

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département : sciences sociales
Option : psychologie clinique

*Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en Psychologie Clinique*

Thème

*La qualité de vie chez les femmes atteintes d'un
cancer du sein avec ablation*

Présenté par

▪ *CHENNA Meriem*

Encadré par

▪ *Docteur Sahraoui .I*

Année universitaire 2012-2013

Sommaire

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

La partie théorique

Chapitre I : Approche médical du cancer du sein

Introduction.....	3
1. Définition des concepts.....	3
2. Les symptômes du cancer du sein.....	4
3. Moyens du diagnostic clinique.....	5
4. Examens complémentaires.....	5
5. Types de cancer du sein.....	6
6. Les facteurs de risques.....	7
7. Le délai de consultation.....	7
8. Traitement du cancer du sein.....	8
Conclusion.....	9

Chapitre II : Le vécu psychologique

Introduction.....	10
1. Le vécu psychologique.....	10
2. Définition de l'anxiété.....	13
3. Les troubles anxieux.....	14
4. Symptômes et signes de l'anxiété et leurs niveaux.....	17
5. Les types d'anxiété.....	18
6. Les modèles théoriques de l'anxiété.....	20
7. L'évaluation de l'anxiété.....	22
8. La prise en charge du sujet anxieux.....	23
Conclusion.....	27

Chapitre III : La qualité de vie

Introduction.....	28
1. Un aperçu historique.....	28
2. Conceptions et définition de la qualité de vie.....	29
3. Les différentes approches.....	32
4. La qualité de vie globale.....	35
5. La qualité de vie liée à la santé.....	35
6. Les domaines de la qualité de vie.....	36
7. La qualité de vie dans le domaine de la cancérologie.....	38
Conclusion.....	39

Chapitre IV

- ❖ Problématique et hypothèses.....40

La partie méthodologique

Chapitre V : La démarche de la recherche et la population d'études

Introduction.....	46
1. Démarche de la recherche.....	46
1.1. La pré-enquête.....	46
1.2.La méthode clinique.....	47
1.3.Le lieu de la recherche.....	48
2. la population d'étude.....	48
Conclusion.....	50

Chapitre VI : les techniques utilisées et leurs analyses

Introduction.....	51
1. Les techniques utilisées.....	51
1.1.L'entretien clinique.....	51
1.2.L'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	55
1.3.Le questionnaire généraliste SF-36.....	56
2. L'analyse des techniques utilisées.....	58
2.1.Analyse de l'entretien clinique.....	58
2.2.Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	58
2.3.Analyse de questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie.....	59
Conclusion.....	60

La partie pratique

Chapitre VII: Présentation et analyse des résultats	62
Chapitre VIII : Discussion des hypothèses	99
Conclusion générale.....	102

Bibliographie

Annexes

Avoir une maladie fait partie de la vie de tout être humain quel que soit son âge, ou son sexe, l'individu peut être confronté à une maladie chronique, et maladie grave qui nécessitent parfois une intervention chirurgicale. Après l'opération, le sujet commence un nouveau parcours, une nouvelle vie, mais avec une idée d'un corps différent.

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

Parmi ces maladies on cite les maladies cancéreuses, en particulier le cancer du sein, qui est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une amputation et à la menace de complications graves. Une prise en charge de qualité doit être focalisée non seulement sur la maladie mais, aussi sur le malade. L'état psychique du patient doit être pris en considération, car sa prise en charge n'est pas seulement somatique mais, aussi psychologique qui est extrêmement importante et inséparable de la somatique.

De nos jours, on remarque qu'il y a un taux très élevé des femmes atteintes du cancer du sein et que le nombre augmente du jour aux lendemains.

La confrontation à cette pathologie peut révéler au sujet ; des troubles anxieux qui sont un état psychologique et physiologique, caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux que le sujet manifeste par un sentiment de peur, d'inquiétude, de crainte. Cette dernière est souvent associée à une peur sans objet particulier. En effet l'anxiété fut l'un des troubles les plus apparents chez la femme atteinte d'un cancer du sein et, qui influe sur sa qualité de vie d'une manière positive ou négative, soit sur son activité physique et/ou psychique ; soit sur les aspects relationnel, familial, social, professionnel.

Dans notre étude, portée sur le thème « la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avec ablation », nous avons choisi comme terrain d'étude L'hôpital Benmerad El Mekki d'Amizour situé à Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche, nous allons servir de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle d'Hamilton pour l'évaluation de l'anxiété, ainsi que du questionnaire généraliste SF36 pour mesurer l'impacte sur la qualité de vie.

Nous allons opter pour une approche intégrative qui unit l'approche psychanalytique et l'approche cognitivo-comportementale, comme cadre référentiel de notre recherche. On a

utilisé la théorie psychanalytique, pour comprendre le vécu psychologique et la théorie cognitivo-comportementale pour, expliquer les différentes pensées et cognitions des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Par rapport à l'importance de notre thème, il est à la fois un thème d'actualité et pertinent, ainsi que le manque d'études en Algérie sur les femmes cancéreuses qui vivent leur souffrance en silence est un critère qui a tranché notre intérêt pour ce thème.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en trois parties :

La partie théorique qui est subdivisée en quatre chapitres intitulés :

Chapitre I : le côté médical du cancer du sein.

Chapitre II : le vécu psychologique.

Chapitre III : la qualité de vie.

Chapitre IV : problématique et hypothèses.

La partie méthodologique est consacrée aux chapitres suivants :

Chapitre V : la démarche de la recherche et population d'étude.

Chapitre VI : les techniques utilisées et leur analyse.

La partie pratique, consacrée aux chapitres suivants :

Chapitre VII : porte sur la présentation et l'analyse des résultats

Chapitre VIII : discussion des hypothèses

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on a posé d'autres questions de perspectives concernant cette catégorie dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Introduction

Le cancer du sein est la maladie la plus redoutée par les femmes, de par sa fréquence mais surtout son extrême gravité, qui mène de façon inexorable à la mort quand le diagnostic est établi tardivement.

Le cancer du sein est devenu le premier fléau chez les femmes dans les pays occidentaux. Il apparaît beaucoup plus chez les femmes, comme il peut apparaître chez l'homme, ce qui est extrêmement rare 1%.

Pour en savoir plus sur cette maladie, nous allons la définir, examiner ses symptômes, puis passer au diagnostic, et enfin le traitement à établir.

I-Définitions des concepts

1-1 le sein: dans notre culture, les seins de femme ont une place différente pour qui les porte ou pour qui les voit.

Le sein est avant tout une forme, un signal érotique pour les uns mais aussi, pour les autres, le symbole du passage de l'état de petite fille à l'état de femme.

Les seins jouent un rôle très important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps. La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né.

Les seins ne font pas, à proprement parler, partie de l'appareil génital de la femme. Leur développement fait suite à l'action des hormones sexuelles qui apparaissent à la puberté. Il n'en reste pas moins qu'ils sont des organes participant à part entière de la vie génitale de la femme, car ils ont un rôle physiologique de la plus haute importance en association avec la fonction reproduction. (DELAHAYE M-C. 1992, P. 45).

1-2 le cancer : tumeur maligne, il résulte d'un déséquilibre dans le mécanisme de croissance et d'une multiplication cellulaire. La cellule se caractérise par des anomalies musculaires avec mitoses fréquentes et anarchiques. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogénèse : substances chimiques, radiations, virus, hérédités, etc.

Le tissu cancéreux envahit les organes environnants et se dissémine par voie lymphatique et sanguine donnant les métastases. La prolifération cellulaire dans les tumeurs malignes n'est pas totalement autonome. Outre la dépendance de la tumeur vis-à-vis de l'hôte du fait de sa vascularisation, sa croissance est effectuée par les hormones, les médicaments et les méca-

nismes immunitaires du malade. Les cancers se répartissent en deux grandes catégories : les carcinomes ou les épithéliomas et les sarcomes (pour tous les autres cancers non listés ci-après voire soit directement à l'organe ; soit aux entrées suivantes: carcinome, sarcome, ou tumeur). (QUEVAUVILLIERS J. 2009, P. 151).

1-3 cancer de sein : le cancer du sein 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 devait répondre à une stratégie médicale globale et plus locorégionale, c'est-à-dire l'intérêt de prescrire systématiquement un traitement générale après la chirurgie lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorables. (BENZIDANE N. 2004, P. 5).

2- Les symptômes du cancer du sein

Les symptômes du cancer inflammatoire du sein varient d'une personne à l'autre et peuvent se manifester subitement, donc il faut consulter son médecin si on voit un ou plusieurs des symptômes suivants :

A-Grosse tumeur, ulcère.

B-Déformation du sein.

C- Ecoulement du mamelon.

D-Mamelon qui est tourné vers l'intérieur.

F-Grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. (BENZIDANE N. 2004, P. 9).

G-Nodule mammaire palpé qui est indolore.

H-L'apparition d'une plaque rouge qui s'étend lentement du mamelon vers l'aréole.

I-Peau du sein rouge œdémateuse, parfois une chaude chaleur locale ou des douleurs. (DALY N. et al. 2003, P. 21).

3- Moyens du diagnostic clinique

- A- L'interrogatoire.
- B- L'examen clinique.
- C- L'inspection.
- D- La Palpation.

4- Examens complémentaires

- **La mammographie** : elle est systématiquement pratiquée lorsqu'un sein présente une grosseur anormale.
- **L'échographie** : cet examen est utilisé comme complément à la mammographie, lorsque celle-ci laisse planer un doute.
- **La thermographie** : le principe de la thermographie est basé sur le fait que les tumeurs, tout comme les zones richement vascularisées, émettent une chaleur. En effet, des tumeurs bénignes peuvent être « chaudes » alors que des tumeurs malignes peuvent au contraire être « froides ».
- **La xérographie** : il s'agit d'une radiographie des seins nécessitant une irradiation des seins plus importante que pour une mammographie. Pour cette raison, beaucoup de radiologues abandonnent cette technique bien qu'elle renseigne sur des lésions profondes, pas toujours bien vues par mammographie.
- **La galactotrophie** : cet examen, non douloureux ; est pratiquée lorsque du liquide s'écoule d'un pore du mamelon.
L'examen consiste en l'injection par le pore d'un produit qui se répand dans le canal galactophore concerné. Celui-ci devient alors visible à la mammographie et peut être examiné.
- **La cytoponction** : elle consiste en l'aspiration, avec une fine aiguille montée sur une seringue, d'un liquide se trouvant à l'intérieur d'un kyste ou de quelques cellules de la petite boue sentie par le gynécologue et repérée à la mammographie.
- **La biopsie** : cet examen complète la cytoponction. Par la biopsie, on effectue un prélèvement plus important de la tumeur, qui permet d'obtenir un diagnostic plus précis. La biopsie se pratique sous anesthésie générale. (DELAHAYE M-C. 1992, PP. 346-348).

5 -Types de cancer du sein

Il existe plusieurs types et formes de cancer du sein, et chacune d'entre elle a sa propre évolution. On peut les classer en deux grandes catégories : le cancer non invasif ou in situ, qui touche uniquement les canaux galactophores, et le cancer invasif ou infiltrant, qui se propage dans le tissu gras du sein.

A / Cancer non invasif

- **Carcinome canalaire in situ** : c'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. C'est une forme de cancer très « jeune », au tout début de sa formation. Comme son nom l'indique, il est formé à l'intérieur des canaux de lactation du sein. Il ne se dissémine pas. On diagnostique beaucoup plus fréquemment ce type de cancer depuis l'utilisation plus répandue de la mammographie. Le traitement de ce cancer mène à la guérison dans presque tout les cas. Sans traitement, il poursuit sa croissance et peut alors devenir « infiltrant », donc se propager à l'extérieur des canaux galactophores.

B/ Cancer invasif

- **Carcinome canalaire** : il se forme dans les canaux galactophores. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux.
- **Carcinome lobulaire** : les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules, puis traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissus environnants. Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré
- **Carcinome inflammatoire** : un cancer rare qui se caractérise principalement par un sein qui peut devenir rouge, enflé et chaud. La peau du sein peut aussi prendre l'aspect d'une peau d'orange. Ce type de cancer progresse plus rapidement et est plus difficile à traiter. Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré
- **Autres carcinomes** : (médullaire, colloïdes ou mucineux, tubulaires, papillaires). Ces types de cancer du sein sont plus rares. Les principales différences entre ces types de cancer reposent sur le type de cellules touchées.

- **Maladie de Paget** : un cancer rare qui se manifeste par une petite plaie au mamelon qui ne guérit pas. (LACAN J. et al. 2002, PP. 248-251)

6- Les facteurs de risques

6-1 Un facteur de risque : est un élément qui augmente un peu le risque de développer un cancer. Cela ne veut absolument pas dire, si l'on présente un ou plusieurs acteurs de risque l'on aura un cancer. Aucune étude n'a en effet démontré qu'ils favorisaient la maladie. Cela doit seulement inciter à une meilleure surveillance.

6-2 Quelques facteurs de risque

- **L'âge** : est un facteur très important car la fréquence du cancer augmente surtout après 40ans.
- **La prédisposition héréditaire** : n'est pas donc à négliger. En effet, dans certaines familles, il ya plusieurs cas de cancer du sein et aucun dans d'autres familles.
- **Le mode de vie** : influencerait sur la formation d'un cancer ;
 - L'alimentation est un facteur de risque non négligeable, si elle comprend trop de matières grasses animales contenues dans la viande et les produits laitiers, notamment le fromage.
 - L'alcool absorbé régulièrement est tout aussi favorable.
 - Le tabac fumé en excès n'est pas anodin, lui non plus.
- **Non fécondité ou fécondité tardive** : les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou qui ont eu leur première grossesse tardivement (après 30ans) ont un risque sensiblement augmenté de développer un cancer du sein, par rapport à celle ayant eu au moins un enfant avant 30 ans.
- **Polluants et autres perturbateurs endocriniens** : manque de vitamine D, car la vitamine D et ses analogues pharmaceutiques ont des effets anti-prolifération et pro-différentiation. Elle a donc une importance pour la prévention et le traitement des cancers en général. Elle peut notamment limiter une production excessive d'œstrogène, en agissant sur l'aromatase. (DELAHAYE M-C. 1992, PP. 288-289).

7- Le Délai de consultation

Le délai comme facteur du pronostic est controversé. Le délai est influencé également par la vitesse de croissance tumorale. Ainsi, il est facilement compréhensible que dans le cas

d'une tumeur à croissance rapide, l'influence sur le pronostic serait moins marquée que dans les cancers à croissance lente. L'absence d'un traitement efficace joue bien sûr également un rôle. La tendance actuelle pour bon nombre de cancer est de promouvoir un dépistage bien avant la phase symptomatique.

- **Facteurs induisant une consultation rapide**

Symptômes (douloureux, visibles), Information, Anxiété, Impulsivité, Bonne relation (médecin-malade).

- **Facteurs induisant un retard de consultation**

Pas de symptômes, Peur de l'hôpital (de la chirurgie, de l'anesthésie), Raison domestiques et professionnelles, Raison économiques, Mauvaise relation (médecin_ malade), Déni/ou banalisation du symptôme, Manque d'information. (RAZAVI D. et DELVAUX N. 2002, P. 69)

8- traitement du cancer

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

A/ La chirurgie

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

Le traitement de la tumeur primitive, consiste en une mammectomie, on peut dire que la chirurgie radicale et ultra radicale (opération de Hals Ted élargie o non) a perdu progressivement beaucoup de terrain au profit de la chirurgie radicale limitée (opération de Petty) et qui à son tour se trouve maintenant affrontée au traitement chirurgical non mutilant (traitement conservateur). La tumeurectomie 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.

B/ Radiothérapie

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

La radiothérapie après la chirurgie (après la cicatrisation) permet le contrôle des lésions infra cliniques qui peuvent exister sur la glande mammaire (après le traitement conservateur) ou bien le dit cicatriciel, sinon sur les aires ganglionnaire axillaires, mammaires interne et sus claviculaire.

C/Chimiothérapie

La chimiothérapie consiste à utiliser des médicaments (par injection dans une veine le plus souvent) qui agissent sur toutes les cellules cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectés par, les examens d'imagerie.

D/Hormonothérapie

Utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez le patient ménopausée. On utilise le « tamoxifène » à la dose de 20 à 30mg /jour en cas d'envahissement ganglionnaire et récepteurs hormonaux positifs pendant au moins deux ans. (LACAN J. et al. 2002, PP. 262-264).

Après avoir présenté la maladie, ses symptômes ainsi que le traitement, nous allons enfin terminer ce chapitre avec une conclusion.

Conclusion

Le cancer du sein est la maladie du siècle, par sa gravité et sa chronicité, il bouleverse la vie de toute personne atteinte sur plusieurs facettes, à savoir le plan familial, conjugal, professionnel et social en général. Il est devenu l'une des peurs majeures dans notre société.

Vu qu'il est l'un des grands problèmes de santé publique, et que son incidence augmente avec l'âge, donc tout progrès de prévention ou d'amélioration du pronostic est important pour l'avenir des femmes. « Prévenir mieux que guérir ».

Introduction

L'annonce du diagnostic d'un cancer entraîne un traumatisme psychique et une blessure narcissique chez la personne atteinte. Il reste un terme explosif malgré l'évolution de la médecine et, les progrès en oncologie, sans parler du traitement qui est confédéré comme une condamnation pour toute personne atteinte du cancer.

Les conséquences de cette maladie sont physiques, mais aussi psychiques dont il faudra tenir compte, car une fois la nouvelle est reçue le patient passe directement à des interrogations comme ; « j'ai un cancer » à « je vais mourir », cela bouscule la vie du patient totalement. On va souligner l'adaptation du conjoint, des enfants, de l'entourage de la femme mastectomie

1 - Le vécu psychologique

Le diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio-familial peut s'étendre sur plusieurs années. L'augmentation de l'espérance de vie est souvent synonyme de ligne successive du traitement. Mais aussi de nouvelles et changeantes sollicitations des capacités d'adaptation de la patiente et de ses ressources psychologiques, familiales ou socioprofessionnelles. Enfin, la perspective qu'ont une grande majorité de femme de retrouver après les traitements leurs investissements antérieurs fait de la préservation des rôles familiaux, sociaux et professionnels un objectif à part entière : la maladie devient un double challenge, qu'entraveront le retentissement fonctionnel ou les éventuelles séquelles des traitements. (DAUCHY S. ROUBY P. 2006, P. 322).

1-1 Ablation du sein et angoisse de castration

L'annonce d'un cancer du sein contient, dans sa formulation même une attaque violente contre cet emblème de l'identité féminine, symbole de beauté, de séduction et de fertilité, le sein et aussi sur le corps de la femme la marque visible d'une différence sexuelle, accueillie avec plus ou moins de bonheur par la fille à la puberté. A ce moment clé de son développement psycho-sexuel, la fille se trouve dotée de cette attribut proprement féminine, lui permettent aussi partiellement de combler cette envie du pénis dont on ne peut ignorer l'emprise sur la vie psychique de la petite fille et de la femme, favorisant les fantasmes de castration, voire d'intrusion, l'idée de la perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable. Et

chaque fille ou jeune femme souhaite fuir, s'envoler pour échapper au destin funeste d'une mutilation réelle. (BRULLMANN F. 2007, P. 47).

On estime qu'un grand nombre de patientes, surtout les patientes jeunes présentant des symptômes de détresse psychologique sévère, quel que soit le type de traitement proposé. Et parmi ses symptômes on retrouve l'anxiété et la dépression. Dans notre recherche on va se focaliser sur l'anxiété car c'est le symptôme le plus fréquemment retrouvé, selon une étude qui est réalisé par Hopwood qui a montré, en utilisant une échelle de scores, que la prévalence de l'anxiété était supérieure à celle de la dépression (14.4 versus 3.1 %). (BAIZE N. MOUNIER N. et al. 2008, P. 5).

1-2 Sexualité du couple

La sexualité est bien plus qu'une fonction chez la femme, chacun vit sa sexualité à sa manière, selon une normalité qui lui est propre.

Les femmes traitées par chimiothérapie ont, quelque soit leur âge, plus de troubles sexuels que celles qui n'en ont pas reçu. Quand les traitements touchent les attributs de la féminité (tumorectomie), ou quand ils induisent nausées, vomissement, sécheresse vaginale, il sera difficile pour la femme d'affronter son image, le regard des autres et, surtout celui de son conjoint et d'éprouver du désir et du plaisir. Ne sentant plus séduisante ce qui fait que la femme va fuir les rapports sexuels. Si le désir et l'excitation sont absents, l'acte sexuel peut être douloureux. Cette dyspareunie est à l'origine d'une baisse puis disparition de la libido, d'un évitement d'une hostilité et, enfin un arrêt totale des relations sexuels. Les troubles liée au diagnostic et aux traitements et à la crainte de la rechute, sont eux seuls suffisants pour altérer le désir. Dès l'annonce du diagnostic, le cancer menace au premier plan la vie, puis au deuxième plan la sexualité, sans oublier la réaction lors de l'annonce du diagnostic ainsi que les traitements peuvent entraîner une diminution du désir sexuel. La femme pourra craindre d'être un poids pour l'existence de l'autre, elle peut même ressentir la peur d'être abandonnée, le conjoint de sa part peut avoir tendance à s'éloigner d'elle pour se protéger ou bien pour ne pas partager cette même angoisse, il peut avoir peur de lui faire du mal, de la caresser, de toucher son corps blessé ou un sein amputé. Donc on peut dire que la sexualité du couple peut rapprocher certains comme elle peut séparer d'autres.

