akhir, oyezmirara hed aydi3el le courage, par-ce-que 3elmegh s koulech, 3elmegh dachou yiwghen, 3elmegh les transformation araditroun gel corps ynou donc ce n'est pas l'apen aydiskidev hed* ».

L'association "TUDERT " de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

Pour clôturer notre analyse de cas de Zakia, on a observé qu'elle était basée sur l'histoire de sa maladie, les gestes et les manières de son mari qui la poussé à changer son avie envers lui.

4-2-Présentation et analyses des données du quatrième cas clinique :

4-2-1-Feuille de dépouillement n°1

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	5	5	3	1	3	4	5	4	4	4	5	4	3	2	1	5	5	1			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	2	1	1	3	4	5	3	5	5	3	5	3	4	1	1	1	4	2			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	5	2	1	3	3	1	4	5	5	4	3	4	4	1	5	3	1	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G	
ACTION	12			7			12			11			11			9			62	344	
INFORMATIN		8			10			14			13			4			10		59		
EMOTION			5			10			14			11			7			4	51		
POSITIF	12	8		7				14	14		13					9	10	4	91		
NEGATIF			5		10	10	12			11		11	11	4	7				81		

Tableau N°9 : feuille de dépouillement n°1 du quatrième cas clinique.

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 344 des champs, la note la plus élevée est de 91 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 81, et on a le coping centré sur l’action avec une note de 62, en suite une note de 59 pour le coping centré sur l’information, et 51 pour le champ d’émotion.

4-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 12	G 10	M 7	29
Support social	B 7	H 8	N 4	19
Retrait	C 12	I 10	O 5	27
Conversion	D 11	J 10	P 10	31
Contrôle	E 11	K 13	Q 14	38
Refus	F 9	L 4	R 11	24

Tableau N°10 : Feuille de dépouillement n°2 du quatrième cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le contrôle 38, viennent ensuite la conversion avec un score de 31, et une note de 29 pour la focalisation puis une de 17 pour le retrait, et 24 pour le refus, et une note faible pour le support sociale qui 19.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Zakia a mis 15 min pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : indique que Zakia recours aux coping centré sur l'action avec un score de (62), Zakia à répondu aux items qui correspondent aux stratégies centrées sur l'action (le problème) qui varient entre 3 jusqu'à 5 pour les items (1, 37, 22, 40, 7, 25, 43, 10, 28, 46, 13, 31, 49, 16, 52).

Le coping positif centré sur l'action nous explique que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de réfère aux attitudes qui permet la diminution de niveau du stress qui dû au traitement de cancer du sein. Il nous semble que l'utilisation de coping centré sur l'action depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle permet d'augmenter l'expérience dans la gestion de son action.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Zakia et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue que Zakia a souffert d'un stress intense causé par l'apparition de la maladie de cancer du sein, ainsi sa relation conjugale qui est devenue froide du jour au lendemain, dans son vécu de la maladie, nous avons remarqué la présence de stress qui est confirmé pendant l'entretien

Ensuite, d'après les résultats de l'échelle Zakia utilise le plus fréquemment le coping positif centré sur l'action dans le but de réduire le stress et calmer sa souffrance par les encouragements de ses amis de maladie et ses enfants qui sont toujours près d'elle, dans le but de contacter ses ressources intérieures et a développé un sentiment de conversion comportementale et de contrôle (régulation des activités).

5-1-Présentation de cas n°5 :

Madame « Fatima » âgée de 52 ans, elle a le niveau de CEM, femme au foyer. Elle s'est mariée depuis 32 ans, mère de quatre enfants ; deux garçons et deux filles.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Fatima, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Fatima s'est rapidement adaptée à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

Elle est venue à l'association « TUDERT » située à Amizour en janvier 2019, suite à sa maladie de cancer du sein.

Après avoir changé la discussion avec Fatima, on repère qu'elle a vécu une merveilleuse histoire d'enfance, comme tous ses pairs, elle était la deuxième de sa fratrie de trois garçons elle était gâtée par sa famille, car c'est une fille, en racontant qu'elle s'est grandie dans un climat sécurisé et plein d'amour, elle a vécu son enfance comme elle l'a souhaité, elle était gâtée par ses parents, et même par son mari aussi : « *temziw 3acheghth akken ivghigh, rebaniniyi imawlaniw s nefkha, tedouniyi g levghi, onessinara dahou id lmachakil gekham, yemma d vava mezgend mlih* ».

Fatima s'est mariée à l'âge de 32 ans, d'après les expressions de Fatima on distingue que son mari est quelqu'un du bien, une personne adorable et respectueuse, compréhensif, c'est un couple ayant des sentiments réciproques d'amour, en avouant cela en disant ce qu'elle a vécu déjà avec ses parents elle le continue avec son mari actuellement : « *Argaziw del3evd l3ali, hemdegh rebbi mlih miythedifka gh dounithiw, jamais ndemmegh ithisnen, zik gatiniyi okhamennegh toura mêmeargaziw, ayen i3achegh wahi dimawlaniw kemlegth wahid wergaziw* »

L'état de santé de Fatima est touché par le diabète, elle suit un régime alimentaire particulier prescrit de la part de son médecin, en évitant de prendre des grandes quantités de sucre elle dit qu'elle prend qu'un seul grain de date avec une tasse de café noir son sucre cela dans le but

d'éviter l'augmentation de sucre vu qu'elle est une personne diabétique. : « *tettegh siwa a3eqa n ttmer s lqehwa tamzeragth* ».

Retournant à la découverte de sa maladie , Fatima ne représente aucun signe précis , mais elle à remarquer qu'elle se rentre souvent au toilette pour uriner, jusqu'au jour où elle avait décidé de consulter un gynécologue , là où il lui avait demander de faire une mammographie et d'autres analyses , Fatima n'as jamais eu une idée sur ce qu'on appelle « une mammographie » jusqu'au jour où elle la fait ,elle raconte que : en attendant que ses résultats apparaissent ,elle était toute seule dans la salle d'attente ,elle a gravement inquiéter à propos de ce que le médecin va lui annoncer. Dès que ses résultats sont apparus ils lui ont demandé de les prendre à son médecin pour lui donner plus de détails là où elle a commencé à se sentir mal , et qu'il y avait quelque chose qu'ils cachent ,ils veulent pas lui dire , elle demande à dieu qu'il y aura pas quelque chose de mal dans ses analyses. : « *le temps gwachou tt3asagh mes résultats ad fghentt ligh g la salle d'attente wahi dili qelqegh mlh dachou aydyini tviv midfeghntt mes résultats nanyid awithen gh teviv im amdifk plus de détails, dayi ivdigh ttehousgh s lfechla g tarniw housgh ila kra ifren feli gouman aythdinin ttdough de3ough arebi wster machi danchtni iyelan aken g qarouyiw* ».