1-3 L'adaptation des conjoints

Est à apprendre en compte également, acteur du soutien mais également vulnérabilisé par la menace que fait peser la maladie de leur conjointe sur leur construction conjugale et familiale parfois récente, assujettis eux aussi aux charges liées aux enfants et à la lourdeur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse. (Ibid. 2006, P. 323). Mais il reste à ajouter que ce n'est pas le cas pour toutes les femmes atteintes du cancer du sein, car pour d'autres femmes c'est tout à fait le contraire, leurs maris les abandonnes, se remarient, divorces, ne prennent pas en charge ni leurs femmes ni leurs enfants, ils ne les traitent pas de la même façon qu'auparavant.

1-4 L'adaptation des enfants

Varie selon leurs âges : chez les plus petits, le sentiment d'insécurité lié à l'indisponibilité de la mère domine, alors que les adolescents sont plutôt préoccupés par la difficulté d'avoir à assumer une part plus importante des responsabilités familiales que celle normalement assumée à leurs âges. La peur de ne pas avoir grandir ses enfants est fréquemment rapportée par les patients les plus jeunes et peut retentir sur la relation mère-enfant. Le questionnement des femmes concernant les répercussions de leur maladie sur leur famille ainsi que les possibles difficultés de communication avec les enfants doit être exploré. Une aide adaptée sera parfois nécessaire pour protéger la patiente dans sa personnalité. (Ibid. 2006, PP. 223-224).

1-5 L'adaptation psychologique de la femme et de son entourage

Le travail de l'adaptation psychologique a pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. A chaque phase de la maladie, ce travail d'adaptation opérera une intégration complexe entre les expériences passées, la perception des menaces futures, et les ressources personnelles ou sociales disponibles. L'adaptation réussie s'évaluera sur des symptômes émotionnels (anxiété, dépression, etc.), mais également dans d'autres domaines comme la qualité de la communication avec les médecins ou à l'intérieur de la famille, ou la perception de certains symptômes à critères fonctionnel comme la douleur, l'asthénie, les difficultés sexuelles. (Ibid. 2006, P. 323).

2- Définition de l'anxiété

Les termes utilisés pour décrire les états anxieux sont nombreux, la définition de l'anxiété donnée au début du siècle par Pierre Janet est celle qui est généralement retenue : l'anxiété est une peur sans objet, ou plus précisément sans objet réel, apparent ou défini. (BESANÇON G. 1993, P. 36).

Etat affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employé comme un synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie, par l'absence de modification physiologique (sensation d'étouffement, sueur, accélération du pouls, etc.), qui ne manquent jamais dans l'angoisse

Selon le grand dictionnaire de psychologie : (du latin anxétas qui signifie serrer) l'anxiété est défini comme un état émotionnel de tension nerveuse, de peur fort, mal différencié, et souvent chronique. Prédilection d'une personne aux états anxieux. (BLOCH H. DEPRET E. et al. 1997, P. 73).

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) la définition est ainsi ; « une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou des symptômes somatique de tension ». (FAMOSE J-B. 1993, PP. 235-254).

Plusieurs écoles essayent d'expliquer la genèse de l'anxiété selon leurs positions doctrinales.

Pour les théoriciens de l'apprentissage, cet état serait une réaction conditionnée de crainte, une tendance acquise.

Selon les psychanalystes, au contraire, l'anxiété s'expliquerait par les frustrations de la libido et les interdits du surmoi, ce serait un signal de danger adressé au moi - c'est-à-dire à la personnalité consciente-, qui ainsi prévenu, peut y répondre par des mesures adéquates ou mobilisant ses mécanismes de défense. (SILLAMY N. 2003, P. 25).

Après avoir défini l'anxiété, nous allons passer aux similitudes et différences de l'anxiété, pour mieux comprendre et distinguer le sens de ce terme.

2-1 Similitude et différence

- **L'angoisse** : est une extrême inquiétude, peur irrationnelle. L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent, cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparable à celle que l'on observe dans le choc émotionnel ; palpitation, sueurs, tremblements, vision brouillé. (SILLAMY N. 2003, P. 22).

- **La peur** : sentiment d'inquiétude éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger. Les psychanalystes distinguent notamment la peur de l'angoisse, la première est la réaction normale à un danger réel, et la seconde se rapport à une peur sans objet. (Ibid. 2003, P. 201).

- **II-1-3 La phobie** : est une crainte angoissante déclenchée par la présence d'un objet, d'une situation ou d'une activité n'ayant pas de caractère objectivement dangereux. (GASMAN I. 2008, P. 294).

- **Panique** : terreur soudaine est incontrôlable, individuelle ou collective, suivie d'une réaction psychomotrice de fuite. (MORIN Y. et al. 2003, P. 1). La panique est due à un danger réel ou imaginaire, peut survenir chez un sujet sain.

En psychopathologie, elle est le propre des crises suraigües d'anxiété survenant spontanément, soit lors d'une névrose d'angoisse ou d'une décompensation névrotique (dépression consécutive à une névrose).

- **Stress** : le terme de stress fut introduit en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye. Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque. (Ibid. 2003, P. 1).

- **Inquiétude** : inquiétude et anxiété ne se séparent qu'à plan de l'intensité, beaucoup plus fort dans l'anxiété on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude au général, dont les poètes et les philosophes ont fait vertu ou une inspiration première et qui d'ailleurs puise souvent dans un font d'anxiété personnelle. (LEGALL A. 1995, P. 4).

3- Les troubles anxieux

Les troubles anxieux représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux. Tout au long de ces

quinze dernières années, les différentes pathologies liées à l'anxiété ont peu à peu quitté le champ conceptuel des névroses qui reposait sur des notions psycho dynamique. (PALAZZOLO J. 2007, P. 61).

Nous allons présenter selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Menteaux (DSM IV) les troubles suivants :

- **Une attaque de panique**

Est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente.

- **L'agoraphobie**

Est une anxiété liée à, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptôme à type de panique.

- **Le trouble de panique sans agoraphobie**

Est caractérisé par des attaques de paniques récurrentes et inattendues à propos desquels il existe une inquiétude persistante.

- **Le trouble de panique avec agoraphobie**

Est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie.

- **L'agoraphobie sans antécédent de troubles panique**

Est caractérisé par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédents d'attaques de panique inattendue.

- **La phobie spécifique**

Est caractérisé par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée conduisant à un comportement d'évitement.

- **La phobie sociale**

Est caractérisé par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performances conduisant souvent à un comportement d'évitement.

- **Le trouble obsessionnel-compulsif**

Est caractérisé par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et / par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

- **L'état de stress post-traumatique**

Est caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'action neurovégétative et par l'évitement de stimulus associé au traumatisme.

- **L'état de stress aigue**

Est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

- **L'anxiété généralisée**

Est caractérisé par une période d'au moins six mois d'anxiété et des soucis persistants et excessifs.

- **Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale**

Est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence directe d'une affection médicale générale.

- **Le trouble anxieux induit par une substance**

Est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

- **Le trouble anxieux non spécifié**

Permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucune des troubles anxieux spécifiques. (GUELFY J-D. 1999, P. 493-494).

4- Symptômes et signes de l'anxiété et leurs niveaux

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres ; psycho-comportementale et somatique.

4-1 Symptômes psycho-comportementale

- L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.

- Les pensées de l'anxiété sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnels ou affectifs), la survenue d'une maladie, d'un accident, de problèmes financiers, etc.

- Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre d'authentiques expériences de dépersonnalisation (impression de perdre son identité) et / ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).

- Les perturbations cognitives, l'inhibition de la pensée, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet, de ses facultés de raisonnement, dans une certaine mesure, de ses capacités de jugement.

- L'inhibition anxieuse est aussi comportementale : le patient est gauche, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certain cas aigus une véritable stupeur psychomotrice.

- L'inhibition psychomotrice peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désormée qui ne saurait tromper, ou par des comportements marqués par une certaine agressivité. (BESANÇON G. 1993, P. 39).

4- 2 Symptômes somatiques

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Elle est souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, un médecin urgentiste ou un cardiologue. (PALAZZOLO J. 2007, P. 62).

Ses symptômes somatiques sont très variés, c'est pour ce la qu'on va les abordés brièvement.

Tous ses symptômes correspondent en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome, soit ;

- **Sur le plan cardio-vasculaire :** tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donne quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleur précordiales (le patient redoute de faire un infarctus), modification labiles de la tension artérielle.
- **Sur le plan respiratoire :** les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé ».
- **Sur le plan digestif :** sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice.
- **Sur le plan génito-urinaire :** pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme).
- **Sur le plan neuromusculaire :** tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dite de « tension »), tremblements, paresthésies, bourdonnement d'oreilles.
- **Sur le plan vasomoteur :** hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices (anxiété et troubles anxieux)

4-3 les niveaux d'anxiété

- Faible : agitation, irritabilité, augmentation du nombre de question, focalisation sur l'environnement.
- Modéré : inattention, expression de crainte, perception floues, insomnie, FC augmentation
- Sévère : sentiment de lassitude, discours rapide, tremblement, faible contact des yeux, patient préoccupé par sa situation présente, tachycardie, nausée et hyperventilation
- Panique : incapacité de se concentrer ou à communiquer, activité motrice augmentée, vomissement, tachypnée. (SWEARINGEN P-L. 1999, P. 454).

5- Les types d'anxiété

5-1 Anxiété normale et pathologique

Selon Guelfi, (1993) l'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. Le « malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes désagréables (échec, mort, peur, etc.) ; attentes et sentiments de menaces diffuse ou danger ; souffrance comportementale (troubles psychomoteurs : pleurs, sursaut, etc.) ; troubles de l'humeur : irritabilité, plaintes, etc.) Et enfin, souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, troubles de sommeil, etc.). (BRUCHON-SCHWEITZER M. 2002, P. 186).

- **Anxiété normale** : est une réponse normale au stress quotidien. Dans certains cas, elle améliore même la performance. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver l'individu et le pousser à se dépasser. L'anxiété tient lieu de signal d'alarme lorsqu'il ya un danger et, dans certains situations elle peut assurer la survie. Normalement cette situations disparaît quand la situation ou l'objet qui l'a déclenchée à cesser d'exister. (LADOUCEUR R. MARCHAND A. DOISVER J-M. et al. 1999, P. 2).

- **Anxiété anormale** : l'anxiété anormale est la plus répandu des problèmes psychologiques. Les individus souffrant d'anxiété ou de troubles anxieux constituent une large part de la clientèle se retrouvant en psychothérapie ou en consultation chez le médecin. L'anxiété est considérée anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique. Dans la plupart des cas, les périodes d'anxiété intense alternent avec des périodes d'apaisement relatif.

Et pour faire distinction entre l'anxiété normale et l'anxiété pathologique on doit analyser les conséquences de cette situation sur la qualité de vie de l'individu anxieux et de son entourage. Des conséquences néfastes sur le travail et la vie relationnelle de l'individu, sa détresse, sa souffrance ; son sentiment d'impuissance à contrôler ses symptômes ainsi que la durée du trouble. (Ibid. 1999, PP. 2-3).

5-2 Anxiété état et anxiété trait

Au-delà des lucidités sémantiques il faudrait donc faire une distinction entre deux types d'anxiété ; anxiété état et anxiété trait.

- Anxiété -état

- ✓ « Emotion transitoire caractérisé par un arousal physiologique et la perception de sentiment d'appréhension, de crainte et de tension ». (GRAZIANI P. 2003, P. 12).
- ✓ Ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologie (système nerveux autonome et système sympathique). (BRUCHON-SCHWEITZER M. et QUINTARD B. 2001, P. 283).
- ✓ Sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentanées, liées à un évènement spécifique. (BRUCHON-SCHWEITZER M. 2002, P. 187).

- Anxiété -trait

- ✓ L'anxiété- trait est, par contre, « une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimulus stressants ». (GRAZIANI P. 2003, P. 12).
- ✓ Dimension de la personnalité qui se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'Anxiété-état. (BRUCHON-SCHWEITZER M. 2001, P. 284).
- ✓ Dimension continue des conduites correspondant à la sensibilité habituelle à une gamme relativement étendue d'évènement perçues comme menaçants. (FISCHER G-N. 2002, P. 70).
- ✓ Tendance stable et généralisé à percevoir les situations aversives comme dangereuse. (BRUCHON-SCHWEITZER M. 2002, P. 187).

6- Les modèles théoriques de l'anxiété

Plusieurs modèles explicatifs de l'anxiété ont été élaborés. En voici un résumé :

6-1 La théorie psychanalytique de l'angoisse

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse qui paraissent à première vue contradictoires :

- la première théorie (1895) est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du Surmoi), soit par insatisfaction (privation, coït interrompu).
- La deuxième théorie (1926) est génétique. L'angoisse reçoit un sens, elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée à un conflit intra-psychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit.

Alors on peut dire que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, et que dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer Laplanche J. (BESANÇON G. 1993, P. 46).

6-2 La théorie cognitivo-comportementale

6-2-1 La théorie cognitive

L'approche cognitive, plus récente, paraît plus pertinente. L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption des « plans d'actions »). L'anxiété proprement dite est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend un véritable hyperveil psychique destiné à favoriser la recherche de plan d'action, recherche qui s'avère improductive ; d'autant qu'il paraît exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées. A cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave, renforcent l'anxiété du sujet. (Ibid. 1993, P. 46-47).

La théorie cognitive met l'accent sur les activités cérébrales supérieures humaines (la cognition) et accepte l'idée d'une connaissance scientifique qui soutiendrait cette théorie, elle s'attache à repérer à un moment donnée, dans une situation donnée, les cognitions qui vont induire ou favoriser tel comportement plus au moins adapté.

Le cognitivisme se rapproche du comportementalisme dans la mesure où les cognitions erronées d'un sujet sont considérées comme ayant été apprises ou conditionnées. Le but des thérapies cognitives est de désapprendre les schémas de pensée erronés ou négatifs pour les substituer par des cognitions plus adaptées ou positives. (GASMAN I. 2008, P. 173).

6-2-2 La théorie comportementale

D'après les théories comportementales, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue, déclenchée face à certains stimuli environnementaux accaparants une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser des situations comparables mais de moins en moins précises, généralisant les craintes et multipliant les expériences douloureuses. Dans certains cas, un individu peut lui-même s'avérer capable d'apprendre par imitation la réponse émotionnelle observée chez des proches exposés à des situations pathogènes. (DEBRAY Q. GRAGER B. et al. 2010, P. 162).

La thérapie cognitivo-comportementale peut se définir comme ; l'application clinique de l'ensemble des connaissances acquises à partir de principes dérivés de la recherche scientifique sur les facteurs déterminant les comportements humains. Cette approche se caractérise par une façon d'aborder les problèmes psychologiques et leur traitement en se basant sur, l'analyse des conditions qui déterminent, et maintient les comportements (analyse fonctionnelle), autant dans l'environnement externe qu'interne (cognition, affect, comportements psychologiques).

Actuellement la thérapie cognitivo-comportementale est la seule approche psychothérapeutique, dont l'efficacité a été validée de façon rigoureuse par la recherche scientifique en ce qui concerne le traitement des troubles anxieux. Et elle se différencie des autres formes de thérapies en ce qu'elle :

- 1- se centre sur la nature des problèmes psychologiques plutôt que sur une théorie ou sur une méthode.
- 2- accorde une grande importance aux méthodes et processus d'évaluation des clients et de l'intervention.
- 3- utilise des techniques précises qui ont été développées empiriquement.
- 4- vise directement le soulagement des difficultés. (LADOUCEUR R. MARCHAND A. DOISVER J-M. et al. 1999, P. 5).

7- L'évaluation de l'anxiété

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée par l'utilisation d'échelle d'évaluation. Il en existe une multitude, mais le choix se fonde essentiellement sur les qualités psychométriques.

Nous allons présenter les échelles les plus utilisées ;

- **Echelle d'anxiété de Hamilton**

L'échelle de Hamilton (1959) comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique. (GRAZIANI P. 2003, PP. 92-93).

- **Echelle d'anxiété STAI-Y de Spielberger**

L'inventaire d'anxiété trait-état (State-Trait Anxiety Inventory ou STAI 1983) est une échelle d'auto-évaluation. Son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante. L'anxiété actuelle au moment de la passation (l'anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (l'anxiété-trait). La forme Y a été validée et étalonnée sur plus de 5000 sujets. La structure factorielle de la forme Y montre une discrimination claire entre anxiété-trait et état et des facteurs de présence et d'absence d'anxiété presque identique pour les deux sexes. La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété-trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété-état (0,34-0,62). Cependant, la consistance interne de l'échelle d'anxiété-état tout comme celle de l'anxiété-trait s'est révélée excellente (>0,90). (Ibid. 2003, PP. 93-94).

8-La prise en charge du sujet anxieux

8-1 La prise en charge non médicamenteuse

8-1-1 La thérapie cognitive de l'anxiété : Beck et Emery (1984) définissent la thérapie cognitive comme bien plus qu'une somme de technique. Elle est un système psychothérapeutique fondée sur des dix principes :

- La thérapie cognitive se fonde sur le modèle cognitif des troubles émotionnels : le modèle cognitif de l'anxiété est utilisé comme base pour l'intervention et est présente comme fondement logique du traitement. L'attention du thérapeute sera donc posée sur la présence de possibles distorsions dans le discours du patient. Le

modèle de l'anxiété doit également être expliqué au patient afin qu'il comprenne que son anxiété est maintenue par de fausse évaluation.

- Elle est brève et limitée dans le temps : la durée d'une thérapie cognitive pour des problèmes d'anxiété est de 5 à 20 séances.
- Un bon rapport thérapeutique est une condition nécessaire pour une thérapie efficace : la qualité d'écoute et l'empathie du thérapeute sont parmi les éléments essentiels qui augmentent l'efficacité de la thérapie.
- La thérapie se fonde sur la collaboration entre patient et thérapeute. La thérapie cognitive est structurée et directive : il est donc essentiel d'établir un ordre du jour à chaque séance, se concentrer sur des objectifs spécifiques et de bien les reformuler.
- Elle emploie essentiellement la méthode socratique : le thérapeute cognitif utilise le plus souvent possible de questionnement pour conduire la thérapie. Les demandes aident le patient à devenir conscient de ses propres pensées, de l'analyser à la recherche de distorsions cognitives, de les remplacer par des pensées plus équilibrées et de développer des modes de penser plus adéquats.
- La thérapie cognitive est structurée et directive : il est donc essentiel d'établir un ordre du jour à chaque séance, se concentrer sur des objectifs spécifiques et de bien les formuler.
- Elle est centrée sur le problème : son objectif est la solution des problèmes actuels.
- La thérapie cognitive se fonde sur un modèle éducatif : le principe de la thérapie cognitive est que l'anxiété ne se développe pas à travers des motivations inconscientes mais plutôt à travers l'apprentissage de modalités inadéquates de gestion de l'expérience quotidienne.

- La thérapie et les techniques de thérapie cognitive se basent sur le modèle inductif : le thérapeute apprend aux patients à considérer leur propre conviction comme des hypothèses en fonction des données nouvelles.
- Les tâches que le patient doit faire chez lui sont une caractéristique fondamentale de la thérapie cognitive. (GRAZIANI P. 2003, PP. 82-83).

8-1-2 La relaxation : la relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'anxiété. De ce fait ; il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive. Les autres méthodes (telle que la relaxation psychologique ; relaxation dynamique, hypnose, etc., la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendantale,...), trop complexes sont peu utilisées. Elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique.

L'utilisation de la relaxation doit cependant obéir à deux règles pour être pleinement efficace : un apprentissage progressif et une utilisation adéquate. (PALAZZOLO J. 2007, P. 67).