Lors de l'annonce de la maladie Fatima était toute seule , là où le médecin lui a informer quelle touché par le cancer au niveau de sein droit en disant que quand le médecin lui a annoncé sa maladie elle a directement perdu l'espoir de vivre , elle a pensé directement à la mort parce que pour elle le cancer signifie automatiquement la mort cancer = mort , elle était choqué et ne sait ni quoi faire , ni quoi dire, ni ou partir , elle a pleuré même dans le bus en retournant a sa maison ,mais personne n'as pu la interrogés pourquoi elle pleure de cette façon , elle s'est retrouvée seule dans un endroit inconnu pour elle , sa famille l'appel mais elle n'as même pas eu le courage pour répondre à son Téléphone , elle a senti comme si elle a perdu sa mémoire . , elle rajoute: « *aken kan iydina tviv ni lkhver ayi qet3egh layas newigh ad mthegh direct akhater gqarouyiw cancer = lmouth , gdqiqa ni itefyi l choc kreghd direct ou3limgh ara anda ittdough ad rouhegh ttrough , ligh g l bus ttrough , lghachi ikel khzrend kan zegi , yiwen Ur ifhim azuh yiwn Ur ydisteqsa daghen, miyoutreggh oufighd imaniw g mkan ousinegh akhamiw tlla3inyid ous3igh ara même pas le courage ad demgh téléphone asnripondigh , housegh amakn trouhyi la memoire ou3limgh dach ikhdmgh ni anda adreggh* ».

Fatima n'a jamais pris sa maladie en considération, elle refuse carrément l'idée de soigner, au début Fatima n'a pas eu le courage d'avouer pour sa petite famille de ce qu'elle souffre, et de raconter l'histoire de sa maladie d'ailleurs son petite enfant qui a 12 ans est suivi par un psychologue parce qu'il a vécu un accident de voiture avec son père, c'est pour ça qu'il est traumatisé maintenant, même son époux d'après cet accident, il a des problèmes cardiaques, c'est à cause de ça qu'elle a refusé de les informer sur sa maladie, mais suite aux complications de cette dernière, Fatima un jour a perdu le contrôle en soi, à l'arrivée de son mari au foyer, il l'a trouvé dans un état d'évanouissement là où il la pris directement à l'hôpital, là où elle a rentré en urgence, le médecin lui a demandé de faire des analyses nécessaires pour découvrir la cause de son évanouissement, et c'était l'occasion d'avouer pour son mari de ce qu'elle souffre en exprimant cela avec une grande tristesse : « *g tazwara goumagh asninigh iwekhamiw belli s3igh l cancer, ogadegh fellasen ad khel3en, déjà emmi amezyan iyes3an 12 ans itteswany gh l psychologue akhater zik 3ellen l'accident netta d vavas c'est pour ça iditef un choc, même argaziw gimireni itfed lehlak woul c'est pour ça goumagh assenderough lhemmiw, amid ywen was ghligh doukhegh iwiyi orgaziw gh svitar, dina issenigh belli s3igh l cancer akhater ozmireghara ad freggh kther n wakka* ».

Après les encouragements de sa famille, Fatima a décidé de se focaliser sur les soins pour lutter contre sa maladie elle dit qu'elle a juste souhaité de guérir pour rester auprès de sa famille : « *vghigh kn ad jigh ad hadregh akhamiw* ».

Elle la fait six séances de chimiothérapie, parmi ses effets secondaires qui étaient mal vécu, elle a eu des changements sur le plan physique comme la chute de ses cheveux, la perte de ses angles, la fièvre qui s'augmente chaque jour, une douleur insupportable au niveau de son corps, des changements sur la couleur sa peau, des cicatrices observables sur son bras ...etc. Et sur le plan psychique, une fatigue anormale, des manières agressives observables, des réponses blessantes pour son mari, elle se trouve toujours en colère, elle supporte pas ni ses enfants ni son mari elle dit toujours avec des yeux pleins des larmes qu'elle demande toujours au dieux pourquoi elle s'est choisie parmi d'autres femmes pour être atteinte d'un cancer du sein, pourquoi ce n'était pas ceux qui portent des vêtements courts, pourquoi c'est elle exact, portant qu'elle porte le voile. « *Kefregh qareghas arrebi iwach ineki imi defkit lhlak machi ihed iten ngh arebi neki stregh imaniw, iwach machi ithidak igttawin idmaren nsentt 3eryan g vrid* ». Elle rajoute

encore que son mari lui fasse une remarque qu'elle est devenue insupportable, ils ne peuvent même pas parler avec elle, mais malgré ces changements son mari est quelqu'un compréhensif, il est toujours pré d'elle à ses côtés quoi qu'il arrive : « *iqariyid argaziw tekhsar ikkel tvi3am onezmirara ikkel anehder didem, mais malgré ikkel anechtayi mazalith ived didi tafeghthid toujours à mes côtés ifehmiyid* ».

Durant notre entretien avec Fatima, on a observé que son époux était présent dans les bon comme les mauvais moments , il était compréhensif envers elle , et lui a offert de différentes aide soit psychologiquement ou financièrement il cherche son bien être pour qu'elle soit à l'aise , elle dit que dès qu'elle a tombé malade elle fait souvent des cauchemars pendant la nuit , elle se réveille en pleurant elle trouve toujours son mari à côté d'elle-même , il lui lit le coran jusqu'à ce qu'elle s'endorme : « *gemi hlekgh aka qleggh khdmgh les cauchmars le3cha , argaziw ttafekhthid toujours ghouqarouyiw igharyid lqoran*».

Grâce à l'aide de son mari Fatima a pu dépasser l'état de stress dû à l'effet de la chimiothérapie

Fatima à fait une ablation de sein , sa réaction quand le médecin lui à parler sur l'ablation est quelle sera son dernier choix pour vivre était de chercher souvent des solutions pour qu'elle guéri sans faire de l'ablation :« *ttekhmimgh , ttehoufghd kan la solution iten amek kan ad jigh bla maksegh le sein* » , finalement elle a fini par accepter cette décision difficilement, après l'ablation, Fatima s'est retrouver un seul sein , et ça était vraiment touchant pour elle , car elle a perdu quelque chose d'intimité, elle s'exprime avec yeux plein d'armes que la seule chose qu'elle aime dans son corps sont ses seins, et qu'elle voit sa féminité avec ses seins : « *akounttdinigh kan garanegh neki lhaja akk ittehibigh g le corps ynou d les seins ynou ,thousough i la féminité ynou zyessent* ».

Fatima à fais son deuil pour finir ensuite par accepter la perte de son sein , malgré c'était gravement difficile pour une femme de vivre ça , elle n'as jamais eu des changement dans sa vie conjugale , contrairement son mari devenus plus proche et attaché d'elle , l'interaction de son apport familial à influencer positivement sur sa façon de guérir, elle a gardé sa maladie comme secret juste entre elle et sa petite famille , elle à refuser même que sa famille maternelle savent qu'elle malade elle dit qu'elle déteste que quelqu'un découvre qu'elle est malade , car elle

déteste les regards de pitié , surtout ceux qu'elle rencontre dans la rue , qui lui demandent si elle est bien a haute de leurs voix :« *karhegh adi3lem hed à cause n lkhezra ni n chafaqa surtout madnmlaqa g vrid aydsqsayen ma ça va hacha mi 3lmen ikel mden beli hlkegh yir lehlak* ».

Fatima est venue à l'association "TUDERT" de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux dans le but de dégager (s'exprimer) librement ce qu'elle ressent, ainsi qu'elle insiste qu'elle ne fasse jamais confiance à personne à part son mari et ses enfants. L'association a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

À l'issue de notre entretien on a distingué que, Fatima durant sa maladie s'est basée sur les solutions possible pour faire face à la situation, elle est également centrée sur les possibilités dont ne pas détruire sa petite famille, on a aussi remarqué que la patiente exprime la façon dont son mari la traite avec fierté.