8-1-3 La thérapie psychanalytique : Les approches psychanalytiques arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble de panique (PFPP). Pour déterminer la manière d'aborder le travail

psychothérapique, pour définir ses objectifs ou pour évaluer les résultats du traitement. Les psychanalystes se focalisent plus volontiers sur la conflictualité intrapsychique, les mécanismes de défense ou la levée du refoulement. Ainsi qu'une description de la manière de prendre en compte ces facteurs dans une psychothérapie psychanalytique. Le transfert est en particulier considéré comme un outil central de compréhension et d'action thérapeutique

Les différentes étapes de la PFPP sont décrites en trois phases :

1. La première, centrée sur la symptomatologie panique, vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes, au moyen d'une investigation du contexte dans lequel les symptômes sont apparus et des sentiments qui prévalaient à ce moment, d'une recherche de la signification personnelle donnée aux symptômes, et enfin d'une exploration des sentiments et du contenu des épisodes d'attaque de panique à proprement dit. Le thérapeute peut alors progressivement formuler à son client diverses interprétations des conflits sous-tendant l'apparition du trouble.
2. La seconde phase du traitement vise à diminuer la vulnérabilité du sujet à la récurrence des attaques de panique. Le thérapeute approfondit avec son client l'exploration des conflits à même de déclencher une attaque de panique, à mesure qu'ils se réactualisent dans le transfert.
3. La dernière partie est réservée à une élaboration de la séparation, thématique conflictuelle centrale chez ces sujets. La limitation temporelle du traitement permet un travail fécond de cette thématique. Quelques objectifs et écueils des débuts de prise en charge sont abordés, comme par exemple le développement de l'alliance thérapeutique, la motivation et la capacité du patient à s'engager dans un processus psychodynamique, ou la résistance au traitement liée à l'humiliation de présenter des symptômes incontrôlables, les mécanismes de défense les plus souvent à l'œuvre du tableau symptomatique comme (la formation réactionnelle, l'annulation rétroactive, la somatisation et l'externalisation).

L'élaboration de ces phénomènes transférentiels, qui peuvent s'accompagner de manifestations anxieuses paroxystiques, permet au sujet de mieux comprendre ses fantasmes et ses conflits, de les relier à ses symptômes, ce qui a des effets thérapeutiques et diminue la vulnérabilité à la rechute. (THIERRY C. et al. 2004, PP. 81-92).

8-2 La prise en charge médicamenteuse du sujet anxieux

Les benzodiazépines, les carbamates, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), les antidépresseurs tricycliques et d'autres médicaments tels que les antipsychotiques ou les neuroleptiques sédatifs.

Conclusion

On peut dire que l'anxiété fait partie de notre vie, et qu'elle est au cœur de chacun d'entre nous, dans chaque civilisation. Elle affecte le côté psychique ainsi que le côté somatique et en ce qui concerne son traitement il peut être, il peut être médicamenteux ou bien psychothérapeutique. Enfin l'anxiété est un phénomène plutôt courant chez les êtres humains et il présente même plusieurs avantages.

Introduction

La vie fait référence à un contexte intrapsychique et interpersonnel chez l'être humain face à une situation psychique et physique. Evaluer sa qualité, c'est donc évaluer les capacités, psychiques et physiques du sujet pris avec ses interactions avec le monde qui l'entoure.

Le concept de qualité de vie est nouveau, et encor c'est un concept qui est beaucoup utilisé de nos jours. Il a émergé dans le champ de la psychologie de la santé, il est vaste et complexe car on peut le définir de différent façons.

1- Un aperçu historique

Historiquement, la recherche scientifique sur les indicateurs de mesures de la santé perçue est liée à celle d'indicateurs de résultats dans le secteur de santé. Depuis le début des années 1990, les études utilisant des questionnaires remplis par les patients eux-mêmes ou leurs mandataires ont connu un développement spectaculaire. Ces questionnaires peuvent porter sur des aspects purement physiologiques, mais aussi sur la capacité à retourner au travail ou sur des questions complexes relatives aux activités sociales et aux problèmes psychologiques.

Pour quantifier la santé des sujets, un certains nombre d'instrument valides et faibles ont été initialement développés aux Etats-Unis ou au Royaume- Unis pour mesurer par exemple, la souffrance perçue, l'impact de la maladie, etc. d'autres outils destinés à mesurer l'état de santé étaient élaborés à partir de questions portant sur des symptômes physiques et psychologiques.

En cancérologie, une échelle destinée à quantifier les performances des patients souffrant de cancer à été mise au point en 1948. De puis lors, l'intérêt pour l'évaluation systématique de la santé de patients à partir de questionnaire auto-administrés ne s'est pas démenti en cancérologie.

Au début des années 1990, est apparue la volonté de mesurer la qualité de vie. Il n'existait pas d'outils directement disponibles car, jusqu'alors, les recherches n'avaient porté que sur la mesure subjective de l'état de santé.

Le terme de la « qualité de vie liée à la santé » fut alors, proposé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles dont on changerait seulement le nom. Le raisonnement était le suivant : puisque ces questionnaires sont centrés sur les aspects de l'existence qui sont

affectés par une mauvaise santé, ils doivent aussi nous donner des indications sur l'impact de la maladie, sur la qualité de vie. Cette argumentation implique que l'on puisse analyser distinctement les composantes « liées à la santé » de la qualité de vie et ses composantes « non liées à la santé ». (LE CORROLLER- SORIANO A-G. et al. 2008, P. 196).

Nous allons enrichir cette notion en passant aux différents points de vue selon les différentes approches pour mieux éclaircir nos idées.

2. conceptions et définition de la qualité de vie

Selon Nordenfelt (1994), la notion de qualité de vie (quality of life) est le plus souvent confondue avec celle de la qualité de vie associée à la santé et le bien-être, en réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. Pour Lawton, (1997) la qualité de vie est une « collection de dimensions ».

Pour les auteurs contemporains, la qualité de vie et les notions voisines correspondent à un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de leur vie. Ce concept serait plus général et le plus utilisé aujourd'hui. (BRUCHON- SCHWEITZER M. 2002, P 48).

Le schéma proposé par Nordenfelt résume bien cette conception, voire Figure 1.

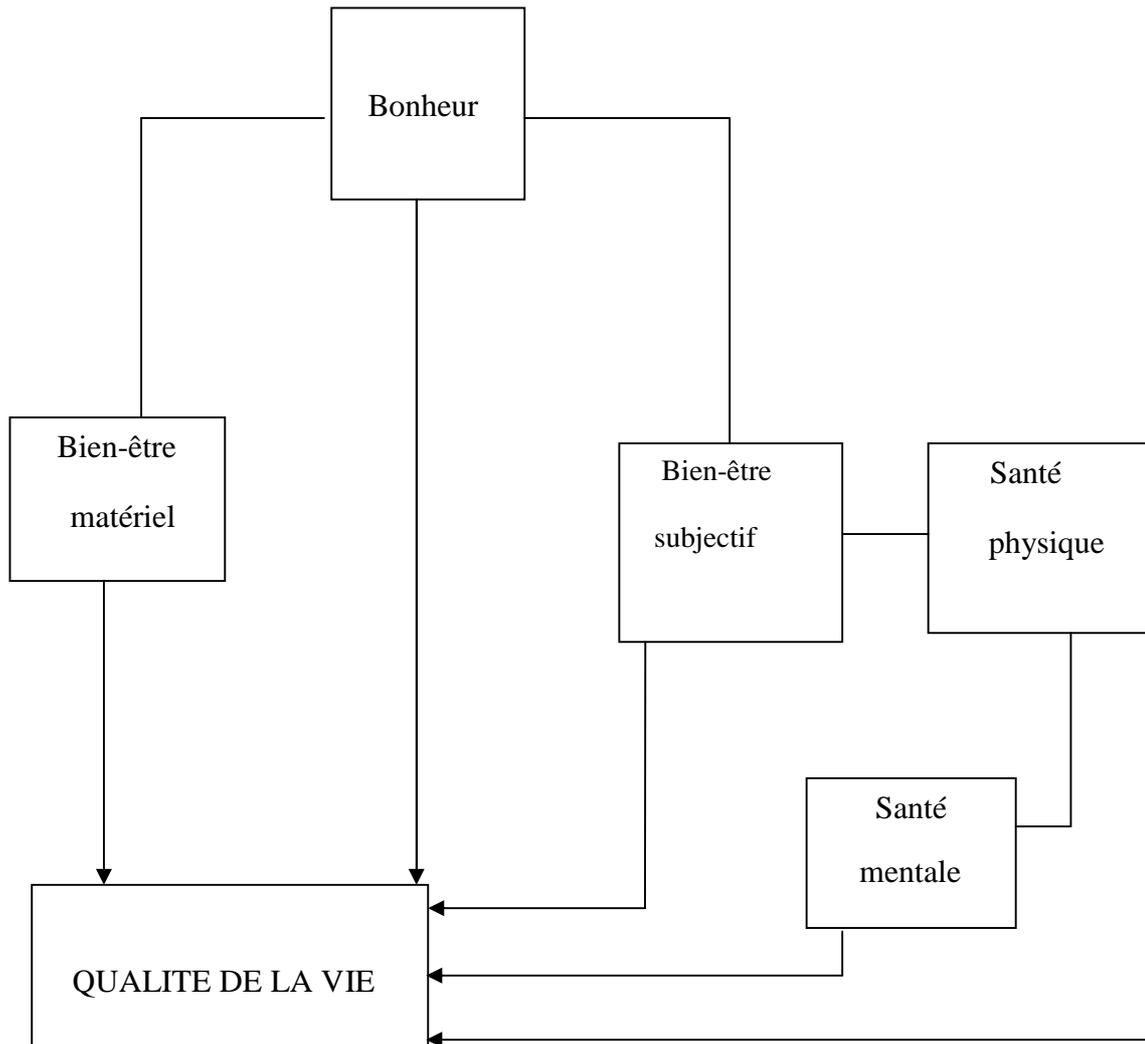


Figure 1

2-1 Conceptions objectives

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

On trouve encore dans la littérature des définitions du premier type, comme celle-ci par exemple :

Les mesures de qualité de vie ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, [...] elles se réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, psychologique et sociale. Selon Jenkins, 1992.

A cette conception objective et fonctionnelle (accessible par hétéro-évaluation), on ajoutera une conception subjective et phénoménale (accessible par auto-évaluation). Cette conception dépend en partie de l'individu qui est mieux placé à l'évaluer. On est convaincu aujourd'hui que si la qualité de vie dépend en partie des circonstances, c'est l'individu qui est le mieux placé cependant pour l'évaluer. (BRUCHON- SCHWEITZER M. 2002, P. 49).

2-2 conceptions subjectives

Le concept de Qualité de vie subjective, s'oppose à celui de Qualité de vie objective. C'est le cas de celle proposée par Nordenfelt (1994) : la qualité de vie se définit par « le degré de satisfaction et/ou de bonheur global ressenti par un individu dans sa vie » cette définition ne concerne en fait que le bien-être subjectif et la satisfaction de la vie. (BRUCHON- SCHWEITZER M. 2002, P. 49).

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

On réalise que ces conceptions posent le problème de la distinction entre besoins et désir. Entre autre, elle réduit la qualité de vie à certains de ses composantes « phénoménales », comme le bonheur, satisfaction et le bien-être subjectif. (Ibid. 2002, P. 50).

2-3 conceptions intégratives

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

Selon Lawton, (1997), d'autres définitions intégratives prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considère la qualité de vie comme un véritable système : la qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction

de critères sociaux normatifs et critère individuels, système (personne-environnement) de chaque individu.

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

- Prendre a la fois les composantes externes (par exemple l'état de santé, le bien-être subjective, etc.)
- Evaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation et auto évaluation).
- Considérer les interactions dynamiques entre les composants de la qualité de vie. (Ibid. 2002, P. 51).

3- Les différentes approches

✓ L'approche philosophique

Le concept de qualité de vie à très tôt intéressé les philosophes. En effet pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion du bonheur qui était l'objet principale de leur préoccupation.

Pour de nombreux philosophes, le bonheur est un concept métaphysique, c'est l'objectif ultime de l'existence, que cherchent à atteindre les êtres humains. Certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs, à la richesse, pour Aristote c'est le désir suprême.

Apparaît ensuite la notion du plaisir, plus accessible que celle de bonheur. Car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. Les Epicuriens et certains empiristes comme John Stuart Mill, prônent-ils la recherche du plaisir qui aboutit à un sentiment de plénitude, pas très éloigné du bonheur. Les Stoïciens, tout en reconnaissant que le bonheur est une aspiration fondamentale chez l'homme, affirment que cette quête est source de frustration et recommandent d'éviter la recherche du plaisir et de renoncer à la poursuite du bonheur.

Ces notions d'une façon progressive elles ont conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur le plaisir, et le désir, partie intégrante de la qualité de vie.

Enfin il nous reste plus qu'à dire qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie, bonheur, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes.

✓ L'approche psychosociologique

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais plutôt de vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc le plus important pour eux c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Pour les sociologues, ils ont défini les notions du bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils pensent que le bonheur doit être évalué à un moment donné, alors que la satisfaction est plus durable et concerne la vie entière. Ils se sont particulièrement intéressés aux facteurs susceptibles d'influer sur le bonheur et du bien-être, à savoir des facteurs internes (estime de soi, besoins, désirs, sentiment d'efficacité personnelle, etc.) et externe (soutien social, événement de vie, aspects sociodémographique et socioéconomique, etc.). Le terme qualité de vie apparaît dans les années soixante-dix avec les travaux de Bradburn (1969) on s'éloigne de plus en plus de la notion bonheur et on s'intéresse de plus en plus au bien-être et à la qualité de vie (notions interchangeable).

Pour les psychologues, ils approfondiront les divers domaines que recouvre le concept très large de qualité de vie et tenteront de différencier santé physique, santé mentale, et émotionnelle et intégration sociale.

Le concept de qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et sociologues, reste lié à la santé. (FISCHER G-N. 2002, P. 285).

✓ L'approche économique et politique

La notion de qualité de vie selon ses deux approches se réfère à un niveau de vie optimal, conditions de bien-être matériel auxquelles tout individu devrait pouvoir accéder.

Selon Flanagan (1982), chargé d'évaluer la qualité de vie des Américains, proposera de prendre en compte non seulement des indicateurs des conditions de vie (niveau d'éducation, niveau socio-économique, etc.), mais aussi certains aspects du bien-être subjectif (santé perçue, sentiment de liberté, etc.)

Pour certains politiciens comme Thomas Jefferson, président des Etats Unis de (1801-1809) il propose d'inclure la constitution de droit au bonheur pour chaque Américain. (BRUCHON- SCHWEITZER M. 2002, P. 45).

✓ L'approche médicale

Nous retrouvant ce concept de qualité de vie en médecine et, plus particulièrement en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux Etats Unis. Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur.

Les dates qui ont marquées le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en 1947 L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste de celle du bien-être. En 1948 Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en 1963 par Katz. Sans oublier que ses auteur sont surtout eu le mérite de faire évoluer des fonctions et des handicaps aussi bien psychiques que physiques.

Le terme de qualité de vie est fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkinton, dan une publication médicale. Ainsi le concept de qualité de vie est très répondu dans le domaine médical. Les échelles de qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées d'autres instruments cliniques validés. (Op.cit., P. 286).

✓ L'approche psychosomatique

Pour cette approche, le développement de certains maladies (respiratoires, cancéreuses, cardio-vasculaires, etc.) serait associé à certains facteurs psychologiques, facteurs différent d'une école de pensée à l'autre :

- Conflit psychique et profil de personnalité particulier pour Frantz Alexander et l'Ecole de Chicago.
- Fonctionnement psychique particulier, avec un mode de pensée opératoire (fiable capacité de mentalisation, pauvreté de l'imagination).
- Discours centré sur le concert et sur le présent pour Pierre Marty et l'Institut psychosomatique de paris. (pour une synthèse, cf. Keller, 2002).

Les études menées par les divers courants psychosomatiques n'ont pas permis d'établir de façon indiscutable le rôle étiologique de certaines expériences infantiles (et de certaines structures de la personnalité). C'est dommage, car l'idée d'une vulnérabilité particulière de certains individus à l'adversité en raison d'un fonctionnement psychologique inadéquat est

très intéressante. Elle sera reprise à l'aide de notions plus limitées, mais plus facilement opérationnalisable, comme celle d' « alexithymie ». (FISCHER G-N. 2002, P.48).

Dans notre recherche nous allons nous baser sur les deux approches ; l'approche médicale et l'approches des psychosociologues qui ont accentués sur la qualité de vie.

Après avoir entamé des approches dans la partie précédente. Maintenant on va définir le terme de qualité de vie, selon de différentes conceptions pour en avoir plus d'information.

4- la qualité de vie globale

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

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

5- La qualité de vie liée à la santé

Le terme de « qualité de vie liée à la santé » fut alors inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles qui n'était pas auparavant disponibles en changeant leur nom. Ce concept implique que l'on puisse analyser la qualité de la vie dans ses composantes « liée à la santé » et ses composantes « non liées à la santé ». Cette perspective ne tient pas compte de l'interconnexion du statut de l'état de santé avec les autres aspects de l'existence tels que ; les variations de l'image de soi, des habitudes de vie, des relations et stratégies personnelles, des responsabilités, du statut professionnel et des revenus.

Selon Patrick et Erickson (1993), « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ».

Pour la plus part des auteurs, la Qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. L'identification de ses dimensions et l'importance respective (la pondération) qui leur est attribuée lors de la mesure sont des enjeux importants.

On retrouve souvent, dans les instruments, quatre dimensions principales qui sont ;

- 1- L'état physique du sujet (autonomie, capacités physique) ;
- 2- Ses sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleur) ;
- 3- Son état psychologique (émotion, anxiété, dépression) ;
- 4- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Pour Marilyn Bergner (1989), les principaux domaines de la Qualité de vie sont ;

1. Les symptômes
2. Le statut fonctionnel
3. Les activités liées au rôle social
4. Le fonctionnement social
5. La cognition
6. Le sommeil et le repos
7. L'énergie de la vitalité
8. L'état ou le statut émotionnel
9. La perception de la santé
10. La satisfaction générale à l'égard de la vie. (LEPLEGE A. ET COSTE J. 2001, pp. 20-21).

6- Les domaines de la qualité de vie

6-1 Le domaine psychologique : pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et état affectif positif. Pour d'autres, elle inclut en outre une absence d'affects négatifs (anxiété, dépression).

Quant à certaines compétences et performances (neuropsychologique, cognitives, etc.), certains auteurs les classent dans la dimension « psychologique », d'autres dans « santé physique et capacité fonctionnelles ».

Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques processuelles comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité, compréhension du monde, etc.). Pour d'autres, les « valeurs » de l'individu sont à classer dans une catégorie complémentaire.

Enfin, si l'on comprend bien la pertinence des techniques auto-évaluatives pour explorer la dimension psychologique de la qualité de vie, d'autres méthodes peuvent s'avérer tout a fait utiles. (BRUCHON-SCHWEITZER M. 2002, PP. 52-53).

6-2 Le domaine physique : à l'intérieur de ce domaine, les auteurs classent plusieurs aspects de la santé physique (ou état physique ou état fonctionnel) et les capacités fonctionnelles, qui se subdivisent à leur tour en composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend-elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biologique.

On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelles) selon deux points de vue : l'un est « externe » qui va consister à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus et d'un autre point de vue « interne », seulement accessible par auto-évaluation, qui permettra d'atteindre les présentations, perceptions et le vécu subjectif de sa santé par le patient lui-même. (Ibid. 2002, PP. 53-54).

6-3 Le domaine social : les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans divers sphères ; familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant et qualitativement satisfaisant.

Pour certains auteurs, il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. Pour d'outre, la façon dont l'individu évalue ses activités sociales, est aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement social. On sait aujourd'hui qu'il est important de considérer à la fois le réseau social effectif des individus et l'aspect qualitatif de ces relations. (Ibid. 2002, P. 55).

7- La qualité de vie dans le domaine de la cancérologie

Comme le soulignent Schraub, Mercier, et Arveux (1996) le terme « qualité de vie » est employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. Son évaluation posait problème au début, car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept et se limitaient ; par exemple, à l'absence de toxicité médicamenteuse, mesuré par le médecin, à l'aide d'index ou de codes ; codes de toxicité de chimiothérapie, ou code de vie OMS. Par la suite, d'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la durée de survie sans toxicité thérapeutique ou sans rechute de la maladie cancéreuse, (temps sans symptôme ou rechute, ou TWIST) qui ne mesure qu'une seule partie du concept de la qualité de vie.

De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie. Ainsi le fait de vivre une expérience négative (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il évalue sa qualité de vie. Comme ils ont subi plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. En effet certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorée « grâce » à la maladie (comme les relations familiales). (FISCHER G-N. 2002, PP. 293-294).

Par contre, douleur et cancer vont souvent de pair, Pas toujours présente au moment du diagnostic initial, la douleur précède très souvent les signes cliniques, biologiques, radiologiques lors des récurrences tumorales et est le point d'appel de la découverte de nombreuses métastases ou complications. On comprend aisément la part d'angoisse accompagnant ces douleurs, synonymes d'évolutivité de la maladie, qui peut faire retarder le traitement, les patients repoussant leurs consultation.