5-2-Présentation et analyses des données du cinquième cas clinique :

5-2-1-Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	5	1	3	1	5	4	5	4	1	1	3	3	5	1	5	4	5	1		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	3	5	1	2	1	5	5	5	3	1	4	5	3	2	1	1	4	2		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	5	4	1	4	5	1	1	5	5	5	3	3	4	1	1	3	4	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G
ACTION	13			7			11			7			12			8			58	335
INFORMATIN		10			11			14			10			4			13		65	
EMOTION			5			10			9			11			7			4	46	
POSITIF	13	10		7				14	9		10					8	13	4	88	
NEGATIF			5		11	10	11			7		11	12	4	7				78	

Tableau N°11 : feuille de dépouillement n°1 du cinquième cas clinique.

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 335 des champs, la note la plus élevée est de 88 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 78, et on a le coping centré sur l'information avec une note de 65, en suite une note de 58 pour l'action, et 46 le champ d'émotion.

5-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 13	M 7	33
Support social	B 7	H 10	N 4	21
Retrait	C 11	I 11	O 5	27
Conversion	D 7	J 14	P 10	31
Contrôle	E 12	K 10	Q 9	31
Refus	F 8	L 4	R 11	23

Tableau N°12 : Feuille de dépouillement n°2 du cinquième cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour la focalisation avec un score 33, viennent ensuite le contrôle et la conversion avec un score de 31, et une note de 27 pour le retrait, et une note faible pour le refus qui a 23.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Fatima a mis 35min et 30sc pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : indique que Fatima recours aux coping positif centré sur l'information (soutien social) avec un score de (65), Fatima a répondu aux items qui correspondant aux stratégies centrées sur l'information la majorité varient entre 4 jusqu'à 5 pour les items (17, 35, 53, 20, 38, 5, 41, 8, 26, 44, 29).

Le coping positif centré sur l'information nous explique que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de réfère aux attitudes qui permet la diminution de niveau du stress qui dû au traitement de cancer du sein. Il nous semble que l'utilisation de coping centré sur l'information depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle permet d'augmenter l'expérience dans la gestion de son action.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Fatima , et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue que Fatima a souffert d'un stress intense causé par l'apparition de la maladie de cancer du sein, elle n'avait pas la capacité psychologique de supporter sa souffrance et de surmonter son stress.

Mais après avoir de l'aide psychologiques par son mari et la psychologue de l'association, Fatima commence à exprimer ses sentiments et son vécu pour dégager ses conflits internes.

Nous avons soulevé dans l'analyse de l'échelle de coping que Fatima utilise le coping positif centré sur l'information dans le but de contacté ses ressources intérieures et a développé un sentiment de focalisation cognitive.

6-1-Présentation de cas n°06 :

Sabrina âgée de 30 ans célibataire, elle est diplômée en master deux comptabilité, elle travaille comme secrétaire à la douane.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de l'association.

Après avoir eu des échanges verbaux avec Sabrina l'occasion s'est présentée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche.

Sabrina s'est rapidement adaptée à notre débat sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

Elle est venue à l'association « TUDERT » située à Amizour en janvier 2022, suite à sa maladie de cancer du sein.

Après avoir changé la discussion avec Sabrina, on repère qu'elle a vécu une histoire d'enfance normale et simple, elle est la benjamine de ses trois frères qui contiennent deux garçons et une fille, elle a fait ses études jusqu'au master deux option comptabilité, elle travaille aujourd'hui comme une secrétaire au niveau de la douane.

Quand elle avait 29 ans son frère est décédé suite à un cancer des poumons, après quelques mois c'était le tour de sa maman suite à un cancer du sein, après ces mauvais événements, son père est aussi décédé suite à une augmentation artérielle, en disant que c'était un traumatisme pour eux car ils n'ont pas attendu, sa mort a été pour eux une surprise, franchement ils n'attendaient pas à ça : « *imouth 3la ghefla kn franchement on3oussara lmouthis* ».

La santé de Sabrina était saine, elle ne représentait aucune maladie chronique jusqu'au jour de la découverte de sa maladie lourde.

Selon elle les premiers signes de la découverte de sa maladie c'était une boule au niveau de sa poitrine, Sabrina s'exprime avec tristesse qu'un jour elle prenait la douche, d'un seul coup elle a touché comme-ci une boule à l'intérieur de sa poitrine qui bouge, elle était choquée mais elle continue comme-ci y a rien elle pense qu'elle est juste en train d'imaginer puis elle a directement pris son téléphone pour faire une recherche sur internet mais elle trouve toujours que

c'est un cancer , d'après ce jour-là est la décidé de consulter le médecin pour la confirmer elle a pu partir chez le médecin qui se trouve juste au niveau de son lieux de travail. : « *yiwen wass ligh dewichegh deqiqa kan touchighd lhaja amaken d la boule tettharik zdakhel n la poitrine ynou , khl3egh g le moment nighs balak ahath ttkhayalegh kan rouhegh dmegh 3leghe les recherches felas ittfaghyid toujours amaken d l cancer , d'après aseni qimegh aken kan qelqegh nighs ad rouhegh ad zregheg tviv akhiriw déjà nes3a tatvivth g mkananda ikhdmgh nighs ad rouhegh direct ghours* » .

Le lendemain elle s'est parti directement chez le médecin, là où il lui a donner de faire une mammographie et d'autres analyses, quand elle a entendu le mot mammographie directement elle a pensé au cancer du sein elle s'exprime en disant qu'elle a directement pris son téléphone pour faire une recherche sur le terme mammographie. : « *dmghed directement téléphonique 3leghe les recherche f le terme ayi n la mammographie* ». Mais quand-même elle a gardé un peu d'espoir quand quoi ses idées seront fausses , elle s'est sorti chez le médecin elle a directement pris un rendez-vous dans un centre d'émergence médicale pour faire ce que son médecin lui a demander toute à l'heure, elle a confirmé son rendez-vous elle a fait ses analyses en attendant que ses résultats sortent ,elle était gravement stressé, elle a pris ses analyses , et elle est parti directement à la maison car le soir c'est le mariage de sa sœur, elle voulait pas gâcher sa fête, elle raconte en souriant au même temps ses yeux plein de l'armes quand elle a retourné chez elle , elle n'a jamais ouverts l'enveloppe de ses analyses , elle les a mis dans le sac et elle s'est sortie de la chambre pour qu'elle se prépare pour le mariage de sa sœur le soir , elle s'est bien habillé, bien maquiller , elle s'est sortie comme si elle n'avait pas peur , elle a carrément oublié ce qu'elle l'attend après , dès que le mariage de sa sœur est passer elle a directement parti chez le spécialiste pour lui donner de nouvelles à propos de ses analyses , elle a mis dans sa tête que 50% c'est un cancer 50% c'est juste un kyste normal .:« *lheqegh akham dmeghd tavratt ni yrikhtt directement g sac firmikhth sersekhth soufel n tekhezantt bl3egh tavourth rouhegh dwechgh stikigh imaniw bien makyigh , 3leghe riha , vdlegh , mchtegh fgheghed gh lghachi ttattagh , chtehegh ami 3yigh , 3awnkhthen g cheghl sehigheg ikel beli yela wayen iyditt3asan , mit3eda tmeghra ni kreghd svah rouhegh wightt gh tviviw aken aydyini dachou s3igh , neki g qarouyiw 3leghe 50 % beli d l cancer du sein , 50% d lkiste kan normal* » .

Le jour de l'annonce , Sabrina était seule , dès que le médecin a ouvert l'enveloppe , elle a remarqué que les expression de son visage comme c'est elles disent quelques chose de male , il lui obligé qu'un membre de sa famille soit présent , elle a décidé alors d'appeler son grand frère Syphax qui était juste à côté pour qu'il vient la voir chez le médecin , il était choqué en demandant de lui expliquer ce qu'elle fait chez le médecin, le médecin lui a annoncé que la patiente atteinte d'un cancer du sein , elle a directement jeté un coup d'œil à son frère elle lui à trouver sous un état de traumatisme elle lui encourage en lui disant non Syphax ne t'inquiète pas il n'y a rien qui s'inquiète regarde je vais bien je vais pas mourir : « *nighas ma3ligh dmegh lou3aghas nighas allo syphax andak inayid iwach dachou yllan , akke kan issenigh aqliyi gh tvive ikhla3 irouhed sur place , iwted ikechmed iw fayid qelqegh , inayid ghir lkjir dachouou tkhedmet da , apres inayid ywen lakhver isekhla3en belli s3it le cancer de sein , talegh gh gma ofighth ighli ikhla3 , nekki khedmeghased le courage qareghas okhella3ara oyittaagh kra ottmettatheghara* » .

Sabrina a insisté que cette mauvaises nouvelle reste un secret entre elle et son frère, c'était difficile mais il a fini par accepter Sabrina n'avais pas peur de cette maladie car avant elle a mis 50 % atteinte d'un concert du sein , elle a pu dépasser l'annonce par elle-même pour rentrer chez elle comme si elle n'avait rien pour garder cette mauvaise nouvelle comme un secret entre elle et son frère , car elle veut pas que ses autres frère découvrent sa maladie : « *nekki okhli3eghara mlih car 3elleghed yakan 50 % dwina , me3na ottefreghara fellawen belli trough , houssegh amaken ttwakhenqegh ozmireghara ad veddegh même fitarniw m3na sel courage kn idveddegh , bach o3elmenara wayethma iten s lahlakiw* » .

Sabrina a arrêté son travail pour se focaliser sur ses traitements , elle a fait six séances de la chimiothérapies, et des analyses chaque 21 jours, elle part toute seule , parmi les effet secondaires cité par la patiente étaient les suivants: une fatigue insupportable , des vomissent, des nausées, un état de stress observable elle dors souvent , la chute de ses cheveux , le changement de la couleur de sa peau , la disparition de sa période des règles , la perte d'appétit ...etc, elle rajoute que l'impact de cette maladie est la chimiothérapie qui est gravement difficile à supporter ses effets secondaires qui sont influencé négativement sur son corps , son visage est complètement détruit , elle préfère toujours un endroit calme elle a carrément changé ses habitudes : « *ayen iyisoufrin ikel g lhlak ayi d la chimiotherapie ni ou3renttiyi les effetes ynes , terayi doulach , le corps iw ihzel ikel oudmiw inqlav ikel , ousttegh ara , ttaragh kan , ttdoukhough , outtehamalegh* » .

ara lhdour , ttehibigh l calme wahi d tlam hvsegh ikel ayen iligh khdmkhth on dirait pas ikel ttina n zik ».

Après les complications de la chimiothérapie, ses frères ont remarquer que leurs sœur à quitter son travail , ainsi l'apparition des changements physiques, ils ne arrêtent pas de poser des questions sur ce qu'il m'arrive , elle à rester silencieuse durant quelques minutes, et puis elle à commencer à pleurer , et notre rôle en tant que stagiaires en psychologie clinique c'était de lui donner une bouteille d'eau avec un papier mouchoir pour qu'elle se ressent de la présence notre empathie (mettre à la place de l'autre c'est-à-dire de sentir ce qu'elle ressent) et qu'on est la pour lui aider à dégager ses conflits internes Puis elle raconte que c'était la fête de l'Aïd , elle s'est réveiller le matin, elle a vu que ses cheveux commencent à chuter , elle a gravement pleurer en voyant cette scène , d'un seul coup sa sœur a rentré à cette chambre elle la trouvé qu'elle est en train de pleurer en cachette, elle a cherché la cause de ses larmes ainsi sa tristesse qui est remarquable ces derniers temps , elle lui a dit qu'elle ne s'inquiète pas c'est juste qu'elle a rappelé de sa mère et son père et leurs frère Salim , quand ils étaient là avec eux, sa sœur a senti qu'il y'a quelques choses caché derrière elle , vu qu'elle peut plus cacher son histoire plus que ça , elle a décidé de raconter à sa sœur qu'elle est atteinte d'un cancer du sein et qu'elle est en train de faire ses séances de la chimiothérapie et parmi ses effets la chute de ses cheveux : « *chefigh imir d l3id amqran kreghd svah zrih g tsoumta ni cha3riw ivdou ittghlayed , ttrough , dqiqqa tkchmed oulttma toufayid aken tnayid dachou ikmyoughen , nighs mekthaghd kan ima d vava d salim ngh , tnayid housegh beli yela kra iten itfret machi fanchtha ithettrout , yerghasen ighalen ttrough weraghased cha3r ni sdaw n tsoumtta hkighas koulch , tettrou kan tekhlal3 tsousem ».*

Ici les frères de Sabrina savent qu'elle atteinte d'un cancer du sein, ils lui ont soutenus soit psychologiquement, ou financièrement, ils lui ont donner toute forme d'aide qu'elle avait besoin ils étaient à ses côtés ils l'ont aidé l'essentiel qu'elle sera en bonne santé : « *aqlagh dayi a tes côtés akmen3awen g koulech l'essentielle attejit ».* elle a rajouté dès qu'elle s'est retournée de sa chimiothérapie elle s'est rentré chez soi là où elle a entendu ses frères en train de discuter à propos de sa maladie ils ont arrêté leurs discussion , elle les a trouvé tristes et en pleurant elle les a dit qu'elle est encore vivante pourquoi tous ces larmes , cette tristesse , et que la vie continue encore , elle va guérir pour réaliser rêves , acheter une voiture , retourner à son travail , partir en

voyage ...ect : *«mideqlegh g la chimiothérapie akken idkechmegg sousmen direct faqegh belli fellli ihedren , nighassen dachou ikoumiwghen akka ottmettathegha , ohousseghara ad mthegh , mazal dounithiw tameqrant , ad qlegh gh lkhedma adaghegh tonobil , ad rializigh ikkel les rêves ynou ».*

En retournant à l'ablation, Sabrina a fait une ablation partiel au niveau de son sein gauche (juste la place dont la tumeur s'est apparue) , quand l'effet de l'anesthésie a disparu, Sabrina s'est réveiller , elle a directement touché la place dont elle a fait la chirurgie, elle a touché ses deux seins , elle les a trouvé plates, elle a commencé à crier en appelant : *« Docteur !! docteur ! est-ce que vous m'avez fait une ablation des deux seins ? »* . Le médecin lui a répondu : *« non ! non ! mademoiselle ne t'inquiète pas c'est juste le pansement qui est ciré, on vous a juste fait une ablation partielle, comme on a déjà parler dorénavant »* . Elle a répondu par le remerciement de bon dieu qu'elle a pas perdus ses deux seins, elle a soulagé un peu par rapport aux paroles de son médecin : *« ooh hamdoulah soulajighed chwiya iqliyid rouh miytenited akka »* .