On imagine bien que la douleur et la qualité de vie sont extrêmement liées. La douleur retentit à tous les niveaux : physique, autonomie, mobilité, psychologique mis aussi économique, socioculturel, relationnel et familial. Il est donc important d'évaluer dans l'atteinte douloureuse la part de ces différents facteurs pour contribuer au maintien d'une certaine qualité de vie. Cette évaluation se fait par une approche multidisciplinaire impliquant différents spécialistes, dont les psychiatres, les psychologues et les services sociaux. (ESPIE M. 2011, P. 28).

Conclusion

Parmi les objectifs du traitement du cancer du sein, l'amélioration durable de la qualité de vie des femmes qui sont atteintes, et pour réaliser cet objectif, faut disposer des moyens humains et techniques a fin de guérir ou diminuer les conséquences, ainsi que de satisfaire le bien-être. Et pour en finir il nous reste plus qu'a dire « l'essentiel n'est pas de vivre mais de bien vivre » Platant.

❖ Problématique

Durant la vie, l'être humain est soumis à de nombreuses épreuves ; des succès, des réussites, satisfaction et des contentements. Mais aussi à des rejets, des peines, souffrances, des chagrins, douleurs et maladies. De nos jours la bonne santé n'est pas à la disponibilité de tout le monde, être malade c'est d'avoir un changement dans sa vie, de la manière de vivre, qui par la suite bouleverse le plan physique et psychique. Nombreuses sont les personnes atteintes de maladie chronique, parmi les quelle on trouve le cancer.

Dans notre corps ont à tous des gènes cancéreux, pour certains elle ne se développe pas, mais pour d'autres malheureusement, elle se développe à cause des facteurs de risques, ou aux éléments perturbateurs et à l'obscurité de la vie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le terme général de « cancer » s'applique à un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme, puis s'éparpiller dans d'autres organes. On parle alors de métastases, celle-ci étant la principale origine de décès par cancer.

Donc toute personne peu atteindre un cancer et parmi ces types on retrouve ; le cancer du sein qui touche beaucoup plus les femmes que les hommes 1 %.

Le cancer du sein est un cancer touchant la glande mammaire de la femme, principalement sous la forme d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire), parfois sous la forme d'un sarcome (cancer du tissu conjonctif). (Morin Y. 2003, p. 1).

En effet cette maladie à ses symptômes ; modification de la taille du sein, seins tièdes ou chauds au toucher, etc. Ainsi que ses types qui sont ; cancer non invasif qui ne s'étend pas dans l'organisme et cancer invasif qui s'étend dans l'organisme, qui se diffère d'une femme à une autre. Et en ce qui concerne le traitement faut passer par la chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.

Le cancer du sein est la maladie la plus redoutée chez la femme, pour elle c'est une annonce violente, plutôt traumatisante, choquante, car ici, on parle de son identité féminine, ce qui fait que ce n'est pas seulement le symbole de beauté qui est en jeux, mais aussi le côté de séduction, de sexualité, de maternité, de fertilité. Le fait que son sein n'existe plus est une

réalité qu'elle ne peut accepter, car toutes les femmes qui sont atteintes souhaitent échapper à ce destin funeste et s'envoler, s'enfuir à la mutilation.

Dans le monde, en 2002, ils ont évalué près de 1,1 million de nouveaux cas, avec plus de 400 000 décès dûs au cancer du sein. L'incidence semble augmentée régulièrement avec plus de 1,6 millions de nouveaux cas en 2010 et 425 000 décès. Près de quatre millions de femmes développent un cancer du sein. Mais la maladie continue toujours à croître dans les autres pays.

En Algérie, a révélé Amhis Leila, entre 50 et 65 % de femmes assurées sociales et ayant droit ont répondu à la convocation des cinq centres de dépistage précoce du cancer du sein, révélant de la Caisse nationale de la sécurité sociale des travailleurs salariés (CNAS). Plus de 3.500 femmes, assurées sociales et ayant droit ont subi les examens de dépistage précoce du cancer du sein au cours du mois de janvier et février et ce depuis le lancement de l'opération le 2 janvier 2010, à préciser Amhis dans une déclaration à L'APC. Elle a exprimé sa satisfaction de l'engouement suscité par l'opération qui a très vite atteint un taux de 50 %, précisant que les cinq centres de dépistage précoce du cancer du sein que compte le territoire national (Maghnia, Constantine, Jijel, L'Agouat et Alger) enregistraient des taux différents.

La médecine s'interroge aujourd'hui sur les conséquences psychologiques, immédiates et différées, des traitements qu'elle administre et des conséquences vécues par les patients cancéreux.

On n'estime qu'un nombre de patientes présentant des symptômes de détresse psychologique, quel que soit le type de traitement proposé. Et parmi ses symptômes, on retrouve l'anxiété et la dépression. Dans une étude réalisée avant une radiothérapie adjuvante, Hopwood a montré, en utilisant une échelle de scores, que la prévalence de l'anxiété était supérieure à celle de la dépression (14.4 versus 3.1 %). (Baize N. Mounier N. et al. 2008, p.5).

Dans sa conception psychologique, l'anxiété est caractérisée par un sentiment pénible de tension interne se manifestant en réponse à l'attente et l'appréhension d'un danger généralement mal défini.

Il est à noter qu'il y a une anxiété dite normale et une anxiété dite anormale ou pathologique, la première est une réponse normale au stress quotidien et elle disparaît, quand la situation ou l'objet qui l'a déclenchée cesse d'exister. L'anxiété anormale est la plus

répandue des problèmes psychologiques, cette anxiété est répétitive, elle est rattachée à aucune cause évidente.

Par ailleurs il faut souligner qu'il existe aussi une anxiété état et une anxiété trait ; la première qui est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, souvent chronique et la seconde, qui est une prédisposition d'une personne aux états anxieux. Et pour évaluer l'anxiété on a utilisé l'échelle de l'anxiété de Hamilton qui est la plus adéquat.

En outre, on souligne la modification de la qualité de vie chez la femme mastectomie, parmi les objectifs du traitement est l'amélioration durable de la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes.

Selon l'OMS la qualité de vie est définie comme : la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

La qualité de vie est une collection de dimensions. Et ces domaines sont trois ; le domaine physique, le domaine psychologique et enfin le domaine social.

La qualité de vie à plusieurs définitions, selon différentes approches ce qui signifie que c'est un concept large et vaste, il englobe la conception objective qui est limitée aux conditions de vie matériel et l'absence de maladie psychique, on ajoutera ensuite une conception subjective qui est bien évidemment opposé à la conception de la qualité de vie objective. Donc cette conception concerne que le bien-être subjective et la satisfaction de la vie et enfin une conception intégrante, souvent trouvée dans la littérature et celle de l'OMS, ce qui fait que c'est un concept très vaste influencé par la santé physique, son état psychologique et ses relations avec l'environnement.

Donc le concept de qualité de vie est complexe, multidimensionnelle et aussi subjectif, dont l'évaluation est exprimée de façon optimal par l'individu lui-même.

Suite aux connaissances acquises de la revue littérature on a confirmée dans notre pré-enquête, nos observations sur la qualité de vie des femmes atteintes par le cancer du sein dans le domaine du fonctionnement physique dans lequel le médecin spécialiste évaluera entre autre, la douleur, la mobilisation du bras, les nausées, la perte des cheveux, la vaginale, la libido, les bouffées de chaleur, dans le domaine psychologique, on évaluera l'anxiété et l'adaptation au fait d'avoir un cancer, dans le domaine social, on tiendra compte de la capacité

d'entretenir des relations avec la famille, les amis, de réaliser des tâches ménagères et loisir. Et pour évaluer la qualité de vie du patient on a utilisé le questionnaire MOS-SF36.

Plusieurs approches se sont intéressées à expliquer l'anxiété et la qualité de vie, parmi ses approches on a l'approche cognitivo-comportementale, qui est la théorie la plus adaptée et la plus correspondante comme cadre de référence à notre thème de recherche, elle s'intéresse aux pensées, aux sentiments, au côté observable des pensées, avançant des interprétations sur le vécu psychologique des sujets subissant des excitations venant de l'intérieur ou de l'extérieur. Et parmi l'un des principes de cette approche est que leurs effets soient vérifiables, ce qui nécessite l'évaluation des résultats, cette évaluation portera aussi bien sur les comportements ainsi que les cognitions.

Selon cette théorie, les personnes éprouvent généralement des pensées ou des sentiments qui renforcent les croyances erronées, qui peuvent entraîner des comportements problématiques qui affecte de nombreux domaines de la vie, tel que la famille, les relations avec autrui, les relations dans le travail, etc.

La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Dans ce sens, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées, mais parfois ils aboutissent à un apprentissage émotionnel, comportemental inadapté, refoulé, inhibé ou pathologique que les thérapies cognitivo-comportementales visent à traiter, à aider les patients à identifier leurs pensées, leurs croyances, et leurs problèmes.

Dans notre recherche on a opté pour l'approche intégrative qui relie les deux approches, l'approche psychanalytique et l'approche cognitivo-comportementale, car la psychanalyse correspond à l'entretien semi-directif élaboré et analysé et l'approche cognitivo-comportementale qui correspond à l'outil choisis pour évaluer l'anxiété, ainsi que le questionnaire de la qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer du sein, essayant de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les femmes atteintes du cancer du sein souffrent d'une anxiété ? Et quel est son niveau ?
- Est-ce que les femmes atteintes du cancer du sein ont toutes une qualité de vie identique ?

❖ L'hypothèse générale

L'anxiété qui présente notre variable indépendante influe sur notre variable dépendante qui est la qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer du sein.

❖ Les hypothèses partielles

➤ Première hypothèse

L'anxiété se manifeste chez les femmes atteintes du cancer du sein par un ensemble de symptômes et parmi eux ; l'irritabilité, difficulté de concentration, inquiétude, etc. Elle présente des niveaux différents qui varient entre ; une anxiété légère, moyenne et majeure.

➤ Deuxième hypothèse

La qualité de vie positive liée à son niveau d'anxiété bas chez les femmes atteintes du cancer du sein se manifeste par un bien-être physique et psychique, par de bonnes relations avec la famille, les amis ainsi que l'entourage, de bonne relation professionnelle, les loisirs, etc. en opposition la qualité de vie négative liée a son niveau d'anxiété élevé, elle se manifeste par une vision pessimiste vers la vie, une estime de soi, souffrance physique et psychique, etc.

Définition des concepts et leur opérationnalisation¹

Définition du cancer du sein : le cancer du sein est une néoformation tissulaire de la glande mammaire, il s'agit le plus souvent d'un carcinome mammaire développé aux dépens de l'épithélium des canaux galactophores et des lobulés. Cependant, ce néoplasie mammaire peut se développer aux dépens de chacun des éléments constitutifs du sein. (Scotté F. et al. 2002, p. 718).

L'opérationnalisation du concept

- une modification de la taille ou de la forme du sein ; le sein peut prendre volume en peu de temps.
- des seins chauds ou tièdes au toucher.
- changement au niveau de la couleur normale du sein ou de sa texture.
- apparition soudaine d'une bosse dans le sein.

¹ Il est à noter que tous ces signes ne sont pas tous présent chez le même cas. Mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas qui constituent cette catégorie.

Définition L'anxiété : l'anxiété est définie comme « état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologique et comportementales ». (SPIELBERGER C-D. 1993, P. 7).

L'opérationnalisation du concept

- Irritabilité.
- Difficulté de concentration.
- Inquiétude.
- Hyperactivité émotionnelle.

Définition de la qualité de vie : selon L'organisation Mondiale de la Santé L'OMS (1994), la qualité de vie est définie « la perception qu'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

L'opérationnalisation du concept

La qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie. Mais il reste à signaler que dans la réalité on ne les trouve jamais dans l'absolu mais les caractéristiques de l'une qui domine l'autre.

- **Qualité de vie (+)**
 - Bien-être physique et psychique.
 - Bonne relations sociale, familial, amical.
 - Performance au travail.
 - Sensation du bonheur.
 - Une anxiété légère détermine globalement une bonne qualité de vie.
- **Qualité de vie (-)**
 - Souffrance physique et psychique.
 - Perte de goût à la vie.
 - Peu de relations avec les autres.
 - Pas d'activité ni de loisir.
 - Sensation de malaise.
 - Une anxiété élevée détermine globalement une mauvaise qualité de vie.

Introduction

Ce chapitre concerne la méthodologie de recherche, qui est la colonne vertébrale de notre travail, elle nous sert de cadre qui permet de guider et de cerner notre thème, répandant en cela à une démarche scientifique reconnue. Donc ce chapitre est consacré à la présentation des différentes étapes à suivre pour l'élaboration de notre travail commençant par la démarche de la recherche puis le choix de la population d'étude.

1. Démarche de la recherche

1.1. La pré-enquête

On a effectué notre pré-enquête, dans le service d'oncologie, au niveau de l'hôpital Benmerad El Mekki de Bejaia qui se trouve à la daïra d'Amizour.

Le but de la revue de la littérature et de la pré-enquête est ; la nécessité de poser nos questions et nos hypothèses, ainsi l'élaboration et la construction de notre guide d'entretien et se perfectionner à la passation des tests afin d'avoir des informations sur les patientes atteintes du cancer du sein.

Quant à notre enquête, après avoir eu le consentement des patientes concernées, on les a interpellées et on a effectué un ou plusieurs entretiens selon la richesse fantasmatique des patientes, contrairement à celles qui ont une pauvreté fantasmatique on s'est contenté d'un ou de deux entretiens. Après avoir rassemblé les données à travers les entretiens, on a entamé ensuite la passation du test qui est l'échelle de l'évaluation de l'anxiété ainsi que le questionnaire de qualité de vie MOS-SF36.

Le déroulement de l'entretien et la passation de l'échelle ont été effectués en langue maternelle du cas « la langue Kabyle ». Par contre, les cas qui ont un niveau d'instruction élevé, et maîtrisent la langue française, on a opté à l'utilisation de l'entretien et l'échelle d'Hamilton en version française. Contrairement au questionnaire généraliste de la qualité de vie qui a été traduit en langue Arabe, d'où la nécessité de son application avec cette langue.

Ces outils d'évaluation (échelle d'Hamilton, questionnaire généraliste de qualité de vie), nous permettent de voir le niveau d'anxiété que présente chaque patiente atteinte d'un cancer du sein ainsi que leur qualité de vie après la cotation et l'analyse des résultats obtenus.

1.2. La méthode clinique

Dans notre recherche nous avons choisi une démarche clinique, car cette dernière utilise généralement l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, les questionnaires et l'observation pour développer l'étude de cas.

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (SILLAMY N. 2003, P.58).

Elle est aussi étudiée par Lagache. D (1949), comme « conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain complet et concert aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre des conflits ». (CHAHRAOUI K. BENONY H. 1999, P.11).

❖ L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Pour le psychologue, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents etc. L'étude de cas enrichit la connaissance en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (Ibid. PP 11-12).

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées.

Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives, etc.).

Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (CHAHRAOUI K. BENONY H. 2003, PP. 125-127).

Le choix est dû au fait que l'étude de cas tient compte des différentes circonstances actuelles et passées pour décrire les problèmes actuels en utilisant des outils différents tel que l'entretien et les échelles et cela répond exactement à nos objectifs, car notre étude à portée sur l'étude de 5 cas des patientes atteintes d'un cancer du sein et nous avons utilisé pour le recueil des données des entretiens semi directifs et une échelle pour l'anxiété ainsi qu'un questionnaire pour mesurer la qualité de vie des patientes.

1.3. Le lieu de recherche

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'hôpital Benmerad El Mekki de Bejaia qui se trouve à la daïra d'Amizour, dans le service d'Oncologie qui a commencé ses activités en 2007. Ce service est composé d'une équipe de ; un médecin spécialiste (cancérologue), de trois médecins généralistes et de huit infirmières.

2. La population d'étude

Notre population d'étude est constituée par des patientes atteintes d'un cancer du sein qui se trouvent au sein de l'Hôpital d'Amizour, qui a consacré tout un service spécial pour prendre en charge des patients cancéreux, la population d'étude était choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

2.1. La sélection de notre population d'étude

Au sein de la population d'étude, nous avons consulté une population de 10 cas, dont on a gardé 5 cas à présenter dans notre recherche, on a gardé l'anonymat afin de sauvegarder la confidentialité en changeant leurs prénoms selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique, en tenant compte des critères suivants :

➤ Les critères d'homogénéité retenue

- Toutes les femmes sont à l'âge adulte et leurs âges est entre (20-40) ; car il s'agit d'une organisation psychosomatique individuelle, partie financière inamovible à l'âge adulte. (Marty P. et al. 1998, P. 60).
- Elles ont toutes subi une ablation d'un seul sein.
- Toutes ses femmes sont traitées par une chimiothérapie au niveau de l'Hôpital.
- Toutes les femmes ont un niveau d'instruction qui leur permet de lire et de répondre au questionnaire de qualité de vie.

➤ Les critères non pertinents pour la sélection

- Leur niveau socioculturel est dissemblable entre tous les cas, car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.
- L'âge de l'atteinte pour la première fois de cette maladie n'était pas pris en considération lors du choix de notre population d'étude.

Tableau récapitulatif des cas étudiés

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition de la maladie
Dalila	48 ans	3 ^{eme} AS	Retraite anticipé	Mariée	45 ans
Noura	44 ans	9 ^{eme} AF	Retraite anticipé	Mariée	40 ans
Yasmina	46 ans	6 ^{eme} AP	Femme au Foyer	Mariée	45ans
Hassina	42 ans	3 ^{eme} AS	Femme au Foyer	célibataire	39ans
Salima	49 ans	9 ^{eme} AF	Femme au Foyer	Mariée	43 ans

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant ; l'âge, le niveau d'instruction, situation matrimoniale, l'âge d'apparition du cancer du sein, le niveau d'anxiété et de qualité de vie.

Conclusion

Chapitre V La démarche de la recherche et population d'étude

Dans chaque recherche scientifique la partie méthodologique est indispensable. Dans ce chapitre on a abordé le déroulement de la pré-enquête, on a expliqué la méthode à suivre dont l'étude de cas avec la présentation des critères de choix de la population d'étude, afin de clarifier notre démarche clinique.

Introduction

Ce chapitre est relatif à la méthodologie consacrée et à la présentation des techniques utilisées ; l'entretien clinique, les échelles, tests, questionnaire, etc.

L'entretien clinique sert à recueillir des informations concernant le patient, suivi d'une échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton plus un questionnaire généraliste MOS-SF36 pour mieux envelopper notre thème.

1. Les techniques utilisées

Les techniques utilisées dans notre pratique sur le terrain sont : un entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de l'anxiété « d'Hamilton » plus un questionnaire généraliste MOS-SF36.

1.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'informations. Il s'agit d'un dispositif par le quel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de la personne B. L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implicitation). (CHAHRAOUI K. BENONY H. 2003, P. 64).

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cœur de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelle clinique ou à l'observation directe. (HERVE B. et al. 1999, P. 61).

A côté de l'entretien clinique semi-directif, il y a d'autres types d'entretiens ; tel que l'entretien directif et l'entretien non directif. Dans notre recherche on s'est appuyé sur l'entretien semi-directif.

1.1.1 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif. Il rend de grands services dans la recherche, lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif. (Castarède M-F. 2003, p. 92).

L'entretien semi directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (CHAHRAOUI K. et BENONY H. 2003, P. 65).

Notre entretien semi-directif on l'a entamé avec la langue maternelle du patient « Kabyle » en suivant un guide d'entretien que nous avons élaboré dans un but bien précis qui consiste à obtenir des informations sur nos patientes, afin de vérifier nos hypothèses.

1.1.2 L'attitude du clinicien

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. (CHAHRAOUI k. BENONY H. 2003, P. 62).

L'attitude du clinicien relève d'une véritable attitude déontologique et éthique, elle implique le respect du sujet, cela implique le respect des droits fondamentaux des personnes, de leurs dignités, de leurs libertés, de leurs protections, du secret professionnel et implique le consentement libre, éclairé des personnes concernées.

La notion du respect, implique un autre élément de l'attitude clinique qui est la neutralité bienveillante, le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques, ou des approbations à l'égard du sujet, toute fois la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'assurer à la bienveillante, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour laisser s'exprimer librement.

La dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. (HERVE B. et al. 1999, PP 18-19).

1.1.3 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». Dans ce guide, le clinicien

peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive, etc.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe .il s'agit davantage de thèmes à abordée que le chercheur connaît bien. (CHAHRAOUI K. BENONY H. 2003, P. 68-69).

Ce guide d'entretien qu'on a élaboré contient quatre axes, chaque axe comprend plusieurs questions qui permettent de répondre à notre thème de recherche.

Le guide d'entretien

Les caractéristiques personnelles

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'institution ?
- Quelle est votre profession ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Avez –vous des enfants ? Si oui, combien ?
- quelle est votre rang de fratrie ?