A propos du sujet du mariage, Sabrina a carrément supprimé l'aidée de crée une relation conjugale avec quiconque, pas en raison de sa maladie mais pour réaliser d'abord ses rêves ,en disant qu'elle a refusé toute demande de mariage , ce n'est plus à cause de sa maladie mais car elle n'a pas encore r réalisé ses rêves acheter une voiture ,avoir un bon poste de travail , déjà elle a reçu une demande de mariage de la part de son cousin qui habite en France , il a déjà eu des informations sur sa maladie , mais quand-même elle a refusé : *« machi 3ladjal n lahlakiw i ovghighara ad zewdjegh , mais vghigh d'adord ad awtegh ayen imennagh ,vghigh ad s3ough tonobil , ad tfeqh un poste l3ali , déjà ivghayi mis n khalti n fransa , i3lem s la maladie ynou et tout, mais oqvileghara »*

Sabrina est venue à l'association "TUDERT" de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux dans le but de dégager (s'exprimer) librement ce qu'elle ressent.

L'association "TUDERT " de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux a pris en charge la patiente durant sa maladie, dont elle a eu un soutien sur le plan psychologiques, économiques, et sociale qu'elle n'a jamais eu.

A la fin de notre entretien avec Sabrina, on remarque qu'elle est quelqu'un qui porte une forte personnalité, ainsi qu'on a ressenti qu'elle n'a pas besoin d'une aide psychologique, elle s'est venue à cette association dans le but d'avoir un aide aux traitements médicamenteux seulement.

6-2-Présentation et analyses des données du premier cas clinique :

6-2-1-Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	5	5	3	1	2	4	2	4	5	3	4	3	5	5	3	4	5	3			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	4	1	1	5	3	5	1	5	5	4	4	5	3	3	2	1	4	5			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	4	4	1	4	5	1	4	5	5	5	4	5	4	1	3	4	2	4			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G	
ACTION	13			10			7			17			12			9			68	394	
INFORMATIN		10			10			14			12			9			11		66		
EMOTION			5			10			15			13			8			12	63		
POSITIF	13	10		10				14	15		12					9	11	12	106		
NEGATIF			5		10	10	7			17		13	12	9	8				91		

Tableau N°13 : feuille de dépouillement n°1 du sixième cas clinique.

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 394 des champs, la note la plus élevée est de 106 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 91, et on a le coping centré sur l'action avec une note de 68, en suite une note de 66 pour l'information, et 63 le champ d'émotion.

6-2-2- Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 11	M 8	32
Support social	B 10	H 10	N 12	32
Retrait	C 7	I 10	O 5	22
Conversion	D 17	J 14	P 10	41
Contrôle	E 12	K 12	Q 16	40
Refus	F 9	L 9	R 13	31

Tableau N°14 : Feuille de dépouillement n°2 du sixième cas clinique

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour la conversion avec un score 41, viennent ensuite le contrôle avec un score de 40, et une note de 32 pour la focalisation et le support social, et 31 pour le refus, et une note faible pour le retrait qui est 22.

Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de coping Sabrina a mis 25min et 30sc pour le remplir.

Dans le tableau de dépouillement n°1 : indique que Sabrina recours aux coping positif centré sur l'action (le problème) avec un score de (68), Sabrina a répondu aux items qui correspondant aux stratégies centrées sur l'action la majorité varient entre 4 jusqu'à 5 pour les items (1, 19, 37, 22 ,40, 43, 24 ,46, 13, 49, 16, 52)

Le coping positif centré sur l'action, nous explique que lorsqu'elle se trouve dans des situations stressantes, elle tente de réfère aux attitudes qui permet la diminution de niveau du stress qui dû au traitement de cancer du sein. Il nous semble que l'utilisation de coping centré sur l'action depuis l'annonce du diagnostic, ce qu'elle permet d'augmenter l'expérience dans la gestion de son action.

Résumé :

D'après notre analyse du cas de Sabrina et la passation de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping on distingue que Sabrina a souffert d'un stress intense causé par l'apparition de la maladie de cancer du sein, ainsi le décès de ses parents, mais elle avait la capacité psychologique de supporter sa souffrance et de surmonter son stress à des situations difficiles à chaque fois est capable de vivre avec le cancer d'une façon positive, et cela est encore renforcé par ses frères, et cela dans le but de réduire son stress et son malaise pour libérer du poids de passé.

Nous avons souligné dans l'analyse de l'échelle de coping que Sabrina utilise le coping positif centré sur l'action dans le but de contacter ses ressources intérieures et a développé un sentiment de conversion (conversion comportementale).

II. Discussion des hypothèses.

Dans cette partie nous allons présenter la synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien de l'échelle de Toulousaine de coping qui se dégage dans notre recherche qui vise à procéder à une discussion des hypothèses relative aux deux variables de notre étude portée sur : **« les stratégies de coping chez les femmes atteintes d'un cancer du sein »**. À la lumière de la structure générale qui émerge, l'analyse des résultats et l'échelle toulousaine de coping seront examinés selon la littérature pertinente.

L'objectif de notre recherche est de décrire les types des stratégies de coping utiliser chez les femmes mariées et les femmes célibataires, atteintes un cancer du sein .au niveau de l'association « TUDERT ».

À partir des données recueillies dans l'entretiens réalisés avec notre groupe d'étude dans l'association « TUDERT » et l'analyse des entretiens et de l'échelle Toulousaine de coping, nous allons faire ressortir que la première hypothèse : **« Les femmes mariées atteintes de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur le problème plus que les femmes célibataires »** est infirmé. De plus après avoir infirmé notre première hypothèse nous allons démontrer qu'il ya une égalité entre les femmes célibataires et les femmes mariées à propos de leurs utilisations de stratégie de coping centré sur le problème. Pour les femmes qui utilisent la stratégie de coping centré sur le problème deux entre eux sont mariées qui sont : Lynda, Zakia, et deux autres qui sont célibataire qui sont : Halima, Sabrina.

Nous avons fondées cette idée par l'étude de Dunkel-Schetter C et all en (1992) qu'on a cité précédemment sur un échantillon de 603 personnes atteintes de cancer du sein , les auteurs ont pu cerné que les problèmes les plus stressent sont relies au cancer concernant la peur et l'incertitude face a l'avenir ; la diminution des capacités physique ...etc .Et que un cancer peut être dû à des facteurs externes (mode de vie, facteurs environnementaux ou professionnels, infections), ou internes (mutations héréditaires, hormones, dérèglement du système immunitaire, etc.). Ces facteurs de risque peuvent agir ensemble ou de façon successive au développement du cancer.

Ensuite, les résultats de l'analyse de l'entretien et l'échelle de Toulousaine de coping infirment aussi notre deuxième hypothèse : **« les Femmes mariées atteinte de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur l'émotion plus que les femmes célibataires »**, car

notre groupe d'étude d'après nos résultats nous avons distingués que la stratégie de coping centré sur l'émotion n'était pas employée, on a démonté ce résultat par un tableau récapitulatif :

Champs Prénoms	Le coping centré sur l'émotion. (L'émotion)	Le coping centré sur l'information. (Le soutien sociale)	Le coping centré sur l'action. (Le problème)
Lynda	50	48	<u>55</u>
Samira	64	<u>85</u>	63
Halima	56	54	<u>57</u>
Zakia	51	59	<u>62</u>
Fatima	46	<u>65</u>	58
Souad	63	66	<u>68</u>

Tableau N°15 : Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire du coping

En effet, les résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle toulousaine de coping infirment également la troisième hypothèse qui est : « **Les femmes mariées atteintes de cancer du sein utilisent la stratégie de coping centré sur le soutien social plus que les femmes célibataires** », car la fréquence de coping centré sur l'information est la même dans notre groupe d'étude, et cela est indiqué par Samira qui est femme célibataire et Fatima qui est une femme marié, on a fondé ce résultat par la théorie de Compass B.E et Harding A, (1998) qu'on a cité précédemment, qui affirment que les ressources adaptatives de l'individu, que sont l'optimisme et le réseau naturel de soutien, sont reliées à une meilleure adaptation physique et psychologique au cancer de sein, et que tout études révèlent qu'un niveau élevé de perception d'un réseau de soutien disponible parmi les amis et les parents, se manifeste par une plus grande estime de soi, par une détresse émotionnelle moindre et par un dénouement médical plus positif.

C'est-à-dire que le soutien social chez ces femmes joue un rôle essentiel dans leurs optimisations, ainsi leurs capacités de guérison.

D'une manière spécifique, nous avons présenté des stratégies et des dimensions employées par notre groupe d'étude, nous rappelons que Sabrina, Halima utilisent le plus fréquemment le

coping positif centré sur l'action avec des stratégies centrées sur la conversion, indique qu'elles font des efforts pour réduire le stress en rapport avec la conversion.

Quant à Lynda, utilise le coping négatif centré sur l'action avec des stratégies centrées sur la conversion et le contrôle, indiqué qu'elle fait des efforts de maîtriser et maintenir le stress en rapport avec le contrôle.

Ensuite pour le cas de Zakia, utilise le coping positif centré sur l'action avec une stratégie centrée sur le contrôle qui suscite les efforts actifs de servir de l'expérience passé.

Pour le cas de Fatima, utilise un coping positif centré sur l'information avec des stratégies centrées sur la focalisation, démontré qu'elle fait des efforts de maîtrise sa situation par les informations provenant de l'extérieur pour qu'elle soit rassurante et confiante.

Pour le cas de Samira, elle utilise le coping positif centré sur l'information, avec des stratégies centrées sur le support social, démontre qu'elle fait des efforts de maîtriser sa situation par les informations provenant de l'extérieur pour qu'elle soit rassurante et confiante.

Le choix de coping utilisé par notre groupe d'étude qui est caractérisé par plusieurs modes de coping, puisque la source de stress n'est pas la même, il n'est pas surprenant que les réponses de coping soient différentes, ce qui s'inscrit dans la théorie de Lazarus et Folkman (1984) valant que le choix des stratégies de coping soit influencé par des caractéristiques situationnelles de l'évènement.

De plus, selon le modèle de Lazarus et Folkman, lorsqu'une personne faite face à une situation stressante, son choix de stratégie de coping dépend de l'évaluation primaire et secondaire qu'elle fait.

Le modèle de coping de Lazarus et Folkman est considéré comme le meilleur modèle pour expliquer le coping.

En effet, les résultats de l'échelle de coping et l'analyse de l'entretien font du même sens du modèle de Lazarus et Folkman que le coping il s'agit de :« c'est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant et destiné à gérer une demande interne ou externe spécifique perçus comme menaçant ou dépassant les ressources personnelles d'un individu ». (Lazarus et Folkman, 1984, p 141).

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et une analyse pour chaque cas, nous avons détecté que les femmes de notre groupe d'étude manifestent un stress. De plus nous, nous avons fait une présentation des choix de coping utilisé par notre groupe. En finale, nous sommes arrivés à l'infirmité de nos trois hypothèses que nous avons déjà proposée au début de notre travail de recherche.

Conclusion

Conclusion

Le cancer du sein comme tout cancer reste une maladie potentielle et mortelle, qui bouleverse la vie des femmes atteintes.

Nous avons réalisé une étude qualitative, ce que nous a permis de travailler avec six femmes dont trois parmi elles sont célibataires, et trois qui sont mariées, et cela au niveau de l'association de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux « TUDERT », pour une recherche sur le profil de coping utilisé par des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Dont la notion de coping vise à la mesure de stress dû à la maladie de cancer du sein qui est devenu aujourd'hui plus fréquent et très connus dans le monde entier absolument sur les médias, les journaux et tous les moyens de la technologie et sur les réseaux sociaux.

À la lumière de ce travail, il apparaît évident que la prise en charge psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein reste une nécessité absolue, ainsi l'environnement joue un rôle primordial à la guérison de cette maladie, cependant chaque femme a sa réaction devant ses conflits pour lutter contre sa maladie.

En fonction de nos observations faites durant notre stage pratique et l'étude effectué auprès des malades. Nous avons tiré quelques perspectives sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures tels que la comparaison entre le profil de coping utilisé par des femmes atteintes d'un cancer du sein qui sont bien informé et moins informer de cette maladie avant l'atteinte.

Liste Bibliographique

I. Ouvrages

1. Aktouf.O, (1987) « Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et ne critique, les presses universitaires », Ed les presses de l'université de Montréal, Québec.
2. Albarelo.L et all, (1995), « Pratique et méthodes de recherche en science sociale », Paris.
3. Bellesoeur. A, cabel. L, hutt. É, moustarhfir. M, (2015) « Cancérologie », Paris.
4. Benzidane. N, (2004). « Cancer du sein, diagnostic et traitement », Alger.
5. Bruuchon, SM, (2002), « Psychologie de la santé : modèle, concepts et méthodes », paris.
6. Charbol. H et Callahan. S ,2005), « Mécanismes de défense et coping » : Dunod, paris.
7. Chaumet. H, (2019), « cancer du sein et de l'ovaire », Belgique.
8. Damhuis. L, Ruquoy.D, (2012), « Situation de l'entretien et stratégies de l'interview », Paris.
9. Fenneteau. H, (2002), « Enquête : Entretien et questionnaire », Dunod, paris,
10. Francequin, G. (2012), « Cancer du sein : une féminité à reconstruire », Paris.
11. Ghiglione. R, et Richard. JF (2007) : « cours de psychologie clinique », Paris
12. Goumot, A-P. 1993 « le sein, son image », éditions, Vigot.
13. Graziani, P. Swendsen, J. (2004). « Le stress, émotion et stratégies d'adaptation ». France.
14. Lazarus. R, Folkman. S, (1984), « stress, oppraisal and coping », New York springer.
15. Lonescu.S et, Blanchet.A (2009) : « Méthodologie de la recherche en psychologie clinique », paris.
16. Lorient. Y, Mordant. P, (2011), « Cancérologie », Paris.
17. S. Esparbès et autre, (1989), « les stratégies de coping », Toulouse.
18. Schweitzer, M-B. (2001). « Personnalité et maladie », Ed Dunod, Paris.

II. Thèses

19. Hachana. MR, (2009), « contribution à l'étude de l'implication des vertus et évaluation de leurs valeurs pronostique dans le cancer du sein de la femme dans la région du centre Tunisien », laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques CHU Farhat Haches de Sousse.
20. Tazopoulou E, (2008), « Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, Psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire », Paris.

III. Dictionnaire :

21. Angel.S, (2003), « le petit Larousse de la psychologie », Larousse, Paris.
22. Boueneuf. J, et autre, (1995), « Le petit Larousse de la médecine », Larousse, Paris.
23. Sillamy. N, (1999), « Dictionnaire de la psychologie », Larousse, paris.

IV. Documents :

24. Document interne de l'association « Toudert » Amizour.
25. Support Livre broché Nb de pages 432 ; Éditeur Presses universitaires du septentrion, Première édition.