Axe I : les informations concernant l'état de santé antérieur et actuelle du sujet

Cette partie de questions aborde la santé antérieure du patient ; (le facteur héréditaire, les maladies durant l'enfance et leurs causes) et la santé actuelle du patient ;(le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie).

- Avez- vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint du cancer du sein ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une maladie autre que celle ci ?
- Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant ?
- Ya-il d'autre personnes de votre famille atteint de la même maladie ?
- Depuis quand êtes-vous malade et comment évolue cette maladie ?

- Quelles sont les raisons (causes) qui ont provoqué votre état actuel ?
- Quelle était votre réaction la première fois quand on vous a annoncé la maladie ?
- Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette atteinte ?
- Quel est votre traitement actuel ? Et comment le vivez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?

Axe II : les informations concernant l'investissement de l'objet

Cet ensemble de questions insistant sur le côté relationnel et l'investissement d'objet chez la femme atteinte du cancer du sein notamment sur sa vie conjugale.

- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale et familiale ?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?
- Comment sont-elles vos relations sociales ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- En ce moment comment envisager -vos votre avenir ?

Axe III : l'anxiété

Dans cet axe on parle de l'impact de la maladie sur le sujet atteint ainsi que ses émotions et sentiments anxieux et sa vision vers l'avenir.

- Comment vous vivez votre maladie ?
- Comment vous vous sentez en ce moment ?
- Est-ce que vous êtes nerveux ? Quelles sont les situations qui vous énervent ?
- Prenez-vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ? Le quel ?
- Qu'est ce qui vous inquiète plus en ce moment ?

- Vous avez peur ?
- Comment vivez-vous ces complications vis-à-vis de votre vie sexuelle ?
- Avez-vous confiance en vous ?
- Parlez moi de vos rêves, décrivez quelles sont leur caractéristiques ?

Axe IV : les informations en relation avec la qualité de vie

Ces questions abordent le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien être physique et psychique, ses relations avec autrui, ses loisirs.

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisant physique ou psychique dans votre vie ?
- Vous sentez-vous stable ou instable ?
- Est-ce que dormez-vous facilement ? Votre sommeil est-il profond ?
- Pouvez –vous nous parler de vos relations sociales ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on à besoin de vous ?
- Est-ce-que les tâches quotidiennes vous manquent ?
- Voyez-vous vos amis comme avant ?
- Comment vous voyez votre avenir ?

Remarque : si le patient a anticipé librement sur des réponses à des questions prévues par nous-psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

1.2 Echelle d'anxiété d'Hamilton

- **Un aperçu historique**

L'échelle d'Anxiété d'Hamilton HAMA a été présentée par Hamilton en (1959), comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. Elle a été traduite en français par P. Pichot. Enfin, en (1982), Snaith et coll, ont dérivé une échelle à six items, la "Clinical Anxiety Scale", qu'ils considèrent comme supérieure à la HAMA.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton (HAMA) qui est la plus ancienne, la plus classique et l'une des plus fréquemment utilisée, elle est plus sensible aux changements mais elle contient un certain nombre d'items somatiques limitant son utilisation en cas de mesure de l'anxiété chez les patients atteints d'une pathologie physique. (RADAT F. 1998, P. 75).

- **Présentation de l'échelle**

Il s'agit de l'échelle d'Hamilton (1959) pour l'anxiété en 14 items donne un score global et deux sous scores (anxiété psychique et anxiété somatique) les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. (SARRON C M. LUIS V. 2004, P. 33).

Ces 14 items sont :

- 1 Humeur anxieuse,
- 2 Tension,
- 3 Peurs,
- 4 Insomnie,
- 5 Fonctions intellectuelles,
- 6 Humeur dépressive,
- 7 Symptômes somatiques généraux musculaires,
- 8 Symptômes somatiques généraux sensoriels,
- 9 Symptômes cardiovasculaires,
- 10 Symptômes respiratoires,
- 11 Symptômes gastro-intestinaux,
- 12 Symptômes génito-urinaires,
- 13 Symptômes du système nerveux autonome,
- 14 Comportement lors de l'entretien qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle "spécifique".

1.3 Le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36

Il s'agit d'un questionnaire choisi pour cerner la qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein, Le questionnaire MOS-SF 36 est issu de la Medical Out come Study qui est une enquête d'observation débutée en 1986, comprenant une enquête transversale sur 20000 patients, et une enquête longitudinale s'étant déroulée sur 4 années. Au cours de cette enquête, la santé a été évaluée à l'aide de nombreux questionnaires, comportant en tout 149 questions.

Plusieurs questions ont été dérivées de cette étude (SF-20, SF-36, SF-12, SF-8, ...). Ils sont destinés globalement à l'évaluation des services rendus aux personnes, des besoins des populations évaluées traitements (au cours d'essais clinique).

Le questionnaire SF-36 est au cœur du projet IQOLA qui est un programme concentré de traduction dans plus de 15 pays, dont la France. C'est le plus utilisé des questionnaires d'évaluation de qualité de vie : 6710 réponses sur Medline pour la requête « SF-36 », dont 102 résultats pour « SF-36 french », contre 4426 pour « sickness impact profile » et 851 pour « Nottingham Heath profile ».

Le questionnaire MOS SF-36 est généraliste multidimensionnel, il mesure la qualité de vie liée à la santé. 33 les divers questionnaires dérivés du MOS ont des caractéristiques communes ; ils sont auto-administrés, permettent d'établir des profils et font appel à des échelles de Likert. Comme son nom l'indique, le questionnaire SF-36 comporte 36 questions qui explorent 8 domaines permettant une approche des deux composantes mentales et physiques de la santé. Ces 8 domaines sont les suivant :

- ✓ Activité physique (Physical Functioning) ou PF question 03 composé 10 sous questions.
- ✓ Limitations dues à l'états physique (Rôle Physical) ou RP question 4 composer de 04 sous questions.
- ✓ Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP question 7 et 8.
- ✓ Santé perçue (General Heath) ou GH question 1.2.3.4.6.8.
- ✓ Vitalité (Vitalité) ou VT question 09 composé de 04 sous question (i, e, c, a).
- ✓ Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF question 6et 10.
- ✓ Santé psychique (Mental Heath) ou MH question 09 composé de 04 sous question (h, f, d, g, b).
- ✓ Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotional) ou RE question 05 composé de 03 sous question.

La composante santé physique évaluée est reflétée par les domaines « Activité physique », « limitations dues à l'état physiques », « Douleurs physiques » et « santé perçue ». Chaque domaine (ou échelle) est exploré par un nombre de questions différent. Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan F. 2009, pp. 32-34)

2. L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

2.1 Analyse de l'entretien clinique

2.1.1 La santé physique

- La santé antérieure et actuelle.
- Le début et la cause de la maladie.
- Les complications de la maladie.

2.1.2 L'investissement de l'objet

- Les événements importants dans la vie de la patiente
- La qualité de la vie relationnelle et professionnelle
- La vie sexuelle du patient.

2.1.3 L'anxiété

- Les troubles psychologiques anxieux.
- Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars).
- Les conséquences, et traitement d'anxiété.

2.1.4 La qualité de vie

- La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle.
- La vie conjugale notamment sexuelle.

2.2 Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

- **Mode de passation**

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien classique.

D'après P. Pichot :

- la note 0 correspond à l'absence de manifestation de symptômes,
- la note 1 correspond à la manifestation des symptômes d'intensité légère,
- la note 2 correspond à la manifestation des symptômes moyens,
- la note 3 correspond à la manifestation des symptômes d'intensité forte,
- la note 4 correspond à des symptômes d'intensité extrême, véritablement invalidantes.

La note 4 ne doit pas être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

- **La cotation**

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13).

- **Normes**

- 17 = anxiété légère,
- De 18 à 24 = anxiété légère à modérée,
- De 25 à 30 = anxiété modérée à grave.

Et dans les cas où on a trouvé la somme totale des items dépasse 30 points, on était obligé de faire recours aux normes données par Beck et Coll., dans le livre de J. Cottraux et M. Bouvard, qui donne l'interprétation suivante :

- 30 = anxiété majeure. (BOUVARD M. et COTTRAUX J. 2002, P. 99).

2.3 Analyse de Questionnaire généraliste de la qualité de vie

• **Calcul des scores du questionnaire SF-36**

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

L'appréciation de la qualité de vie jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieur de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se compte a travers la transformation est appelée transformation linéaire, et repose sur les formules suivantes :

- Les dimensions 1, 2, 6, 8, 9 (h, e, d, e), 11 (cb) sont coté de 100.75.50.25,0.
- Les dimensions 4(d, c, b, a), 5(c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10,11 (d, a), sont coter de 0.25.50.75.100.
- La dimension 3 (j, i, h, g, f, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100.
- La dimension 7 sont cotés 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus seront additionné, puis se divise sur nombre des questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie effectuée par l'addition des degrés des

moyens des dimensions obtenue diviser par 8. L'estimation juger positive lorsque le degré est supérieur, par contre juger négative lorsque le degré est inférieur.

Conclusion

Grâce à ce chapitre nous avons pu ordonner notre travail en suivant une méthodologie qui nous a servi comme guide, on illustrant les techniques utilisées et leurs analyses, à savoir ; l'entretien clinique, l'échelle d'anxiété d'Hamilton, le questionnaire de qualité de vie, dans le but de vérifier nos hypothèses émises au début de la recherche.

Introduction

Chaque recherche scientifique, demande pour sa réalisation, une méthode bien précise et des étapes méthodologiques qui correspondent à la nature des informations demandées, aussi il n'y a pas une méthode opérationnelle unique sur laquelle on peut compter seulement, pour dévoiler la réalité psychique de l'être humain. Cependant, on note que la partie pratique qui englobe les résultats de notre recherche est une étape très importante dans l'étude scientifique ; elle nous rapporte des informations afin de répondre à nos questions de départ, et de pouvoir discuter nos hypothèses formulées à l'aide de la pré-enquête et la revue de la littérature, et qui sont corrélées au thème traité. Chaque cas reste un cas différent qui a sa spécificité et sa singularité par rapport aux autres cas. Donc L'étape de présentation et d'analyse des données soutirées est l'étape la plus importante dans notre recherche, car elle permet l'analyse des entretiens et celle de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, et le questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie, afin de réaliser les objectifs de notre recherche.

Présentation du cas Dalila

1 -L'analyse de l'entretien clinique

Dalila est une femme âgée de 48ans, la benjamine d'une fratrie de trois enfants, deux frères et une sœur, elle est mariée depuis 20 ans et mère de quatre enfants dont trois garçons et une fille. Son niveau d'instruction est secondaire, elle n'a pas eu son BAC. Elle était enseignante en langue Arabe au CEM. Elle a subi une mastectomie depuis trois ans et elle est sous chimiothérapie.

On a effectué deux entretiens avec Dalila durant lesquels elle était souriante tout au long des séances, elle a montré un bien-être, et une bonne humeur ce qui témoigne la présence d'un transfert positif.

1.1- La santé physique de la patiente

- **La santé antérieure et actuelle**

Dalila a vécu une enfance et une adolescence indemne, aucune maladie, aucune complication, elle n'a jamais été hospitalisée, d'ailleurs, elle est la première dans la famille à avoir cette maladie.

Aucun problème de santé n'a été remarqué chez Dalila, jusqu'à l'âge de 45 ans où elle subit une opération pour une mastectomie à cause d'un nodule dans le sein qu'elle a découvert en faisant du sport. Pour confirmer cette pathologie, elle a été consultée par un médecin qui lui demandera de faire des analyses. Le médecin a confirmé son atteinte du cancer du sein. Dalila n'avait aucune réaction, elle dit : « c'est vrai que je ne voulais pas entendre la réponse du médecin, mais avant de sortir de son bureau, j'ai accepté le résultat et c'était normal », Dalila n'a pas fait le travail de deuil, elle avait utilisé le mécanisme de placage et d'évitement du conflit et elle a terminé par accepter sa maladie, elle a subi une intervention chirurgicale à Akbou et après, elle a été à Blida pour une radiothérapie pendant 40 jours.

Aucune complication, ni maladie, ni hospitalisation n'ont accompagné cette atteinte, elle est sous traitement médical qu'elle supporte bien et elle suit un régime.

- **Le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien, Dalila nous a avoué qu'elle était amoureuse de son camarade de classe qu'elle n'a pas épousé. C'était le rêve qu'elle n'a pas réalisé et à chaque fois qu'elle le voit, elle a le cœur qui s'éclate, son camarade de classe qu'elle n'a jamais oublié et qui devient par la suite son médecin, à chaque fois qu'ils se voient, chacun d'eux déclare son amour à l'autre. Sans oublier le mari qu'elle a épousé de force et qu'elle n'aime pas jusqu'à présent, elle dit que « c'est mon rêve que je n'ai pas réalisé et les surmenages dépassés qui ont causé mon cas ».

- **Les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé.

1.2- L'investissement de l'objet

- **les événements importants dans la vie de la patiente**

Pour Dalila, l'événement le plus important est le jour où elle a revu son premier amour lors d'une visite gynécologique, la première fois où elle a ressenti la bosse dans son sein, d'ailleurs il l'a aidé et ils sont en contact jusqu'à présent, mais dans un cadre amical, vu que lui aussi il est marié.

- **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Dalila est une femme sociable, bonne vivante. D'après ses propos, elle a une bonne relation avec sa famille, sa belle famille ainsi que son entourage, excepté son mari vu qu'elle ne partage plus le lit avec lui. Elle dit : « tout est terminé entre nous le jour au j'ai mis au monde mon dernier enfant »¹. Son mari voulait avoir trois enfants avec elle, ce qu'elle lui a réalisé puis elle a coupé court avec lui. Sa maladie n'a pas trop influencé sa vie, elle exerce l'aérobic comme sport. Elle a arrêté l'enseignement il ya dix ans de cela. C'est une femme qui envisage de vivre en Espagne. En ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle n'a pas besoin d'autres personnes pour les accomplir, car il y a sa fille qui fait tout.

¹ كلش افك یرنغ اسن اندا ادلول اقشیشو انقر و

- **La vie sexuelle de la patiente**

La vie du couple se dégrade au fur et à mesure, Dalila nous révèle : « mon mariage est comme une affaire, j'ai signée un contrat avec lui qui est d'avoir trois enfants, donc tout est terminé avec l'arrivée du dernier enfant ». D'après Dalila, les rapports sexuels qu'elle faisait avec son époux, étaient sans sentiment, car elle garde toujours son amour pour une autre personne.

1.3- L'anxiété

- **Trouble psychologique anxieux**

A travers les deux entretiens, on est arrivé à déduire que Dalila est une femme calme et ne devient nerveuse que lorsque son mari l'énerve, elle ne s'inquiète pas par rapport à sa maladie puisque les gens ne peuvent pas le savoir parce qu'elle porte une prothèse , d'après ses propos « ma maladie je l'ignore complètement, j'ai mis une prothèse ce qui fait que les gens ne le remarquent même pas », c'est une femme qui vit sa vie, la maladie pour elle n'est pas un obstacle, elle essaye de gérer son stress en faisant du sport.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

Dalila nous révèle qu'elle fait le même rêve à chaque fois, qui est de se remarier avec son premier amour, ce qui signifie que ses rêves sont la réalisation d'un désir comme le confirmait Freud S. Mais des fois, elle fait des rêves pénibles (cauchemars) et quand elle se réveille, elle ne se souvient plus.

- **Les conséquences, et traitement d'anxiété**

La patiente nous souligne qu'à part son traitement médical, elle ne prend aucun autre traitement.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Dalila est pleine de choses qui l'intéressent, elle apprécie sa vie, elle met des programmes pour chaque journée, elle a un très bon contacte avec sa famille, ses voisins ainsi que ses anciens collègues de travail, c'est une bonne vivante au sens propre du terme.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale surtout sexuelle est vraiment détériorée, depuis leur dernier enfant ils n'ont accompli aucun rapport, parce que Dalila tient toujours à son premier amour.

2 -L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Lors de la passation de l'échelle, Dalila était attentive, souriante, précise dans ses réponses, le score est de 15 points, marqueur d'une anxiété légère. On a fini par l'obtention des réponses suivantes :

- **Présentation des résultats**

Dans le premier item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible, la patiente a répondu par une absence de ces signes.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée, la patiente a répondu par la première réponse qui dit que la patiente est plus irritable ou se sente moins sûre d'elle que d'habitude est peu clair.

Dans le troisième item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter s'il y a davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode, la patiente a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'elle vit de l'anxiété phobique, mais elle est capable de lutter contre.

Dans le quatrième item qui concerne « **Insomnie** » et qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. Notons que l'administration des calmants ou de sédatifs n'ont pas été prise en considération. La patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit que La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le cinquième item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire, la patiente a répondu par la première réponse, qui dit quelle n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance et de la perte d'espoir, la patiente a répondu par la première réponse qui signifie que ce n'est pas clair si elle est plus abattue ou triste que d'habitude ou seulement vaguement.

Dans le septième item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque, la patiente a répondu par la première réponse qui dit que le patiente semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements, la patiente a répondu en disant que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, que la sensation de devoir s'évanouir, la patiente a répondu par une absence de ces signes.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante, la patiente a répondu par la deuxième réponse qui signifie que les symptômes respiratoires sont présents, mais la patiente est toujours capable de les contrôler.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée, la patiente a répondu par la première réponse qui dit que ce n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus

urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection, la patiente a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne de la patiente.

Dans le treizième item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sècheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges, la patiente a répondu par une absence de ces signes.

Dans le quatorzième item « **le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations dans lesquelles on a déduit que la patiente n'apparaît pas anxieuse.

3 -L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Dalila qui est atteinte d'un cancer du sein.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	55	50	90	87,5	56,25	41,66	68,75	71,66	65,10
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée et évaluée à 65,10, elle est un peu plus élevée en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exposée dans les huit dimensions. On a remarqué une estimation très élevée dans les quatre dimensions qui suit par rapport au SF-36 : la douleur physique (BP) qui est de $90 > 70,83$, la vie et relation avec les autres (SF) est de $87,5 > 78,77$ ainsi que la vitalité (VT), qui est de $68,75 > 52,15$ et enfin la santé perçue (GH) qui est de $71,66 > 56,93$. Contrairement aux trois autres dimensions qui sont très basses voire l'activité physique (PF) qui est de $55 < 70,61$, la santé psychique (MH) qui est de $56 < 70,83$ et enfin la limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $41,66 < 65,66$. Sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) (50) qui est très proche de celle du SF-36 (52,92). Ce qui peut expliquer que la patiente a une bonne qualité de vie (+).

Résumé du cas

Durant l'entretien avec Dalila, on a déduit qu'elle présente de troubles anxieux légers, depuis son atteinte d'une mastectomie, la patiente exclut les symptômes physiques, elle se minimise en quelques symptômes psychiques qui sont ; tremblement, pleurs faciles et rêves pénibles, la patiente programme des plans optimistes concernant sa vie, car c'est une bonne vivante. Parallèlement avec ses constatations qui sont confirmés d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'Hamilton est de 15 points marqué d'une anxiété légère.

Quant à la qualité de vie, on note que Dalila est une bonne vivante et qui fait attention à sa santé physique et psychique, elle essaie de gérer sa situation, elle prend soin d'elle, elle s'habille comme une jeune femme, porte une perruque, voyage, pratique le sport, rend visite à sa famille, ses amis. Sa maladie n'influence pas sa vie, la chose la plus importante pour elle, est sa vie ainsi que celle de ses enfants. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 65,10 qui signifie que Dalila a une bonne (+) qualité de vie lié à son niveau d'anxiété léger.

Présentation du cas Noura

1 -L'analyse de l'entretien clinique

Noura est une femme âgée de 44ans, elle est la fille unique, mais elle a deux demi-sœurs et un demi-frère du côté paternel et une demi-sœur et un demi-frère du côté maternelle. Elle est mariée depuis 10 ans, exerce le métier d'un agent de saisie, son niveau d'instruction est moyen (9^{ème} année moyenne), mère de trois enfants ; deux garçons et une fille, elle présente une mastectomie, elle est sous chimiothérapie.

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

1.1-La santé physique de la patiente

- **La santé antérieure et actuelle**

Noura a vécu une enfance et adolescence saine et sauve, jusqu' à l'âge de 14 ans, où elle a été hospitalisée pour une journée suite à une blessure au niveau de la jambe.

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Noura, jusqu'à l'âge de 40 ans, où elle subit une intervention chirurgicale pour une mastectomie, à cause d'un nodule du sein, suite à une douleur et une modification de la taille de son sein, ce qui l'a poussé à croire que c'est un kyste et rien de grave. Donc, elle a été voir un médecin, après les examens et les analyses, il lui a demandé de faire une mammographie où il a confirmé sa maladie, elle a été choquée, elle s'est renfermé dans sa chambre pendant deux jours, elle a fait une dépression réactionnelle, elle s'est dit peut-être qu'elle va mourir, laisser ses enfants, elle s'inquiétait trop, selon ses dires « j'ai eu peur pour moi, pour mes enfants, peur de les laisser seuls »¹, après deux jours d'isolement, elle décide de suivre le conseil du médecin, qui est de se faire opérer.