V. Sitographie :

26. www.larousse.fr/encyclopédie/médical /cancer/11745
27. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets
28. [https:// www :37degres. Dz/index. PHP/2021/10/01 cancer -du-sein-une-augmentation-de-10-par-an.](https://www.37degres.Dz/index.PHP/2021/10/01 cancer -du-sein-une-augmentation-de-10-par-an)
29. . <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572>
30. [https://www.google.com/amp/s/ishh.fr/cancer-du-sein/le-cancer-du-sein-pendant-la-grossesse/amp/.](https://www.google.com/amp/s/ishh.fr/cancer-du-sein/le-cancer-du-sein-pendant-la-grossesse/amp/)

31. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2493/traitement-du-cancer-du-sein-chez-la-personne-agee>.
32. <https://www.docteur-eric-sebban.fr/cancer-du-sein/prevention/>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Guide d'entretien semi directif destiné aux femmes atteintes de cancer de sein :

Informations personnelles :

- 1- Quel est votre nom ?
- 2- Quel âge avez-vous ?
- 3- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- Quelle est votre profession ?
- 5- Est-ce que vous êtes mariés ? A quel âge ?
- 6- Combien d'enfants avez vous ?

Axe 1 : Informations sur l'histoire de la maladie :

- 1- Comment est votre état de santé en générale avant l'annonce de la maladie ?
- 2- Quelles sont les signes qui vous ont guidé d'allez consulter un médecin ?
- 3- Comment vous avez découvrir la maladie ?
- 4- Est ce que vous avez penser à un cancer d'après les signes ?
- 5- Quelles sont les procédures que le médecin avez vous demander avant de vous confirmer cette maladie ?
- 6- Qui a été avec vous lors de l'annonce ?
- 7- Comment été votre réaction au début de l'annonce ? Et aussi la réaction de votre famille ? et quelle est la façon dont il vous a annoncé ?
- 8- Est-ce que vous avez des idées suicidaires les premiers jours après l'annonce ?
- 9- Avez vous parmi vos proches atteintes de cette maladie ?

10- Savez vous ce qu'une mammographie ? Avez vous fait la mammographie ?

11- Est ce que vous avez parler directement avec votre mari sur votre maladie après l'annonce ?
Quelle est sa réaction ? Ainsi votre enfant ?

Axe 2 : Information sur la chimiothérapie :

1- Avant que vous sachiez que vous êtes malade, est-ce que vous savez ce que la chimiothérapie ?

2- Quelle est votre sentiments la veille de la chimiothérapie et avant d'entrer à la salle et même durant ?

3- Qui vous accompagne aux séances ?

4- Combien de séances avez vous faite ?

5- Qu'est ce que vous en pensez-y d'elle maintenant ?

6- Comment vous avez pu sortir de votre état de stress dû à l'effet de la chimiothérapie ?

7- Quelles sont les effets secondaires de votre chimiothérapie ?

8- Est-ce que vous savez que vos règles vont être disparaître la période de la chimiothérapie ?
quand ils sont disparus ? et quand ils sont revenus ? Quelle est votre ressenti à propos de ça ?

Axe 3 : Informations sur l'ablation de sein :

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

2- Comment été votre réaction quand le médecin vous a parler sur l'ablation ? Et que cette ablation sera votre dernier choix pour vivre ?

3- Que ce que vous avez ressenti avant et après l'ablation ?

4- Quelles sont les procédures que le médecin avez vous demandé avant de faire l'opération ?

- 5- Que ce que vous avez ressenti et quelle est votre réaction quand l'ablation été votre dernier choix pour vivre ?
- 6- Quelle est la réaction de votre famille ?
- 7- Parlez moi sur la qualité de changements apparaissent après l'opération ?

Axe 4 : Le soutien et l'encouragement de l'entourage :

- 1- Est ce que votre environnement familial (la qualité d'interaction ente vous) influence positivement et négativement sur votre guérison ?
- 2- Est ce que vous avez pu avoir un soutien sur le plan psychique ? financier ? de la part de votre entourage familiale ? et surtout votre mari, il vous dit quoi pour vous soutenir ?
- 3- Est ce que quelqu'un d'autre en dehors de votre petite famille sachent que vous êtes malade ? si oui dit moi pourquoi et si non pourquoi aussi ?
- 4- Quelle est votre vision a cette association ? et comment elle vous a aider ?
- 5- Vous en pensez quoi a la psychologue ? et quelle sont les causes qui vous a abouti d'aller vers elle ? et est-ce que vous avez déjà consulté un psychologue avant cette fois ?
- 6- Si vous n'avez pas des moyennes pour consulter un psychologue, comment vous allez faire ?
- 7- Est-ce que vous parlez à vous-même sur votre maladie ? vous disez quoi ?
- 8- Est-ce que vous avez d'autres problèmes appart le cancer ? Et comment vous les en régler ?
- 9- Est ce que vous avez le même regard à la vie avant et après l'ablation ?

Axe 5 : Information sur la vie intime :

- 1- Quelle est la réaction de votre mari le moment de l'annonce de la maladie, et l'annonce de l'opération et après l'ablation ?
- 2- Ccomment votre mari vous aide ? Est ce qu'il vous soutien psychiquement ?
- 3- Est-ce que vous remarquez qu'il y'a un changement dans votre relation ?

- 4- Qu'est ce qu'est changé dans votre relation ?
- 5- Est-ce qu'il Ya un changement dans votre relation au lit ?
- 6- Pour les célibataires : Qu'est ce que vous en penser sur le mariage ?
- 7- Est ce que vous souhaitez d'entrer dans une relation de couple ?
- 8- Si quelqu'un sait votre état de santé, et encore il vous souhaite vraiment, quelle est votre réaction ?

Axe 6 : informations sur la prise en charge de la maladie

- 1- Est ce que vous bénéficiez d'autres aides à part l'association ?
- 2- Est ce que vous suivez un régime alimentaire ?
- 3- Est-ce-que vous prenez d'autre traitement médicamenteux ?
- 4- Est ce que vous avez parler avec des professions (médecin, psychologue ou d'autres ...) sur votre état de santé ? est ce que vous avez trouver des réponses dont vous êtes satisfait et soulageait ?
- 5- Quel genre d'aide et d'orientation avez vous bénéficiez de la part de l'état ?
- 6- Est ce qu'avez-vous d'autres choses ont rajouté ?

Annexe 2 : Échelle toulousaine de coping

La consigne :

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerné et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisi dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1 (Pas du tout) à 5 (Très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Choix de la situation difficile:

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante:

	Pas du tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1- Je fais face à la situation.	1	2	3	4	5
2- Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins, ...).	1	2	3	4	5
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- J'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- Je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- J'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- J'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- Je change ma façon de vivre.	1	2	3	4	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	5
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	4	5
14- Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19- J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	3	4	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27- Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5

	Pas du tout				Très souvent
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33- Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36- Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37- Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41- J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43- Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45- Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48- Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49- Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51- Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

Traduction de l'échelle :