Après l'intervention, elle est restée à Blida pour une radiothérapie qui a duré un mois et quelques jours, mais l'avantage de cette radiothérapie, c'est qu'elle a pu rencontrer des femmes qui présentent une maladie similaire à son cas, ce qui a apaisé un petit peu sa souffrance psychique, selon ses dires « je me suis rendu

¹ اقدغ فلعمر و فوروو اقدغ اهنجغ

compte que je ne suis pas la seule à avoir cette maladie »². Noura n'a jamais été hospitalisée à cause de cette maladie, excepté ses cures de chimiothérapie qu'elle fait à l'hôpital d'Amizour ; Wilaya de Bejaia, son traitement actuel est par transfusion. La première fois quand elle l'a pris, elle ne l'a pas supporté, c'était vraiment difficile pour elle, mais elle s'est habituée selon ses dires « la première fois c'était affreux mais, avec le temps, elle est devenue mon amie »³. A part son traitement que lui a prescrit le médecin, elle ne suit aucun régime alimentaire.

- **Le début et la cause de la maladie**

Le début de la cause de la maladie de Noura était les événements traumatiques vécus durant sa vie ; le divorce de ses parents à l'âge de six ans, le renoncement de sa maman à elle pour se remarier elle dit « elle a quitté mon père quand j'étais toute petite, elle m'a laissé tomber et elle s'est remariée »⁴. Ainsi que le décès de son père juste avant son atteinte. Selon ses dires « ce qui a provoqué ma maladie ce sont les chocs du passé »⁵.

- **Les complications de la maladie**

On ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien révélé « je remercie Dieu »⁶, on utilisant dans ses propos le procédé de contrôle tel que l'intégration des références sociales et du sens commun.

1.2- L'investissement de l'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Noura ne peut pas oublier le divorce de ses parents, le remariage de sa mère qui l'a abandonnée, puis le décès de son père qu'elle aurait aimé voir avant de mourir, car la femme de son père lui a caché qu'il était mourant, sans oublier ce que sa mère lui a fait endurée, le fait de l'a détaché de sa grand-mère en la déplaçant à vivre avec elle dans une autre wilaya, Noura se sent perdu, dit « enlever ma grand-mère signifie pour moi un oiseau sans ailles »⁷. Noura a vécu des événements traumatiques successifs, comme elle a vécu de bons moments ; la naissance de ses enfants, l'amour que lui porte son mari, ainsi que l'espoir de reprendre son travail.

² از رڭ مشي دنكيكن ايسعن لهلكيي

³ ابرد امنزو او عريي لحال مي وحي دلوقت نقل تحبيبو

⁴ ثمفرق وحي دبابا اسمي الغ مزي تسرحيي ثعود زواج

⁵ اين ادبرفكين لهلكو دلشوك اوين اعدن

⁶ ادشكر ربي سبحانو

⁷ تكسيي ستي اغوري نكي قلع شغل ابطيپ بلا لجناح

- **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Noura est une femme sociable, qui a une bonne relation avec son entourage, d'ailleurs ses voisines et copines lui apportent du soutien, que ce soit pour accomplir les tâches ménagères ou la préparation des gâteaux dans des jours fériés. Il y a sa belle famille aussi qui l'aide, sinon pour sa famille, elle n'a que sa grand-mère qui lui assure une aide matérielle vu qu'elle est vieille, elle ne peut pas faire mieux que ça ; « je n'attends rien d'elle parce qu'elle est vieille, au contraire je la remercie pour sa bonne éducation, c'est grâce à elle que je suis devenue une bonne femme »⁸, d'ailleurs avant de se rendre à Alger pour l'intervention, elle a laissé ses enfants à sa grand-mère, vu qu'elle n'a personne pour prendre soin d'eux, par contre Noura n'a pas de bonnes relations avec sa mère, car elle l'a abandonné depuis qu'elle était toute petite, elle dit, « elle m'a abandonné et c'est ma grand-mère que j'aime qui m'a pris en charge »⁹, en outre sa marâtre qui l'a détesté à cause de l'héritage, parce que son père avant qu'il soit mort, il a demandé à sa femme de ne pas oublier la part de Noura, elle dit « ma marâtre ne veut pas que j'ai ma part d'héritage »¹⁰. Par contre elle entretient de bonnes relations avec ses demi-sœurs du côté de sa mère et avec un seul demi-frère du côté du père. Donc elle a vécu beaucoup d'événements toute seule, sans l'aide de sa mère qui devait la contacter et avoir de ses nouvelles, heureusement qu'il y a sa grand-mère ainsi que son mari à ses côtés pour lui remonter un peu le morale « Dieu merci, il y a mon mari et ma grand-mère, qui m'ont aidé à combler le manque de mon père et d'oublier ma mère »¹¹. Donc on souligne que Noura utilise les procédés anti-dépressifs par l'idéalisation de l'objet à valence positive. Avec le temps, Noura se retrouve avec son mari et ses enfants, sans sa grand-mère qui a substitué le rôle de la bonne mère pour elle. Actuellement les relations avec sa mère sont détériorées, « je suis seule maintenant, ma mère ne fait que pourrir ma vie »¹².

Concernant le milieu professionnel, depuis qu'elle est tombée malade, Noura a pris un congé et à chaque fois, elle le prolonge, n'empêche qu'elle garde toujours un bon contact avec ses collègues de travail. Par contre, en ce qui concerne ses tâches quotidiennes elle a besoin d'une autre personne pour l'aider.

⁸ اعسغ اما دزح زيس تمغرث اثلا لکنترار اتشکرغ فتربية ايتربا دنتات ايدرن تمطوث

⁹ طبنديني دستي اتحبع ايرفدن

¹⁰ طمطث نيابا اثبغارا ادوغ امورو نلورث

¹¹ حمدوله بلا ورجزو وحي دستي ايشورن لفراغ نيابا ودسوهغ بما

¹² اقلن امانو تورا او بما تسوسخيي لحيثو داي ادلخدمينس

- **La vie sexuelle de la patiente**

La vie du couple est super bien, elle n'a aucun problème avec son mari, ceci fait que le problème qui se passe c'est qu'elle ne se sent plus comme avant depuis l'ablation, elle est devenue frigide. Mais son mari fait beaucoup d'effort pour la satisfaire elle nous dit « certes, ce n'est pas comme avant, mais du côté de mon mari, il essaye toujours de me satisfaire sexuellement »¹³. À part la vie sexuelle du couple, Noura n'aime pas le comportement de son époux ; il regarde des films pornos là où il y a trop de sexe.

1.3- L'anxiété

- **Trouble psychologique anxieux**

La patiente souffre des troubles anxieux, surtout quand elle pense à ce que sa mère lui a fait subir elle dit « quand ma mère m'appelle, bien sûr pour son intérêt et non pas pour avoir de mes nouvelles, je me sens différente, je tremble, je m'énerve, etc. »¹⁴, et elle s'énerve trop quand elle pense aux comportements de son mari, Noura nous révèle « je n'aime pas quand il regarde ses films porno sur internet et pourquoi il le fait en cachette ? »¹⁵.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

La vie onirique de Noura se caractérise par des rêves pénibles dont elle ne se souvient même pas, elle a des malaises nocturnes et à son réveil, elle se sent fatiguée.

- **Les conséquences et le traitement d'anxiété**

La patiente nous souligne qu'à part son traitement du cancer du sein, elle ne prend aucun autre traitement selon ses paroles : « non je ne prends pas un traitement anxiolytique »¹⁶. Et ce qui inquiète le plus Noura c'est l'histoire de l'héritage suite aux problèmes avec sa marâtre.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Noura est embrouillé, elle n'apprécie plus les choses de la vie, selon ses dires « ce n'est plus comme avant, des fois je perds goût à la vie »¹⁷. Sa vie n'est pas vraiment pleine de choses qui l'intéressent. Avec sa famille, elle n'a pas vraiment un

¹³ سور مشي امزك مي لجيهة ورجزو اتسيبي ايسقتع لبغينو انتيم

¹⁴ اسما ابتلعد بما فالنترينس بينسور مشي بش اتسقسى فلي سحسيغ امانو امكن مشي دنكي ترفيق تترفع

¹⁵ اوتحبارا اسما ادتفرج لفيلم اكشفن او اشو ايخدم انشتن ستوافرا

¹⁶ اوتسغارا دوا نقلق

¹⁷ مشي اكل امزك تيسعثن طنروحيي لبن ندونث

bon contact avec eux, par contre, elle a un très bon contact avec sa belle famille et ses voisins, c'est une femme qui est sociable, souriante, même avec ses collègues de travail, elle garde toujours bon contact jusqu'à présent.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie sexuelle du couple est bien dans l'ensemble, Noura se sent désirable envers son mari, elle est stable et heureuse en ce qui concerne sa vie conjugale.

2 -L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Lors de la passation de l'échelle, Noura était attentive, précise dans ses réponses, le score est de 17 points, marqueur d'une anxiété légère. On a fini par l'obtention des réponses suivantes :

- **Présentation des résultats**

Noura a une anxiété légère car :

Dans le premier item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu par une absence de ces signes.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente a répondu par la quatrième réponse, qui dit que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne de la patiente.

Dans le troisième item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter qu'il y a davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode. La patiente a répondu par la deuxième réponse, qui dit qu'elle vit de l'anxiété phobique mais, elle est capable de lutter contre.

Dans l'item quatrième qui concerne « **Insomnie** » et qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. À noter que l'administration des calmants ou de sédatifs n'ont pas été pris en considération. La patiente nous a répondu par la première réponse qui dit que la durée et la profondeur du sommeil sont habituelles.

Dans le cinquième item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu par la première réponse, qui dit qu'elle n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance et de la perte d'espoir. La patiente a répondu par la première réponse, qui signifie que ce n'est pas clair si elle est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le septième item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu par la deuxième réponse qui dit que les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu par la deuxième réponse qui dit que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, et la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu par une absence de ses signes.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu par la première réponse, qui signifie que leur présence est peu claire.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu par la troisième réponse qui dit qu'elle a des difficultés

occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répondu par la troisième réponse qui dit que les symptômes génitaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans la vie sexuelle de la patiente.

Dans le treizième item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne de la patiente.

Dans le quatorzième item « **le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations, dans lesquelles on a déduit que c'est une malade qui a une anxiété légère, elle s'est montrée calme, tendue.

3 -L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Noura qui est atteinte d'un cancer du sein.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	55	73,5	67,50	75	55	71	68,75	52,08	64,72
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est perçue évaluée à 64,72 est élevé en comparaison avec le score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les 08 dimensions, mais à part les dimensions qui sont ; la douleur physique (67,50), la santé perçue(52,08), et qui demeurent plus élevé à celle de la limitation due à l'état physique (73,5), la limitation due à l'état psychique (71) et enfin la vitalité (68,75). Bien que l'activité physique, santé psychique demeurent très basse comparativement à la moyenne référentielle. D'après la cotation des résultats, on est arrivé à soutenir que la patiente a une bonne qualité de vie (+).

Résumé du cas

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Noura, on a constaté qu'elle présente une anxiété légère depuis son atteinte d'une mastectomie, son caractère et sa personnalité sont légèrement fragilisés, n'empêche que ces troubles sont atténués par son environnement favorable et le soutien positif de son mari. Les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton est de 17 points marquer d'une anxiété légère.

Quant à sa qualité de vie, on note, le manque d'activités physiques telles que les tâches quotidiennes, influe sur sa santé psychique, mais ça n'empêche pas de dire que c'est une femme vivante, car le plus important pour elle est sa vie de couple qui représente un facteur favorable pour la diminution et le soulagement de son anxiété. Son époux l'a bien entouré d'amour, il est compréhensif et il lui apporte un soutien qui est aussi assuré par ses amis et voisins. Malgré ces complications de la vie Noura est peu affectée.

D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de 64,72 qui est positif (+) lié à son niveau d'anxiété léger.

Présentation du cas Yasmina

1 -L'analyse de l'entretien clinique

Yasmina est une femme âgée de 46 ans, elle est l'ainée d'une fratrie de Cinq enfants, trois garçons et de deux filles, elle est mariée depuis 20 ans, elle est femme au foyer, son niveau d'instruction est primaire (6^{ème} année primaire), mère de trois enfants, deux garçons et une fille, elle a subi une mastectomie depuis un an.

Yasmina s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectué deux entretiens avec elle, durant lesquels elle a montré un bien-être, elle était dynamique, souriante tout au long des séances, elle était de bonne humeur ce qui témoigne le transfert positif de sa part.

1.1- La santé physique de la patiente

- **La santé antérieure et actuelle**

Yasmina a vécu une enfance et une adolescence saine et sauve, aucune maladie, ni hospitalisation.

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Yasmina, jusqu'à l'âge de 45ans où elle subit une intervention chirurgicale pour une mastectomie, à cause d'un nodule dans le sein, suite à une douleur et rougeur du sein, mais avant d'aller voir le médecin, elle a su directement que c'était un cancer du sein, parce qu'elle a déjà entendu parler de cette maladie à la télévision, à la radio, ou qu'elle en est informé par les journaux, mais n'empêche qu'elle est allée voir le médecin qui lui confirmait de sa part suspicion d'un cancer du sein. Bien qu'elle soit préparée quelque peu, l'annonce du diagnostic l'a traumatisée à tel point que sur le chemin du retour chez-elle, elle est saisie par une crise de larmes. Et au bout de quelques temps, et après un travail de deuil, elle a fini par accepter sa maladie.

Yasmina est la première à avoir cette maladie dans la famille, elle l'a eue depuis un an, elle a subi une ablation du sein, elle a suivi son traitement, radiothérapie durant 40 jours, ainsi que huit séances de chimiothérapie, les deux premières étaient vraiment difficiles, mais après elle s'y est adaptée. D'après Yasmina, sa maladie évolue normalement, elle prend soin de sa santé et elle suit les prescriptions de son médecin traitant.

- **Le début et la cause de la maladie**

La maladie de Yasmina résulte des souffrances qu'elle a vécues au sein de sa belle famille, aux quelles s'ajoute le décès de sa mère elle n'a pas pu accepter facilement.

Yasmina dit « la cause de ma maladie est la souffrance que j'ai vécue avec ma belle famille, que du choc avec eux »¹, pendant l'entretien Yasmina s'est montrée très émotive à l'évocation de son vécu. Elle racontait tout en larmes que ce qu'elle a subi, l'a fragilisée et surtout ce qui l'a affecté plus encore, c'est étant témoin impuissante face aux malheurs de ses enfants dont par exemple le fils était harcelé par le beaux frère qui le menaçait à mort, armé d'une hache, ou encore sa fille traquée et battue pour la moindre bêtise par la belle sœur, mais le comble de ses souffrances, c'est l'événement fâcheux qu'a vécu sa fille en se faisant opérer pour un kyste au sein. Ce qui a affaibli le corps de Yasmina si bien que cette fragilité a favorisé le terrain à la maladie. Selon ses propos « tous ces événements m'ont causé cette pathologie »². A l'heure actuelle Yasmina suit à la lettre son traitement n'est sous aucun régime alimentaire.

- **Les complications de la maladie**

Yasmina révèle qu'aucune complication ou maladie n'a accompagné cette atteinte.

1.2- L'investissement de l'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Yasmina ne peut oublier les événements qui l'ont fait souffrir, mais n'empêche, il s'est passé un événement important dans sa vie, lorsque son mari a acheté un bout de terrain à côté de chez eux, pour construire une maison rien que pour eux. D'après Yasmina, du moment où elle déménagera, les problèmes vont terminer et elle commencera une nouvelle vie loin des problèmes, ça symbolise une sorte de délivrance.

- **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Yasmina est une femme sociable, elle a de bonnes relations avec sa famille, ses amis, sa belle famille malgré le mal qui lui ont fait subir, mais elle est toujours gentille et souriante

¹ سبا انلهكوردلسوفرنس اعاشغ وحي ديث وخامو انقر اشوك ديدسن
² لحويج ايعدن اكل علنيد لهلكيي

avec eux, on souligne que Yasmina utilise le mécanisme de répression qui est conscient afin de ne pas réagir. Sa maladie n'a pas influencé sa vie, elle nous parle de sa bonne relation avec sa belle-sœur, qui l'accompagne à l'hôpital pour faire la chimiothérapie et qui prend soin de ses enfants, elle a avoué qu'elle l'a vraiment aidée et soutenue, elle souligne « je ne pourrais jamais oublier ce qu'elle a fait pour moi »³.

À propos de la profession, on a signalé précédemment qu'elle est femme au foyer, et en ce qui concerne ses tâches quotidiennes, il y a sa fille et sa belle sœur qui les font à sa place.

- **La vie sexuelle de la patiente**

La vie du couple se passe à merveille, elle s'explique par une sexualité normale et une bonne communication, son époux est compréhensif, le fait d'avoir accepté sa maladie la rend folle de joie, leur relation est encore plus renforcée.

1.3- L'anxiété

- **Trouble psychologique anxieux**

Yasmina est une femme calme, aimable, mais depuis l'ablation de son sein, elle est devenue irritable, pour une chose banale, elle n'arrête pas de pleurer. Yasmina s'inquiète trop pour sa maladie, aussi pour sa fille. Elle a peur qu'un jour le kyste redevient un nodule et lui causera une ablation de son sein et par la suite, elle ne pourra pas se marier. Concernant son comportement, elle dit que sa belle mère où sa belle sœur l'énerve, elle quitte la pièce pour aller dans sa chambre pleurer jusqu'au moment où elle se sent allégée et déchargée, elle ressort de sa chambre comme si rien ne s'est passé, on souligne que Yasmina utilise le recours aux comportements.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

Yasmina fait des rêves opératoires, elle répète généralement ce qu'elle fait pendant la journée, et des fois elle fait des cauchemars et quand elle se réveille elle ne se souvient plus, ce que Marty P qualifie des rêves opératoires.

- **Les conséquences, et traitement d'anxiété**

Au sujet de son anxiété, elle dit qu'elle est peu anxieuse et elle arrive à gérer sa situation. Yasmina souligne qu'elle ne prend aucun traitement anxiolytique à part son traitement médical que lui a prescrit son médecin traitant.

³ دلمو حال ادسهو غ اين ايتخدم

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Yasmina vit sa vie quotidienne normale, elle sort, elle fait les boutiques, elle dit que sa vie de tous les jours n'a pas changé, parce que elle se comporte comme si elle n'est pas malade, on souligne le mécanisme de déni de cette maladie. Elle a de bonnes relations avec sa famille, sa belle famille malgré les disputes qu'il ya eu entre eux, mais n'empêche, qu'elle est gentille avec eux, ce qui les relie encore plus avec elle. Yasmina est une femme sociable tout le monde l'adore, d'ailleurs quand elle était à Blida pour sa radiothérapie, toutes ses voisines et copines lui ont rendu visite, elle a un très bon contact avec tous les gens qu'elle connaît.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale de Yasmina est super bien, d'après le contenu des entretiens, on a remarqué que sa maladie a renforcé encore mieux la vie du couple. Elle se sent désirable, elle prend soin d'elle (question de beauté et d'habillement), ainsi que de son mari.

2 -L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, on n'a pas rencontré des difficultés avec Yasmina, elle nous répondait avec fidélité et ouverture, le score est de 19 points marqueur d'une anxiété légère à modérée, on a fini par l'obtention des réponses suivantes :

Dans le premier item qui concerne « l'**Humeur anxieuse** » et couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible, la patiente nous a répondu par une absence de ces signes.

Dans le deuxième item qui concerne la « **Tension nerveuse** » et qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'elle est incapable de se détendre et est emplie d'agitation intérieure qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

Dans le troisième item qui concerne les « **Craintes** » et qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que

d'habitude pendant cet épisode, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit, Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas. .

Dans le quatrième item qui concerne « L'insomnie » et qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. Notons que l'administration des calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit la profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le cinquième item qui concerne les « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » et qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire, la patiente nous a répondu par la troisième réponse qui dit qu'elle éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions.

Dans le sixième item qui concerne « l'**Humeur dépressive** » et qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir, la patiente nous a répondu par la deuxième qui dit qu'elle est concernée par des vécus déplaisants, bien qu'elle ne se sente ni impuissante ni sans espoir.

Dans le septième item qui concerne les « **Symptômes somatiques généraux musculaires** » faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque, la patiente nous a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le huitième item qui concerne les « **Symptômes somatiques généraux sensoriels** » et qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, des sensations de fourmillements, la patiente nous a répondu par la deuxième qui dit que les sensations de pression sont fortes où point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item qui concerne les « **Symptômes cardio-vasculaires** » et qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit que leur présence n'est pas claire.

Dans le dixième item qui concerne les « **Symptômes respiratoires** » sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante, la patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit que les symptômes respiratoires sont présents mais elle est toujours capable de les contrôler.

Dans le onzième item qui concerne les « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit qu'il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le douzième item qui concerne les « **Symptômes urinaires et génitaux** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection, la patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec sa vie quotidienne.

Dans l'item 13 qui concerne « **d'Autres symptômes du SNA** » et qui inclut la sècheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit que leur présence est peu claire.

Et le quatorzième qui est le dernier concerne le « **Comportement du patient pendant l'entretien** », la patiente paraît calme, tendue mais aussi inquiète, une sueur, n'empêche qu'elle répondait aux questions en souriant ce qui fait qu'il n'est pas clair si la patiente est anxieuse.

3 -L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Yasmina qui est atteinte d'un cancer du sein.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	65	62,5	90	75	60	58,33	68,75	52,5	66,51
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée, évaluée à 66,51 elle est un peu proche en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exposée dans les huit dimensions. On a remarqué une proximité entre les dimensions qui suit par rapport au SF-36 : activité physique (PF) qui est de $65 \leq 70,61$, vie et relation avec les autres (SF) est de $75 \leq 78,77$ ainsi que la santé psychique (MH), qui est de $760 \leq 70,783$, plus la santé perçue (GH) qui est de $52,75 \leq 56,93$. Aussi une différence remarquable entre les dimensions ; douleur physique qui est de 90, indiquant un taux très élevé par rapport au SF-36 qui est de 70,83 et les limitations dues à l'état psychique qui sont de 58,33 comparant au SF-36 qui est de 65,78. Sans oublier les taux qui sont aussi très élevés par rapport au SF-36 qui sont ; les limitations dues à l'état physique (RP), qui est de $62,5 > 52,92$, ainsi que la vitalité qui est de $68,75 > 52,15$.

Selon les réponses de la patiente et d'après la cotation des résultats, on est arrivé à dire que la patiente a une bonne qualité de vie (+).

Résumé du cas

Après avoir analysé notre entretien avec Yasmina, on a déduit qu'elle présente des troubles anxieux légers ; un sentiment d'inquiétude envers ses enfants et surtout sa fille qui a un problème de son sein, elle a peur qu'elle ait un jour la même pathologie qu'elle. Le score obtenu dans l'échelle d'Hamilton est de 19 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée.

Concernant sa qualité de vie, on note l'apport favorable de l'environnement de Yasmina qui se traduit dans la qualité positive de ses relations avec sa famille proche et l'entourage, La bonne entente, l'amour et le soutien qu'elle a trouvé de la part de son mari lui ont servi d'un appui et d'une source de soulagement, ce qui a contribué à la diminution de son anxiété. On a remarqué que sa maladie n'influence pas beaucoup sa vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (66,51) qui est positif (+) signifie une bonne qualité de vie liée à son niveau d'anxiété léger.

Présentation du cas Hassina

1 -L'analyse de l'entretien clinique

Hassina femme âgée de 42ans, la benjamine d'une fratrie de Trois enfants, deux filles et un seul garçon. Célibataire, ayant arrêté ses études en 3eme année secondaire (terminal), sans profession. Issue d'une famille simple qui habite la campagne, elle a subi une mastectomie depuis Trois ans. Elle est sous chimiothérapie.

Hassina a accepté de participer à la recherche avec plaisir, elle a été coopérative, nous avons effectué deux entretiens avec elle durant lesquels elle était de bonne humeur, elle était pleine d'espoir, souriante tout au long des séances, ce qui témoigne un transfert positif de sa part.

1.1- La santé physique de la patiente

- **La santé antérieure et actuelle**

Hassina a vécu une enfance et une adolescence sans aucun problème de santé, elle n'a jamais été hospitalisée, ni subi une intervention chirurgicale auparavant.

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Hassina, jusqu'à l'âge de 39 ans où elle subit une intervention chirurgicale pour une mastectomie à cause d'un nodule dans le sein, suite à un changement au niveau de la couleur normale du sein plus un écoulement du mamelon. Hassina n'a pas pris les choses au sérieux et elle s'est soignée seule, car elle avait honte de déclarer sa souffrance, selon ses dires « je faisais de l'huile d'olive pour traiter mon sein, je me suis dit, ça va disparaître. De plus j'avais honte que mon père ou mon frère le sache, vu que le lieu est le sein »¹. Mais sa sœur l'a poussée à consulter un médecin en urgence parce qu'elle avait peur pour Hassina, vu qu'elle a le même problème. Le médecin lui confirme la maladie. Hassina était désespérée, traumatisée. Il l'envoie en urgence à l'hôpital car elle était dans un état critique. Elle a subi une ablation du sein dans une clinique privée à Akbou. Hassina n'est pas la seule à avoir cette maladie dans la famille ; il y a également sa mère, sa sœur, elle dit « il ya ma mère et ma sœur »².

Hassina a été à Blida pour une radiothérapie qui a duré 40 jours, elle a rencontré des femmes de même cas qu'elle, ça lui a permis de se calmer et d'avoir le courage pour continuer, elle dit « quand j'ai vu ses femmes, je me suis dit qu'il faut avoir le courage, il y a

¹ خدمغ زيث نوزمور بش اداوغ لسايينو نويغاس اديجي. اورنا نحشامغ اديسل بابا نغ اقما تزرط امكنني دلسان

² تلا بما وحي دولتما

des cas pires que moi »³. Après, elle est soumise sous un traitement de chimiothérapie toutes les deux semaines.

Hassina n'a jamais été hospitalisée à cause de cette maladie, son traitement actuel est par transfusion. La première était difficile, elle ne supportait pas le traitement, elle n'arrêtait pas de pleurer mais après la troisième cure, elle commençait à s'adapter et accepter sa maladie, elle dit « la première était pénible, mais après je me suis habituée »⁴.

- **Le début et la cause de la maladie**

Le début de la cause de la maladie de Hassina était les chocs qu'elle a eus durant sa vie ; le décès de sa mère par un cancer du sein suivi de la déception amoureuse, et lors de l'annonce de la maladie de sa sœur, on souligne la succession des événements de perte objectale ce qui la rendue fragile physiquement. Selon ses dires « quand ma mère est décédée ce que je ne peux oublier jusqu'à présent, mon fiancé a fait un voyage sans retour plus la maladie de ma sœur, tous ces événements sont gravés en laissant une trace »⁵.

- **Les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette atteinte, la patiente n'a rien révélé, elle a dit « pour le moment il y a rien, mais on ne sait pas d'ici le lendemain »⁶.

1.2- L'investissement de l'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Hassina ne peut pas oublier le décès de sa mère, son fiancée qui l'a quittée sans aucun mot, et sans raison ni explication, sa sœur qui a deux enfants et avec la même maladie, elle a peur pour ses deux nièces, elle nous dit « je ne veux pas que ma sœur meurt, au moins elle, elle a des enfants, moi je ne suis pas mariée. Si quelque chose lui arrive, je veux bien qu'il m'arrive à moi et non pas à elle »⁷. La chose qui a changé la vie de notre patiente est son contact avec un homme qui a des sentiments sincères pour Hassina, c'est réciproque pour elle, mais ce qui inquiète le plus Hassina c'est que cet homme n'est pas au courant pour sa

³ مي زريغ لخلائي نبيغدمانو الاق ادسوعغ لكراج لان اكترو

⁴ ابريد امنزو او عار مي امباعد انومغ

⁵ اسمي اتموٹ بما ارزميرغ ادسوعغ ارثورا، اخطبو ايفويجين بلا ثوغالين لهلاك ولتما انشنا اكل اقرافي اورنا يجايد اشامة

⁶ تسعتا اولاش ازوح اورعلماغ اسا غروزك

⁷ ابغيجرا اتمٹ ولتما نناٹ تسعا ادريا نكي اوزوجغرا ميلا اتينغ كرا بغيغ ادباس غرغوري ولا نناٹ

maladie, et Hassina ne veut pas le perdre encore une autre fois, en lui déclarant cette réalité, cette situation l'inquiète beaucoup.

- **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Hassina est une femme sociable, mais elle est réservée, d'après la patiente, elle a un bon contact avec son entourage ainsi que sa belle-sœur, son oncle et sa femme qu'elle considère comme le substitut de sa mère perdue. Elle passe beaucoup de temps chez eux car ils lui assurent un soutien moral et matériel. Elle nous dit « ma belle-sœur, mon oncle, son épouse m'ont beaucoup aidée, sans eux, je serai morte maintenant, je ne pourrai jamais oublier leurs gestes »⁸, on souligne la présence du procédé anti-dépressif où elle surinvestie la fonction d'étayage. Sans oublier ses amis, d'ailleurs, elle est en contact avec une personne qui tient à elle. À propos du côté professionnel, elle est sans profession. En ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle a sa belle-sœur qui fait tous à sa place.

- **La vie sexuelle de la patiente**

La patiente est célibataire, son rêve est d'avoir un jour quelqu'un dans sa vie pour fonder une famille, elle nous dit à ce propos : « j'aimerais un jour me marier, avoir un homme à mes côtés, vivre ma sexualité, et fonder une famille »⁹.

1.3- L'anxiété

- **Trouble psychologique anxieux**

Hassina est une personne qui était calme, mais elle est devenue trop nerveuse après sa maladie. En effet le moindre fait banale l'énerve, surtout concernant le comportement ou les regards des autres. Mais concernant ses nerfs, quand quelqu'un l'énerve, ou bien l'a regarde d'une façon autre que d'habitude, elle réagit par des pleurs et elle sort pour changer d'air ou bien elle s'allonge dans les champs à côté de leur maison pour dessiner ou lire des romans. Au sujet de son anxiété, elle nous révèle qu'elle est un peu anxieuse

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

La vie onirique de Hassina se caractérise par des rêves dont elle se voit mariée, ce qui signifie la réalisation du désir comme l'avait souligné Freud S., par contre des fois elle fait

⁸ طمطوث نقما. عمي وحي تمطوئس عوننبي بلا نهن بلوكان تورا موئغ. اوزمر غارا ادسعوغ اينى ايخدمن
⁹ بغيغ اديس و ساندا ادزوجغ ادسعوغ ارجاز غوبروعيو ادعشغ لاسكسپلتيئو ادعلغ اخام

des cauchemars, et des malaises nocturnes et à son réveil, elle se sent fatiguée, et elle ne se souvient de rien.

- **Les conséquences, et traitement d'anxiété**

La patiente souligne qu'à part son traitement médical, elle ne prend aucun autre traitement anxiolytique. Et ce qui inquiète le plus Hassina, c'est les dires des gens de son village, qu'elle va peut être mourir comme sa mère.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Hassina est embrouillée, elle n'apprécie plus les choses de la vie, selon ses dires « ce n'est plus comme avant, ça à changer »¹⁰. Sa vie n'est pas vraiment pleine de choses qui l'intéressent. C'est une femme sociable, pas rancunière même avec les gens qui lui ont fait du mal, Elle a un bon contact avec sa famille et avec quelques voisines, elle aime bouquiner, faire les boutiques avec son oncle et son épouse.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Hassina est célibataire, son rêve est de se marier avant qu'elle ne meure, fonder une maison et avoir des enfants.

2 - L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, on n'a pas rencontré des difficultés avec Hassina, elle nous répondait avec fidélité et ouverture, le score est de 24 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée. On a fini par l'obtention des réponses suivantes :

- **Présentation des résultats**

Dans le premier item qui concerne « l'**Humeur anxieuse** » et couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit qu'elle est plus irritable ou se sent moins sûre d'elle que d'habitude est peu clair.

Dans le deuxième item qui concerne la « **Tension nerveuse** » et qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'elle est incapable de se

¹⁰ مشي امزيك انبدال الحال

détendre et est emplie d'agitation intérieure qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

Dans le troisième item qui concerne les « **Craintes** » et qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode, la patiente nous a répondu par la troisième réponse qui dit, qu'elle vit de l'anxiété phobique, mais elle est capable de lutter contre.

Dans le quatrième item qui concerne « **L'insomnie** » et qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. Notons que l'administration des calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit que la profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le cinquième item qui concerne les « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » et qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire, la patiente nous a répondu une absence de ces signes.

Dans le sixième item qui concerne « **l'Humeur dépressive** » et qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir, la patiente nous a répondu par la deuxième qui dit qu'elle est concernée par des vécus déplaisants, bien qu'elle ne se sente ni impuissante ni sans espoir.

Dans le septième item qui concerne les « **Symptômes somatiques généraux musculaires** » faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque, la patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit que ces symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le huitième item qui concerne les « **Symptômes somatiques généraux sensoriels** » et qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, des sensations de fourmillements, la patiente nous a répondu par la deuxième qui dit que les sensations de pression sont fortes où point où les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item qui concerne les « **Symptômes cardio-vasculaires** » et qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit que leur présence n'est pas claire.

Dans le dixième item qui concerne les « **Symptômes respiratoires** » sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante, la patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit que les symptômes respiratoires sont présents mais elle est toujours capable de les contrôler.

Dans le onzième item qui concerne les « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée, la patiente nous a répondu par la deuxième réponse qui dit qu'un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais la patiente peut encore les contrôler.

Dans le douzième item qui concerne les « **Symptômes urinaires et génitaux** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection, la patiente nous a répondu par la première réponse qui dit que ce n'est pas clair si c'est présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le treizième item qui concerne « **d'Autres symptômes du SNA** » et qui inclut la sècheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges, la patiente nous a répondu par la troisième réponse qui dit que c'est Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne de la patiente.

Et le quatorzième qui est le dernier concerne le « **Comportement du patient pendant l'entretien** », la patiente qui peut paraître tendue, nerveuse, agitée, inquiète, tremblante, pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien, nous disons que la patiente est modérément anxieuse.

3 - L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Noura qui est atteinte d'un cancer du sein.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50	50	77,5	75	70	41,66	50	45,83	57,49
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est perçue à 57,49 ; elle est très basse en comparant avec le score moyen référentiel de MOS-SF36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les 08 dimensions, surtout dans la dimension (BP) concernant l'activité physique à (77,5) bien que trois dimensions demeurent proche de la norme ; les dimensions (RP) limitations dues à l'état physique (50), la dimension (MH) santé psychique (70), et enfin la dimension (VT) la vitalité (50), sont dans les normes comparatifs avec celles du SF-36. Avec une estimation négative et remarquable par rapport aux normes de SF-36, dans les quatre dimensions qui sont ; vie et relation avec les autres (SF) est (75), limitations dues à l'état psychique (RE) qui est de (41,66), la dimension (GH) santé perçue (45,83), la dimension (PF) concernant l'activité physique est (50). D'après la cotation des résultats, on est arrivé à repérer que la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

Résumé du cas

D'après l'analyse de l'entretien du cas Hassina, on a constaté qu'elle présente une anxiété légèrement apparue ; elle à une peur intense qui en relation avec l'évolution de sa maladie ainsi que la crainte de ne pas se marier, irritabilité la rend nerveuse tous le temps. Les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton est de 24 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété légère à modérée.

Au sujet de sa qualité de vie, nous constatons que malgré la bonne communication avec sa famille et son entourage, malheureusement sa maladie influence négativement sur sa qualité de vie. Le fait qu'elle n'a pas réalisé son souhait qui est, celui de fonder une famille et avoir des enfants ; en le disant d'une façon triste, ajoutant sa perception négative sur sa santé physique. Tout cela la rend sans espoir avec une vision pessimiste de l'avenir. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu est de (57,49), qui est négatif (-) et qui signifie une mauvaise qualité de vie liée à son anxiété élevée.

Présentation cas Salima

1 -L'analyse de l'entretien clinique

Salima, femme âgée de 49 ans, la benjamine d'une fratrie de Cinq enfants, deux frères et trois sœurs. Mariées depuis 24 ans, mère de quatre enfants, tous des garçons, son niveau d'instruction est de 9^{eme} années moyennes. Femme au foyer, elle a subi une mastectomie depuis six ans et elle est depuis sous chimiothérapie.

On a effectué avec Salima trois entretiens, suite à sa richesse fantasmagique, qui nous a pris beaucoup de séances, afin d'effectuer tous le guide d'entretien. Elle était agitée et stressée au début, mais peu après, elle s'est familiarisée avec nous et elle répondait spontanément à nos questions, un transfert positif a marqué sa relation avec nous, exprimé par une demande de prise en charge pour son fils qui prépare son baccalauréat et sa fille qui souffre de peurs nocturnes.

1.1-La santé physique de la patiente

- La santé antérieure et actuelle

Salima a vécu une enfance et adolescence saine et sauve, elle n'avait aucune maladie, aucune complication, elle n'a jamais été hospitalisée. En parlant de la maladie, la patiente souligne que sa maladie est héréditaire « je suis la septième malade dans la famille, trois cousines maternelles et trois autres cousines paternelles »¹.

Salima a subi l'intervention chirurgicale pour la mastectomie à l'âge de 43 ans, suite à une apparition soudaine d'une bosse dans le sein qu'elle a découvert lors de sa douche, suivie des douleurs, des rougeurs, elle a consulté un médecin, après l'échographie et une mammographie, le médecin lui a annoncé la cause de ses symptômes, il s'est avéré qu'elle est atteinte d'un cancer du sein. Salima était traumatisée lors de l'annonce de sa maladie, elle ne voulait pas y croire, c'était difficile pour elle, elle se voyait perdue. Sans espoir, elle ne voyait que la mort devant ses yeux, elle dit « j'étais perdue, je voyais tout noir et je ne pensais qu'à la mort »². Salima a été opérée en urgence, son hospitalisation a duré dix jours. Une fois sortie de l'Hôpital de Mustapha Bacha, elle est rentrée chez elle Trois mois après, elle est retournée pour une Radiothérapie qui a duré 40 jours, puis elle était soumise sous chimiothérapie de 24 séances, depuis elle n'a jamais été hospitalisée à cause de sa maladie, elle est sous traitement médical par perfusion, elle le vit mal, car elle ne le supporte pas, à

¹ نكي سوي سبعا كلافامي. ثلاثة بيسيس عمومي. ثلاثة بيسيس خوالي

² راعغ توالغ كولاش دبركان تخميمغ انقرغ غلموث

cause des ponctions répétées, ses veines fragilisées, donc il a fallu que son médecin lui intègre une intra-nulle à demeure pour administration de son traitement Selon ses dires « je ne supporte plus, ni les piqûres ni le traitement je suis fatiguée »³.

Les maladies qui ont accompagnées cette atteinte sont : une phlébite ; qui est une constitution d'un caillot sanguin à l'intérieur d'une veine, parfois associée à une inflammation de la paroi veineuse, dernièrement le médecin lui annoncé qu'elle a une tumeur dans son cerveau c'est-à-dire que les cellules cancéreuses sont propagées, elle souffre de métastase.

- **Le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien, avant d'être atteinte par une mastectomie, la patiente nous a avoué qu'elle a perdu son frère aîné dans un accident de voiture et donc elle est toujours plongée dans le deuil, ajouté la trahison de son mari qui la quitta pour une autre femme et partit avec elle en France. Après une année d'absence, il revient vers Salima. La succession de tous ces événements ont entraîné d'après la patiente un traumatisme psychique et selon Salima, ces événements sont la cause de sa maladie, elle dit «le décès de mon frère, la trahison de mon mari, toutes ces choses m'ont causé cette maladie»⁴.

- **Les complications de la maladie**

Parmi les complications du cancer du sein, la diminution de l'activité physique, de la vie sexuelle. Et après l'atteinte du cancer du sein, Salima a signalé qu'elle souffre de plusieurs problèmes musculaires, plus précisément des douleurs intenses sur le bras où elle a une phlébite. Suite à ses atteintes, elle accepte tout ce qui vient du Dieu, elle utilise le mécanisme de contrôle qui se résume dans l'intégration des références sociales et du sens commun, elle dit « tout ce qui vient de Dieu je l'accepte »⁵.

1.2- L'investissement d'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Salima souligne un événement important qui a marqué sa vie, c'est la trahison de son mari, ainsi que le décès de son frère aîné. Et l'événement le plus choquant pour elle, c'était l'annonce de sa maladie. Salima a eu une succession d'événements qui ont affecté sa qualité de vie.

³ اتسيير تيغارا ني لي بيكور ني الدوا اعينغ

⁴ لموت نقما لخدع ورجازو لحويجيبي ايديعلن لهلاكبي

⁵ ايننا اديسن سغور ربي قبلغث

- **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Salima a une bonne relation avec son entourage, elle vit dans un appartement seule avec ses enfants et son mari, femme qui n'est pas vraiment sociable et ça a changé depuis que son mari l'a trahie avec sa meilleure amie, elle nous dit « je n'étais pas comme ça, mais depuis l'action de mon mari, je ne peux plus faire entrer une femme chez moi »⁶.