مستحيل		في كثير من الاحيان			
5	4	3	2	1	1-أواجه الموقف.
5	4	3	2	1	2-أطلب النصيحة من المتخصصين (المعلمين، الاطباء).
5	4	3	2	1	3-أحاول أن أشعر بالتحسن عن طريق الأكل.
5	4	3	2	1	4-أعمل بالتعاون مع الآخرين على التعبئة.
5	4	3	2	1	5-أحاول إلا أفكر في المشكلة.
5	4	3	2	1	6- أسأل الله أن يعينني.
5	4	3	2	1	7- أتجنب مقابلة الناس.
5	4	3	2	1	8- أتقبل المشكلة إذا كانت لا مفر منها.
5	4	3	2	1	9- أحاول ألا أشعر بالذعر.
5	4	3	2	1	10-أغير الطريقة التي أعيش بها .
5	4	3	2	1	11- أضع خطة عمل والتزم بها.
5	4	3	2	1	12- لا أفكر في المشاكل إلا عند ظهوره.
5	4	3	2	1	13- يصعب على استخدام الكلمات لوصف ما أشعر به.
5	4	3	2	1	14- أرفض الاعتراف بالمشكلة.
5	4	3	2	1	15- المر أحيانا بعدوانية تحت الأخرى.
5	4	3	2	1	16- أفعل شيئاً أكثر متعة.
5	4	3	2	1	17- أشعر بالحاجة إلى مشاركة المقربين مني.
5	4	3	2	1	18- أحل الموقف لأفهمه بشكل أفضل بما أشعر به.
5	4	3	2	1	19-أهاجم المشكلة وجها لوجه.
5	4	3	2	1	20-أنسى مشاكلنا بتناول الأدوية.
5	4	3	2	1	21-أناقش المشكلة مع والدي أو غيرهم من البالغين.
5	4	3	2	1	22- أبحث عن أنشطة جماعية التمرين نفسي.
5	4	3	2	1	23- ألجأ إلى الخيال أو إلى الأحلام.
5	4	3	2	1	24- ألا أفعل ما قررت.
5	4	3	2	1	25- أسعى إلى منح نفسي فلسفة حياة اجاريها.
5	4	3	2	1	26-تعلم كيف أتعايش مع المشكلة.
5	4	3	2	1	27- الحكم في انفعالاتي.
5	4	3	2	1	28- أغير طريقة تصرفاتي.
5	4	3	2	1	29-أعرف ما يجب عليّ فعله، لذلك أضعف جهودي للوصول.
5	4	3	2	1	30- لا أستطيع أن أشعر بأي شيء عندما تنشأ الصعوبات.
5	4	3	2	1	31- أقاوم الرغبة في التصرف حتى يسمح الموقف لي.
5	4	3	2	1	32- أتصرف وكأن المشكلة غير موجودة.
5	4	3	2	1	33- أشعر بالذنب.
5	4	3	2	1	34- أذهب إلى السينما أو أشاهد التلفاز لأفكر أقل.
5	4	3	2	1	35- أفكر في التجارب التي من المحتمل أن تساعدني في القيام بذلك لمواجهة الصعاب.
5	4	3	2	1	36- أطلب المساعدة من أصدقائي لتهدئة وضعي.
5	4	3	2	1	37- أذهب مباشرة إلى المشكلة.
5	4	3	2	1	38- أسأل الناس الذين لديهم تجربة مماثلة ما فعلوه.

5	4	3	2	1	39- اتعاطى المخدرات أو أدخن لتهدئة قلقي.
5	4	3	2	1	40- أساعد الآخرين كما أحب أن يساعدوني.
5	4	3	2	1	41- احاول بأي ثمن أن أفكر في شيء آخر.
5	4	3	2	1	42- أمزج بشأن الموقف الذي أجد نفسي فيه.
5	4	3	2	1	43- أضع نفسي بعيدا عن الآخرين.
5	4	3	2	1	44- أتقبل فكرة ان المشكلة بحاجة إلى حل.
5	4	3	2	1	45- أحتفظ بمشاعري لنفس.
5	4	3	2	1	46- أعدل تصرفاتي حسب المشكلة.
5	4	3	2	1	47- أفكر في اهداف للوصول اليها.
5	4	3	2	1	48- مشاعري تختفي بالسرعة التي ظهرت بها.
5	4	3	2	1	49- أمنع نفسي من التصرف بسرعة كبيرة.
5	4	3	2	1	50- أقول لنفسي أن هذه المشكلة ليس لها أي أهمية.
5	4	3	2	1	51- أنا غارق في عواطف.
5	4	3	2	1	52- ألجأ إلى أنشطة أخرى لإنهاء نفسي.
5	4	3	2	1	53- أفكر في الاستراتيجيات التي يمكنني استخدامها بشكل أفضل لحل المشكلات.
5	4	3	2	1	54- أطلب التعاطف والتشجيع من الآخرين.

Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES																					
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES																					
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES																					
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTALE	T.G	
ACTION		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■			
INFORMATIO N	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■			
EMOTION	■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■				
POSITIF			■		■	■			■			■	■	■	■						
NEGATIF	■	■		■				■	■		■					■	■	■			

Feuille de dépouillement N°2 :

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A	G	M	
Support social	B	H	N	
Retrait	C	I	O	
Conversion	D	J	P	
Contrôle	E	K	Q	
Refus	F	L	R	

Répartition des items :

ACTION			INFORMATION						EMOTION								
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	4	7	10	13	16	17	2	5	8	11	14	15	18	3	6	9	12
19	22	25	28	31	34	35	20	23	26	29	32	33	36	21	24	27	30
37	40	43	46	49	52	53	38	41	44	47	50	51	54	39	42	45	48

Résumé

Notre recherche aborde la question des « stratégies de coping chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ». Notre objectif est de connaître les différents types des stratégies de coping utiliser par ces femmes pour y faire face au cancer du sein. Afin de réaliser cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude la méthode clinique basée sur l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif au sein de l'association de bienfaisance d'aide aux malades cancéreux « TUDERT » d'Amizour, dans laquelle nous avons utilisé l'échelle Toulousaine de coping. Dans l'analyse des résultats, nous avons détecté que les femmes de notre groupe d'étude manifestent un stress dû au cancer du sein, ainsi la manière dont elles font face à leurs situations en employant des stratégies de coping centrées soit sur le problème ou sur le soutien social, ou sur l'émotion.

Mots clés : stratégies de coping, cancer du sein, les femmes.

ملخص

يتناول بحثنا " مسألة إستراتيجيات التكيف بين النساء المصابات بسرطان الثدي " هدفنا هو معرفة الأنواع المختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها هؤلاء النساء للتعامل مع سرطان الثدي. من أجل إجراء هذا البحث، اخترنا المنهج الاكلينيكي (دراسة حالة) كمجال للدراسة، حيث استخدمنا المقابلة السريرية شبه الموجهة وهذا في الجمعية الخيرية لمساعدة مرضى السرطان "تودرت" الواقعة في أميزور، والتي استخدمنا فيها مقياس التأقلم تولوز.

في تحليل النتائج، اكتشفنا أن النساء في مجموعتنا الدراسية يظهرن إجهادًا بسبب سرطان الثدي، وكذلك كيفية تعاملهن مع هذا الأخير من خلال استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز إما على المشكلة أو على الدعم الاجتماعي، أو على العاطفة.

كلمات مفتاحية: إستراتيجيات المواجهة، سرطان الثدي، النساء.

Abstract

Our research addresses the question of “coping strategies in women with breast cancer”. Our objective is to know the deference between these women, about their use of coping strategies to face breast cancer. In order to carry out this research, we chose as a field of study the clinical method based on the case study, we used the semi-directive clinical interview within the charitable association of assistance to the sick "TUDERT" cancer patient from Amizour, in which we used the Toulouse coping scale. In the analysis of the results, we detected that the women in our study group manifest stress due to breast cancer, as well as the way in which they cope with their situations by employing coping strategies focused either on the problem or on the on social support, or on emotion.

Key words: Coping strategies, Breast cancer, Women.