Quant à son mari, elle rajoute qu'elle ne peut pas le supporter ni le voir, car il n'a plus de place dans son cœur, elle dit « je le déteste, je le hais, j'ai accepté son retour pour me venger de lui »⁷.

Et concernant le milieu professionnel, on a signalé précédemment qu'elle est femme au foyer, mais il reste à signaler que en ce qui concerne ses tâches quotidiennes elle ne peut pas les accomplir toute seule, ce qui fait qu'elle a besoin d'autres personnes de son entourage pour l'aider à accomplir ses tâches quotidiennes.

- **La vie sexuelle de la patiente**

La vie sexuelle de Salima est de plus en plus dégradée, car c'est toujours Salima qui demande d'accomplir un rapport sexuel, même si elle le déteste et c'est rare qu'il accepte de la satisfaire. Il l'a absolument abandonnée.

1.3- L'anxiété

- **Les troubles psychologiques anxieux**

A travers les expressions de Salima, nous sommes arrivés à déduire que son anxiété est liée essentiellement à sa maladie, elle nous parle d'une inquiétude vis-à-vis de l'ablation en nous disant « je ne suis pas comme les autres, je m'inquiète pour mon sein, surtout quand je suis dehors »⁸, on souligne la présence des procédés narcissiques, tel que la critique de soi et l'insistance sur l'éprouvée subjectif, aussi lié au procédé anti-dépressif tel que le surinvestissement de la fonction d'étayage d'objet, quant à sa situation financière, puisque son mari ne la prend pas en charge, selon Salima : « heureusement, j'ai mes fils qui prennent soin de moi »⁹.

⁶ اوليغارا اكا مي قين اييعل ورجازو ازميزغارا ادشكشمغ طمطوٹ اخاميو

⁷ كرهخت قبلغ ادبقل بش ادرغ التار

⁸ اموقغارا امبيطينين. تفاقغ فلسينو سورتو مادفعاغ برا

⁹ اوروزمو سعيعغ لواشولو ايرفدان

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

Salima nous parle des cauchemars qui sont dûs au stress et soucis diurnes, ce que Marty P qualifie de rêves opératoires. La plupart de ses cauchemars sont liés aux problèmes qu'elle vit avec son mari.

- **Les conséquences et le traitement d'anxiété**

La patiente est sous traitement anxiolytique qui est Dyroxate, et à chaque fois qu'elle l'arrête, elle pique ses attaques de panique, elle dit « sans ce traitement, je ne suis plus la même »¹⁰.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

D'après l'entretien, on a compris que la vie quotidienne et familiale du sujet a complètement changé depuis son atteinte du cancer du sein, car Salima est devenue réservée, elle sort moins et trouve de grandes difficultés à communiquer avec son entourage. Donc on souligne l'utilisation du mécanisme d'évitement.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie sexuelle du couple est dégradée, Salima souffre vraiment avec son mari, ça fait cinq ans qu'elle n'a pas fait de rapports sexuelle, elle se sent instable, anxieuse, elle dit « je ne suis pas bien avec mon mari, il ne se rapproche jamais de moi, les rapports, ça me manque et il le sait »¹¹. Elle le déteste car, il l'a beaucoup souffert, il n'arrête pas de maltraiter ses fils, vu que ce sont les seuls à aider leur mère.

2 -L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Lors de la passation de l'échelle, Salima était attentive, précise dans ses réponses, le score est de 41 points, marqueur d'une anxiété majeure. Qui se résume par l'obtention des réponses suivantes :

- **Présentation des résultats**

Salima a une anxiété maximale, car ;

Dans le premier item « **humeur anxieuse** » couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi

¹⁰ بلا لتراطموينو مشي اكل دنكي

¹¹ اوليغارا بيان دورجازو اويديطغاربارا. الرايور خاقغ فلاس اورنو يعلم سونشتا

irrésistible. La patiente a répondu par la troisième réponse, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité qui est le plus difficile à contrôler, car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver à l'avenir. Il est arrivé que cela interfère avec sa vie quotidienne.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente a répondu par la deuxième réponse, qui dit clairement être incapable de se détendre et qu'elle est emplie d'agitation intérieure, qui est difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

Dans le troisième item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter s'il y a davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode. La patiente a répondu par la troisième réponse, qui dit que surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne de la patiente d'une certaine manière.

Dans le quatrième item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes.

À noter que l'administration de calmants ou sédatifs ne sont pas pris en considération. La patiente a répondu par la troisième réponse, qui dit que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le cinquième item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu par la troisième réponse, qui signifie, que la patiente éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance et de la perte d'espoir. La patiente a répondu par la quatrième réponse, fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, la patiente ne peut pas être distraite de son état.

Dans le septième item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu que les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne de la patiente.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu, que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut, des palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de cognement dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu que ces difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu par la troisième réponse, que les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans sa vie quotidienne.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte d'érection. La patiente a répondu par la deuxième réponse, qui dit

qu'elle a un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux qui sont présents mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne de la patiente.

Dans le treizième item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le quatorzième item « **le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations, dans lesquelles on a déduit que c'est une malade anxieuse d'une façon bien marquée, elle s'est montrée nerveuse, agitée, inquiète, tremblante, pâle, en hyperventilation ou en sueur.

3 -L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Salima qui est atteinte d'un cancer du sein.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	40	12,4	40	62,5	15	33,33	43,75	17,06	33
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est perçue jaugée à 33, elle est très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS-SF36 qui est de 64,30. Evaluation bien exprimée dans les huit dimensions qui montre la dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyennes référentielles du SF36, ce qui signifie l'impact négatif de la maladie sur la qualité de vie de Salima. Après la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à souligner que la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

Résumé du cas

D'après l'analyse de l'entretien du cas Salima, on constate que la patiente, depuis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique détériorée, car d'après elle, elle fournit beaucoup d'effort et il n'y a personne pour l'aider, elle exprime une inquiétude pour sa santé face à sa maladie, elle présente aussi des difficultés de concentration qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu

dans l'échelle d'Hamilton est de 41 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

Quant à sa qualité de vie, nous constatons un manque de communication, car elle a un mauvais contact avec les autres, une santé physique et psychique dégradée, sa maladie influence d'une manière négative sur sa qualité de vie. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de (33) par rapport à la moyenne référentielle (64,30) qui signifie que Salima a une mauvaise (-) qualité de vie liée à son niveau d'anxiété élevé.

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

➤ La première hypothèse

L'anxiété se manifeste chez les femmes atteintes du cancer du sein par un ensemble de symptômes et parmi eux ; l'irritabilité, difficulté de concentration, inquiétude, etc. Elle présente des niveaux différents qui varient entre ; une anxiété légère, moyenne et majeure.

Effectivement nos cinq cas ont confirmé notre hypothèse ; elles souffrent d'anxiété à des degrés différents du plus léger au plus élevé c'est à dire majeure.

-Dalila ; Durant l'entretien avec Dalila, on a déduit qu'elle présente de troubles anxieux légers, depuis son atteinte d'une mastectomie, la patiente exclut les symptômes physiques, elle se minimise en quelques symptômes psychiques qui sont ; tremblement, pleurs faciles et rêves pénibles, la patiente programme des plans optimistes concernant sa vie, car c'est une bonne vivante. Parallèlement avec ses constatations qui sont confirmés d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'Hamilton est de 15 points marqué d'une anxiété légère.

-Noura ; D'après l'analyse de l'entretien du cas Noura, on a constaté qu'elle présente une anxiété légère depuis son atteinte d'une mastectomie, son caractère et sa personnalité sont légèrement fragilisés, n'empêche que ces troubles sont atténués par son environnement favorable et le soutien positif de son mari. Les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton est de 17 points marqué d'une anxiété légère.

-Yasmina ; Après avoir analysé notre entretien avec Yasmina, on a déduit qu'elle présente des troubles anxieux légers ; un sentiment d'inquiétude envers ses enfants et surtout sa fille qui a un problème de son sein, elle a peur qu'elle ait un jour la même pathologie qu'elle. Le score obtenu dans l'échelle d'Hamilton est de 19 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée.

-Hassina ; D'après l'analyse de l'entretien du cas Hassina, on a constaté qu'elle présente une anxiété légèrement apparue ; elle a une peur intense qui en relation avec le développement de sa maladie ainsi que la crainte de ne pas se marier, irritabilité la rend nerveuse tout le temps.

Les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton est de 24 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété légère à modérée.

-Salima ; D'après l'analyse de l'entretien du cas Salima, on constate que la patiente, de puis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique détériorée, car d'après elle, elle fournit beaucoup d'effort et il n' y a personne pour l'aider, elle exprime une inquiétude pour sa santé face à sa maladie, elle présente aussi des difficultés de concentration qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'Hamilton est de 41 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

➤ **Deuxième hypothèse**

La qualité de vie positive liée à son niveau d'anxiété bas chez les femmes atteintes du cancer du sein se manifeste par un bien-être physique et psychique, par de bonnes relations avec la famille, les amis ainsi que l'entourage, de bonne relation professionnelle, les loisirs, etc. en opposition la qualité de vie négative liée a son niveau d'anxiété élevé, elle se manifeste par une vision pessimiste vers la vie, une estime de soi, souffrance physique et psychique, etc.

Effectivement nos cinq cas ont confirmé notre hypothèse ; à savoir la concordance entre les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton et le questionnaire généraliste SF- 36 de qualité de vie, sont comme suit;

-Dalila ; Quant à la qualité de vie, on note que Dalila est une bonne vivante et qui fait attention à sa santé physique et psychique, elle essaie de gérer sa situation, elle prend soin d'elle, elle s'habille comme une jeune femme, porte une perruque, voyage, pratique le sport, rend visite à sa famille, ses amis. Sa maladie n'influence pas sa vie, la chose la plus importante pour elle, est sa vie ainsi que celle de ses enfants. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 65,10 qui signifie que Dalila a une bonne (+) qualité de vie lié à son niveau d'anxiété léger.

-Noura ; Quant à sa qualité de vie de Noura, on note, le manque d'activités physiques telles que les tâches quotidiennes, influe sur sa santé psychique, mais ça n'empêche pas de dire que c'est une femme vivante, car le plus important pour elle est sa vie de couple qui représente un facteur favorable pour la diminution et le soulagement de son anxiété. Son

époux l'a bien entouré d'amour, il est compréhensif et il lui apporte un soutien qui est aussi assuré par ses amis et voisins. Malgré ces complications de la vie Noura est peu affectée.

D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de 64,72 qui est positif (+) lié à son niveau d'anxiété léger.

-Yasmina ; Concernant sa qualité de vie de Yasmina, on note l'apport favorable de l'environnement de Yasmina qui se traduit dans la qualité positive de ses relations avec sa famille proche et l'entourage, La bonne entente, l'amour et le soutien qu'elle a trouvé de la part de son mari lui ont servi d'un appui et d'une source de soulagement, ce qui a contribué à la diminution de son anxiété. On a remarqué que sa maladie n'influence pas beaucoup sa vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (66,51) qui est positif (+) signifie une bonne qualité de vie liée à son niveau d'anxiété léger.

-Hassina ; Au sujet de sa qualité de vie de Hassina, nous constatons que malgré la bonne communication avec sa famille et son entourage, malheureusement sa maladie influence négativement sur sa qualité de vie, le fait qu'elle n'a pas réalisé son souhait qui est, fonder une famille et avoir des enfants ; en le disant d'une façon triste, ajoutant sa perception négative sur sa santé physique, l'a rend sans espoir avec une vision pessimiste de l'avenir. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu est (57,49), qui est négatif (-) et qui signifie une mauvaise qualité de vie liée à son anxiété élevée.

-Salima ; Quant à sa qualité de vie de Salima, nous constatons un manque de communication, car elle a un mauvais contact avec les autres, une santé physique et psychique dégradée, sa maladie influence d'une manière négative sur sa qualité de vie. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de (33) par rapport à la moyenne référentielle (64,30) qui signifie que Salima a une mauvaise (-) qualité de vie liée à son niveau d'anxiété élevé.

Nos hypothèses concernant la qualité de vie chez les femmes mastectomisées -ablation du sein-, sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les malades atteints par cette maladie.

Un tableau récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Cas	Niveau d'anxiété	Niveau de qualité de vie
Dalila	15 Pts anxiété légère	65,10 % positif (+)
Noura	17 Pts anxiété légère	64,72 % positif (+)
Yasmina	19 Pts anxiété légère à modérée	66,51% positif (+)
Hassina	24 Pts anxiété légère à modérée	57,49% Négatif (-)
Salima	41 Pts anxiété majeure	33% Négatif (-)

Nos hypothèses à propos de la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avec ablation sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statique et non absolue qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Le syndrome d'anxiété est un phénomène très répandu chez les malades atteints d'une maladie grave, vu les interactions qui existent entre le corps et le psychisme chez les êtres humains, qui engendrent souvent des répercussions importantes sur le vécu psychologiques notamment la qualité de vie du malade.

Il n'existe pas une définition univoque de la qualité de vie liée à la santé, mais on peut raisonnablement tenter de regrouper dans ce concept l'ensemble des altérations fonctionnelles et comportementales, des limitations d'activité, des répercussions psychologiques ainsi que des affects et inspiration d'un sujet inhérentes à sa santé et ses altérations éventuelles.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avec ablation », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la maladie du cancer du sein sur l'émergence de l'anxiété et son impact sur la qualité de vie de la femme atteinte, qui sera d'une connotation positive ou négative.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique, qui nous permet une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique puis nous avons appliqué deux outils : l'échelle de l'anxiété d'Hamilton afin d'évaluer l'état d'anxiété de chaque cas, et le questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie, afin de mesurer la qualité de vie, enfin, ces outils d'investigation nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Il reste à signaler que nos hypothèses, à propos des femmes atteintes du cancer du sein sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Cette étude nous a permis de découvrir le rôle primordial que peut jouer l'environnement du malade surtout familial, amical et médical dans la prise en charge des patientes qui ont subi une ablation du sein, afin de diminuer leurs souffrances psychiques et de garder leur homéostasie générale plus ou moins équilibrée.

En plus la prise en charge psychologique parallèlement avec la prise en charge médicale est très importante, pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au

niveau des services de cancérologie, qui pourront avoir une écoute attentive à leurs préoccupations majeurs, car nous avons remarqué que les patientes se sentent soulagés après avoir exprimé leurs souffrances internes.

Cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues à cause de notre population d'étude restreinte qui ne représente pas la population mère.

- Le niveau d'anxiété chez les femmes atteintes du cancer de sein, varie d'un cas à un autre.
- la qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer de sein, diffère d'une malade à une autre, liée à son état d'anxiété.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en terme d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi, elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, le cancer du sein, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances. En outre cette recherche était une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur les maladies graves et leurs influences sur le psychique des malades.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit:

- Quelle est de la prise en charge psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein?
- Est-ce que les femmes atteintes d'une mastectomie présentent une modification de leur image du corps?

À travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

La liste bibliographique

- 1- BAIZE N. MOUNIER N. et al. (2008), « *Bulletin du cancer* », vol. 95, n°9, PP.849-57.
- 2- BENZIDANE N. (2004), « *Cancer du sein, diagnostic et traitement* », Alger, édition O.P.U.
- 3- BESANÇON G. (1993), « *Manuel de psychopathologie- Anxiété, dépression et psychopathologie du corps* », paris, édition Dunod.
- 4- BLOCH H., DEPRET E. et al. (1997), « *Dictionnaire fondamentale de la psychologie* » A-K, Québec, édition Larousse- Bordas.
- 5- BOUVARD M., COTTRAUX J. (2002), « *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », Paris, édition Masson.
- 6- BRUCHON-SCHWEITZER M. (2002), « *Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes* », Paris, édition Dunod.
- 7- BRUCHON-SCHWEITZER M., QUINTARD B. (2001), « *Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement* », Paris, édition Dunod.
- 8- BRULLMANN F, « *Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée* », carnet PSY, 2007/6 119, pp. 46-51.
- 9- CASTAREDE M-F. (2003), « *Introduction à la psychologie clinique* », Paris, édition Belin.
- 10- CHAHRAOUI K., BENONY H. (1999), « *l'entretien clinique* », Paris, édition Dunod.
- 11- CHAHRAOUI K., BENONY H. (2003), « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, édition Dunod.
- 12- DALY N. et al. (2003), « *cancérologie clinique* », Paris, édition Masson.
- 13- DEBRAY Q. GRAGER B. et al. (2010), « *Psychopathologie de l'adulte* », Paris, édition Elsevier Masson.
- 14- DELAHAYE M-C. (1992), « *Le livre de Bord de La Femme* », Alleur Belgique, édition Marabout.
- 15- DOUCHY S. ROUBY P. (2006), « *Aspect psychologique du cancer du sein de la femme jeune* », Lille, 28^{eme} journées de la SPSPM.
- 16- ESPIE M. (2011), « *Le Dialogue, Ville-Hôpital, le suivi du patient cancéreux* », Paris, édition John Libbey Eurotext.
- 17- FISCHER G-N. (2002), « *Traité de la psychologie de la santé* », Paris, édition Dunod.
- 18- FAMOSE J-P. et GUERIN F. (2002), « *la connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport* », Paris, édition Armand Colin

- 19- GASMAN I. (2008), « *Psychiatrie de L'adulte, de L'adolescent et de L'enfant* », Paris, édition Vernazobres-Grego.
- 20- GRAZIANI P. (2003), « *Anxiété et troubles anxieux* », Paris, édition Nathan.
- 21- GUELFY J-D. et al. (1999), « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », Paris, édition Masson.
- 22- HERVE B. et al. (1999), « *L'entretien clinique* », Paris, édition Dunod.
- 23- LACAN J. et al. (2002), « *Gynécologie* », Paris, édition Masson.
- 24- LADOUCEUR R. MARCHAND A. DOISVER J-M. et al. (1999), « *Les troubles anxieux, approche cognitive comportementale* », Paris, édition Masson.
- 25- LE CORROLLER-SORIANO A-G. et al. (2008), « *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* », Paris, édition la documentation française.
- 26- LEGALL A. (1995), « *L'anxiété et l'angoisse* », Alger, édition Dahlab.
- 27- LEPLEGE A et COST J. (2001), « *Mesure de la santé perceptuelle de la Qualité de Vie* », Paris, édition Estem.
- 28- MALAVOLTI L. (2008), « *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* », Paris, édition La Documentation Française.
- 29- MARTY P. et al. (1998), « *Psychanalyse d'aujourd'hui* », Paris, édition PUF.
- 30- MORIN Y. et al. (2003), « *Larousse médical* », Paris, édition Originale.
- 31- ORHAN F. (2009), « *Etude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixé* », thèse de doctorat, Université paris Descartes, faculté de médecine.
- 32- PALAZZOLO J. (2007), « *Dépression et anxiété, Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge* », Paris, édition Masson.
- 33- QUEVAUVILLIERS J. (2009), « *Dictionnaire médical* », Paris, édition Masson.
- 34- RADAT F. (1998), « *les états anxieux ; initiation et santé* », Paris, édition Masson.
- 35- RAZAVI D. et DELVAUX N. (2002), « *psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille* ». Paris, édition Masson.
- 36- SARRON C-M. et VERA L. (2004), « *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive* », Paris, édition Dunod.
- 37- SCOTTE F. et al. (2002), « *Cancérologie* », Paris, édition Ellipses.
- 38- SILLAMY N. (2003), « *Dictionnaire de psychologie* », Québec, édition Larousse- VUEF.
- 39- SPIELBERGER C D. (1993), « *Inventaire d'Anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)* », Paris, édition ECPA (éditions du centre de psychologie appliquée).
- 40- SWEARINGEN P L. (1999), « *Guide de poche des soins médicaux chirurgicaux* », Paris. édition Berti Editions.

41-THIERIY C. et al. (2004), « *Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ?* », in *santé mental au Québec*, vol 29, n^o1, pp. 81-92.

Échelle d'Anxiété d'Hamilton

(Ref: Hamilton MC .(1959), «Hamilton

Anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

Humeur anxieuse: Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité- Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête -	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: <u>Général</u> : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, <u>Physiologique</u> : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

Annexe : A

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Nom

Prénom

Date de naissance

Service

Hôpital

Examineur

Date du jour

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

- Excellente.
- Très bonne.
- Bonne.
- Satisfaisante.
- Mauvaise.

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

- Bien meilleure qu'il y a un an ?
- Un peu meilleur qu'il y a un an ?
- A peu près comme il y a un an ?
- Un peu moins bonne qu'il y a un an ?
- Pire qu'il y a un an ?

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

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

G. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

H. Marcher plus de 500 mètres

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

I. Marcher seulement 100 mètres.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (entourez la flèche).

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (entourez la flèche).

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous n'espérez ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

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

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

d. mon état de santé est excellent.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux