



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master Psychologie Clinique

Thème

La qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer du sein opérées

« Etude de 08 cas »

Réalisé par :

HAMMOUCHE Fahima

HAMMICHE Lamia

Dirigé par :

HADBI. M

Année universitaire 2016/2017

Thème

LE stress chez les éducatrices de crèche

————— « Etude de 04 cas, réalisée au niveau de la —————

Remerciements

*Avant tout nous remercions le bon dieu tout puissant de nous avoir
donné la volonté et le courage de réaliser ce travail.*

*Nous tenons à remercier notre promoteur monsieur Hadbi Mouloud pour son
accompagnement et ses précieux conseils tout au long de ce travail.*

*Nous remercions également les membres de jury qui ont accepté d'examiner et
d'évaluer notre travail.*

*Nous tenons aussi à remercier vivement toute l'équipe médicale du service
d'oncologie de l'établissement hospitalier d'Amizour pour leur gentillesse, leur
disponibilité et leur soutien lors de stage pratique. Ainsi que toutes les patientes
pour leur confiance, collaboration et participation.*

*Nous remercions tous ceux ou celles qui ont contribué du loin ou de près à
l'élaboration de ce travail.*

Dédicace

C'est avec une très grande émotion, que je dédier ce modeste travail

*A mes très chères parents : « **Essaid et Fadila** », source de mon existence, qui m'ont accompagné durant tout mon parcours, je leurs dit MERCI pour votre soutien, que dieu les protège.*

A mes chères frères Farid, Abd elghani, Azzedine, Tarik et Adel

A mes très chères sœurs : Saloua, Sabiha et Semina

A tout la famille Hammouche, Hani et Ait BeKka

A mon chère fiancé Yazid

A ma très chère amis et binôme Lamia et tout sa famille

A Tout mes amis et particulièrement Hamida, Saloua, Fouzia, Hanane

Kenza et Daouia

A mon promoteur universitaire M' HADBI Mouloud

A toutes les personnes qui ont contribué de prés ou de loin à l'élaboration de ce

Mémoire.

Fahima

Dédicace

C'est avec une très grande émotion et énorme plaisir que je dédie ce travail à mes très chères parents : « Mustapha et Nouara », qui m'ont toujours soutenue et encouragé durant mon parcours, que le bon dieu les protège.

A mes chères frères : Fatseh, Sofien, Samir et sa femme Anissa

A ma très chère sœur : Kamila

A mes chères nièces : Selma et Imen

A ma très chère amie et binôme Fahima et toute sa famille

A tout mes amis et particulièrement Hanane, Kenza, Fatima zohra et Riad

A mon promoteur universitaire M' HADBI Mouloud

A toute la famille HAMMICHE et MEKBEL

Lamia

La liste des tableaux :

Numéro	Titre	Page
Tableau n° 1	Services d'hospitalisation	56
Tableau n° 2	Calcule des scores du questionnaire MOS SF-36	62
Tableau n° 3	Les caractéristiques de la population d'étude	63
Tableau n° 4	L'analyse de la qualité de vie de Nadia qui est atteinte d'un cancer du sein	68
Tableau n° 5	L'analyse de la qualité de vie de Zineb qui est atteinte d'un cancer du sein	72
Tableau n° 6	L'analyse de la qualité de vie de Wahiba qui est atteinte d'un cancer du sein	76
Tableau n° 7	L'analyse de la qualité de vie de Farida qui est atteinte d'un cancer du sein	80
Tableau n° 8	L'analyse de la qualité de vie de Karima qui est atteinte d'un cancer du sein	84
Tableau n° 9	L'analyse de la qualité de vie de Fatiha qui est atteinte d'un cancer du sein	88
Tableau n° 10	L'analyse de la qualité de vie de Malika qui est atteinte d'un cancer du sein	92
Tableau n° 11	L'analyse de la qualité de vie de qui est atteinte d'un cancer du sein	96
Tableau n° 12	Récapitulatif de la population d'étude après l'analyse	98

La liste des figures :

Figure	Titre	Page
Figure n° 1	Qualité de vie : évaluation globale et pluridimensionnelle	36

Liste des abréviations :

1. **BP** : Douleur Physique (Bodily Pain).
2. **GH**: Santé Perçue (General Heath).
3. **MH** : Santé Psychique (Mental Heath).
4. **OMS** : Organisation Mondial de la Santé.
5. **PF** : Activité Physique (Physical Functionning).
6. **QdV** : Qualité de Vie.
7. **RE** : Limitation dues à l'état physique (Rôle Emotional).
8. **RP** : Limitation dues a l'état physique (Rôle Physical).
9. **SF** : Vie et Relations avec les autres (Social Functionning).
10. **VT** : Vitalité (Vitalité).

Sommaire

Table des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des tableaux	
Liste des annexes	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction générale	
Problématique	5
Hypothèses.....	8
Définition des concepts clés.....	9
Opérationnalisation des concepts.....	10
Le choix du thème.....	11
Objectifs de la recherche.....	11

Partie théorique

Chapitre I : Le cancer du sein

Préambule.....	14
1. Définition de cancer du sein.....	14
2. Les types de cancer du sein.....	15
3. Facteurs de risques.....	16
4. Dépistage de cancer du sein.....	18
5. Les moyens de diagnostique.....	20
6. Les symptômes de cancer du sein.....	25
7. Traitements.....	25

Sommaire

8. La surveillance.....	28
Conclusion.....	29

Chapitre II : La qualité de vie

Préambule.....	31
1. Historique et évolution.....	31
2. Définition.....	34
3. Théories de la qualité de vie.....	36
4. Les domaines et les composantes de la qualité de vie.....	39
5. Les conceptions de la qualité de vie	43
6. L'évaluation de la qualité de vie.....	45
7. Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie.....	48
8. Qualité de vie et cancer du sein.....	50
Conclusion.....	51

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule.....	53
1. Pré-enquête.....	53
2. La présentation du lieu de recherche	53
3. La méthode de recherche.....	56
4. Les outils de recherche.....	56
5. Le groupe de recherche et ses caractéristiques.....	62
Conclusion.....	64

Sommaire

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de questionnaire de la qualité de vie	
2. 1 ^{er} cas.....	66
3. 2 ^{eme} cas	70
4. 3 ^{eme} cas.....	74
5. 4 ^{eme} cas.....	78
6. 5 ^{eme} cas.....	82
7. 6 ^{eme} cas.....	86
8. 7 ^{eme} cas	90
9. 8 ^{eme} cas.....	94
10. La discussion des hypothèses.....	98
Conclusion.....	101
Bibliographie	
Annexes	

Introduction générale

Introduction générale :

Vivre avec sa propre maladie ou vivre avec la maladie d'un proche est aujourd'hui un enjeu de société. En effet, des maladies autrefois mortelles sont devenues des maladies chroniques, c'est-à-dire, des maladies caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent. Parmi ces maladies on cite les maladies cancéreuses, en particulier le cancer du sein.

Le cancer du sein est le cancer dont le diagnostic est le plus fréquent chez les femmes, comme c'est un cancer qui se traite assez bien s'il est dépisté au début. Une maladie qui induit tant de perturbation que se soit sur le côté physique, psychologique et sociale.

En cancérologie, la prise en charge médicale n'a pas seulement pour objectif de guérir ou de prolonger la vie, elle vise également à diminuer les comorbidités de la maladie et les effets secondaires des traitements, à lutter contre les possibles séquelles de ces derniers, bref, à préserver ou améliorer la qualité de vie de la personne malade.

Dans notre recherche, portée sur « la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein opéré », nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'oncologie à l'hôpital Benmerad EL MEKI d'Amizour.

Pour réaliser notre recherche, on a subdivisée le travail en deux parties, partie théorique qui contient deux chapitres ; le premier intitulé cancer du sein, et le deuxième chapitre est celui de la qualité de vie, et la partie pratique consacrée aux chapitres suivants ; le chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche qui est la méthode clinique (étude de cas), et nous allons servir à l'entretien clinique (semi-directif) et le questionnaire généraliste

MOS SF-36 pour évaluer et mesurer l'impact sur la qualité de vie. Et un chapitre consacré pour la présentation et l'analyse des résultats puis à la discussion des hypothèses.

En fin, on a terminé notre recherche par une conclusion générale.

Problématique et hypothèse

Problématique :

La santé est un don bien précieux. Le désir de tous est de le sauvegarder le plus longtemps possible, et la santé telle qu'elle se définit par l'OMS en 1974 étant un état complet de bien être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité.

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

Le cancer est encore une maladie terrible, mais une maladie qu'on apprend de plus en plus à connaître et elle reste mystérieuse. On peut rarement dire avec exactitude quelles sont les causes de la plupart de cancer mais on sait que c'est une maladie qui est liée en grande partie aux conditions et aux habitudes de vie. **(TAZAPOULOU E, 2008, P. 46).**

Les cancers ne se développent pas tous de la même façon ou à la même vitesse les choses peuvent être différentes d'une personne à l'autre. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) le terme général de cancer s'applique à un grand groupe de maladie qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme ,l'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases. **(RAZAVI.D, DELVAUX.N, 2002, P. 48).**

Le cancer est une maladie génétique somatique dans le sens où la prolifération des cellules tumorales est liée au fonctionnement anarchique

de plusieurs genèses (Janin, 1994). Plus la tumeur est maligne et plus l'on constate d'anomalie génétiques. **(RAZAVI.D, DELVAUX.N, 2002, P. 46).**

Parmi les types de cette maladie on trouve le cancer du la peau, le cancer du poumon, le cancer d'estomacetc. et notamment le cancer du sein qui est diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes et il est extrêmement rare chez les hommes (moins de 1 % des cancers du sein).

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).**

De (1984 – 1987) Claude Jasmin et Pierre Marty, ont fait une étude qui à durée 3ans, il y'avait 118 femmes qui se présente avec des module de sein palpable. Après ils ont diminué le nombre jusqu'à 77 cas parce qu'il y avait des femmes qui savait en quoi leurs maladie. Le diagnostic clinique était étroitement liée au diagnostic histologique grâce a une « biopsie ». Ainsi parmi les patients y avait ceux qui présentaient une tumeur cliniquement bénigne et d'autre apparemment avec une tumeur malignes. Les résultats de cette étude indiquent qu'il existe un rapport entre certains facteurs en rapport entre certains facteurs psychologiques et le risque de développement d'un cancer du sein et montrant qu'il est possible d'estimer la probabilité de caractère bénigne ou maligne d'une tumeur du sein grâce uniquement a l'examen psychosomatique. Selon l'article publié dans le journal le jour d'Algérie le 6 février 2016, 11000 cas du cancer de sein recensés chaque année. Ce chiffre risque de connaître une recrudescence épidémique avec un taux de survie bas, d'ici à 2020 à cause du diagnostic a un stade tardif. Donc il devient un réel problème de santé publique qui menace la société tout entière son incidence ne cesse d'augmenter d'année

en année de 7% et une Algérienne sur 7 est susceptible d'avoir un jour un cancer du sein . (**Ait Ramdane L. 2016, n°3787, P. 2**).

Il faut la parole au patient et considéré le point de vu qu'il a sur vécu de son traitement et de sa maladie, c'est-à-dire sa qualité de vie.

L'OMS (1993) à donnée une définition mondiale de la qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquelles il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, c'est un concept très vaste et large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relations aux éléments essentiels de son environnement ». (**TAZAPOULOU E, 2008, P. 50**).

Patrick et Erickson (1993) révèlent que la qualité de vie correspond a la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien être physique, social, économique et psychologique. (**ACHACHERA Asma, 2015, P. 17**).

Plus généralement, on définit la qualité de vie par « un état général de satisfaction et le bien être, une émotivité équilibrée, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant ». Le concept de la qualité de vie apparait ainsi comme multidimensionnel. La majorité des autres s'accorde a reconnaitre au moins trois domaines principaux au concept de la qualité de vie : les conditions de vie objectives, l'accès aux ressources et les capacités à les utiliser, le sentiment de bien subjectives. Ces différents domaines peuvent être regroupés en qualité de vie objectives et qualité de vie subjectives. (**Michel L Lorca- pierre, 2001, P. 39**).

Dans cela nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportemental qui nous semble la plus correspondante et adéquate comme cadre de

référence de notre thème de recherche, elle vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissages qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants.

Ensuite, nous avons utilisé dans notre recherche le questionnaire MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, on essayant de répondre à la question suivante :

- Est-ce que la qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein opérées est-elle satisfaisante ?

Hypothèse :

La qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein opérées n'est pas satisfaisante dans les domaines physique et psychique.

Définitions des concepts :

Cancer :

Ensemble de cellule indifférenciée qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplie indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastase (tumeur maligne).

Le cancer peut atteindre tous les organes et tous les tissus. Quelle qu'en soit la localisation, la cellule cancéreuse présente des anomalies caractéristique, reconnaissable au microscope. Le tissu cancéreux a une structure anarchique profondément modifiée par rapport au tissu d'origine et il envahit les tissus voisins. Il se dissémine à distance par voie sanguine ou lymphatique (métastases). (**LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, 2013, P. 164**).

Cancer du sein :

La notion de « cancer du sein » relève d'une nomenclature générique qui fait référence à tout un ensemble de proliférations néoplasiques de la glande mammaire qui diffèrent tant du point de vue histologique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. Le terme de « cancer du sein » ne désigne que les tumeurs malignes, potentiellement agressives, du sein tandis que le terme de « tumeur du sein » désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes. (**HACHANA M R, 2009, P. 1**).

Qualité de vie :

Définir clairement la qualité de vie n'est pas aisé : elle pourrait se rapprocher de la définition de la santé, donnée par l'OMS en

1946, et qui correspond non pas à l'absence de maladie, mais à « étant complet de bien- être physique, psychologique et social ». En ce sens, l'objectif des traitements carcinologique n'est plus seulement de guérir ou de prolonger la vie, mais aussi de préserver ou d'améliorer la qualité de vie dans ses différentes composantes, en réduisant les répercussions fonctionnelles négatives de la maladie et des traitements .La qualité de vie englobe quatre dimensions : physique, psychologique, somatique et sociale. (SERIN D, RAUGLAUDRE G, 2007, P. 182).

Opérationnalisations des concepts :

Cancer du sein :

- Une tumeur maligne de la glande mammaire.
- Présence d'une boule ou une masse dans un sein ou les deux seins.
- Modifications cutanées au niveau du sein et du mamelon.
- Un changement de la taille ou de la forme du sein.

Qualité de vie :

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.

❖ Bonne qualité de vie (+)

- Bien- être physique et psychique.
- Evaluation des capacités fonctionnelles.
- Sensation du bonheur.
- Bonne relations familial, social et amical.
- Ardeur.

- Joie.

❖ **Mauvaise qualité de vie (-)**

- Souffrance physique et psychique.
- Manque de capacités fonctionnelles.
- Sensation de malaise.
- Peu de relations avec les autres.
- Fatigue.
- Stress.

Remarque : ces signes ne sont pas tous présent chez le même cas, mais c'est dans l'ensemble des cas constituent notre population d'étude.

Choix de thème :

Le cancer du sein reste une pathologie très fréquente dans notre pays, et son diagnostic est souvent tardif, affectant la qualité de vie de la femme et son environnement et nécessitant une prise en charge lourde tant sur le plan médicale, économique et sociale, ainsi que l'augmentation du nombre de cancer du sein, Et voire aussi le manque des travaux sur ce thème.

C'est pour cette raison que notre choix a été porté sur ce thème.

Objectifs de la recherche :

- Promouvoir au maximum leur qualité de vie.
- Evaluer la qualité de vie des femmes cancéreuses du sein et voire comment réagissent elles face à l'annonce de diagnostic.

- L'objectif pratique est d'arriver à confirmer ou infirmer les hypothèses tracé durant notre étude.

Partie théorique

Chapitre I : Cancer du sein

Préambule :

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent, il représente la première pathologie cancéreuse chez la femme et constitue chez elle une cause majeure de décès prématuré.

Tout au long de ce chapitre nous allons mettre l'accent sur cette pathologie puisqu'elle est très répandue dans le monde entier, nous allons la définir, donner un aperçu historique, présenter ses différentes classifications ainsi que ses facteurs de risques, dépistage, son diagnostic et ses différents traitements et enfin la surveillance.

I-1 Définition de cancer du sein :

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).

I-2 Les types de cancer du sein :

Il existe deux grands types de cancer du sein :

I-2-1 Le cancer in Situ :

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

I-2-2 Le cancer Infiltrant :

Est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale. Il existe plusieurs types histologiques :

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

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

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

Les cellules carcinomateuses sont agencées en file indienne, avec un aspect en cible autour des canaux galactophoriques. Les noyaux sont réguliers. Le nombre de mitoses est faible. En immunohistochimie, il existe une perte d'expression de l'E-cadhérine. (**Loriot Y, Mordant P, 2011, P. 481**).

I-2-2-3 Adénocarcinome tubuleux :

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

I-2-2-4 Carcinome médullaire :

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

I-2-2-5 La maladie de Paget :

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

I-3 Facteurs de risques du cancer du sein :

Aujourd'hui, nous ne connaissons toujours pas les causes exactes de l'apparition de ce cancer, même si différents facteurs de risques sont fortement liés au développement de la maladie.

Il existe des facteurs de risque immuables, dont les principaux sont :

- Le cancer du sein est essentiellement un cancer féminin, moins d'un cas sur 100 sera un homme.
- **L'âge :** Le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge.
- **L'origine géographique :** Des différences significatives dans l'incidence des cancers du sein ont été observés entre les pays à faible (l'Afrique, l'Amérique du Sud, l'Asie et les pays de l'Est) et les pays à fort risque (l'Europe du Nord et l'Amérique du Nord). Cependant, ces résultats sont fortement discutés par de récentes études. En effet, à niveau socio-économique égal, seules les personnes d'origine africaine présentent significativement moins de cancers du sein que les peuples hispaniques, japonais, européens ou américains. (MAYNADIER M, 2008, P. 14).
- **Les antécédents familiaux :** La survenue d'un cancer du sein ou de l'ovaire chez les parents de moins de 50 ans ou chez plusieurs parents au premier ou second degré représente un risque accrue de développer la maladie. (MAYNADIER M, 2008, P. 14).

- **Les prédispositions génétiques :** Dans 5 à 10 % des cas, les patients présentent des prédispositions génétiques, soit 2000 à 4000 personnes chaque année. Environ 90 % de ces cancers impliquent des mutations de ces gènes Breast Cancer 1(BRCA 1) et/ou BRCA 2. Des mutations de ces gènes représentent un risque accru de développer un cancer du sein, 60 à 85 % des personnes porteuses de cette modification auront un cancer du sein avant 70 ans. (MAYNADIER M, 2008, P. 14).

- **Les antécédents personnels :** Une femme ayant déjà développé un cancer du sein a de grandes chances de développer à nouveau un cancer soit dans l'autre sein soit dans une autre partie du même sein. (MAYNADIER M, 2008, P. 14).

- **Les facteurs hormonaux:** Le risque du cancer du sein est fortement déterminé par la fenêtre d'exposition du tissu mammaire aux œstrogènes. En effet, les hormones stéroïdes, et en particulier les œstrogènes conditionnent à la fois le développement / fonctionnement et la cancérogénèse de la glande mammaire. L'apparition du cycle menstruel à un jeune âge et son interruption (ménopause) tardive constituent donc des facteurs de risque. La grossesse est associée à la différenciation des cellules mammaires, ce qui explique l'augmentation du risque pour des femmes nullipares ou ayant leur première grossesse à un âge tardif. (MAYNADIER M, 2008, P. 14).

- **L'obésité :** L'augmentation du tissu graisseux après la ménopause induit une augmentation du taux d'œstrogène sanguin via l'activation des aromatasés, enzymes qui transforment les androgènes surrénaliens en œstrogènes. (**MAYNADIER M, 2008, P. 14**).

- **Facteurs environnementaux :** liés au style de vie, mais pour l'instant ces facteurs de risque sont plus contestés, parmi eux notamment la pollution aux pesticides, l'exposition à des rayons ionisants, la sédentarité avec la réduction de l'activité physique, la prise de la pilule, de tabac et/ou la consommation excessive d'alcool, ainsi que certaines habitudes alimentaires. (**MAYNADIER M, 2008, P. 14-15**).

I-4 Dépistage du cancer du sein :

Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne soit palpable ou qu'il ne traduise par un signe anormal comme une modification de la peau ou du mamelon. (**INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2000, P. 19**).

Détecter tôt certains cancers permet de mieux les traiter en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter parmi des personnes a priori non malades celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer afin de les traiter rapidement. (**INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2000, P. 19**).

L'examen utilisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie (radiographie) des seins. Une mammographie détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être

un cancer. Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est anormal. Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires (mammographie complémentaire, échographie, ponction et éventuellement biopsie) afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic du cancer. (**INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2000, P. 19**).

Le dépistage doit concerner toutes les femmes, notamment après la ménopause ; il fait appel à :

- La palpation mammaire annuelle systématique au cours des consultations chez le médecin traitant ou le gynécologue.
- La mammographie bilatérale tous les deux ans après 45 ans, voire plutôt et à un rythme annuel chez les femmes à risque (cliché simple médiolatéral oblique : méthode de tabar, ou plutôt deux clichés). Ne pas omettre de dire aux femmes d'apporter leurs mammographies antérieures, l'interprétation de certaines images n'étant possible qu'en fonction de leur évolutivité.
- L'autopalpation : de façon schématique, les signes en faveur de la malignité à la mammographie sont une opacité dense spiculée, avec un halo clair et la présence de microcalcifications fines et groupées. L'interprétation des clichés demande toutefois une grande expérience. Le dépistage au moyen de campagnes de masse a prouvé son efficacité et devrait permettre un gain de l'ordre de 25 à 30 % sur la mortalité. Ces campagnes sont organisées par les Caisses primaires d'assurance maladie de chaque département. (**Jean-Baptiste M, et all, 2004, P. 65**).

I-5 Diagnostic du cancer du sein :

Le diagnostic de cancer du sein peut être évoqué soit devant des signes radiologiques frustes, mis en évidence pendant le dépistage, soit devant des signes cliniques découverts par la patiente elle-même ; mais quelle que soit les circonstances de découverte, le diagnostic doit reposer sur une confrontation clinico radiologique et surtout sur une confirmation anatomopathologique obtenue par biopsie. (SAKHRI Selma, 2015, P. 27).

I-5-1 Diagnostic clinique :**I-5-1-1 L'interrogatoire :**

Il doit être précis et orienté à la recherche de facteurs de risque d'apparition du cancer du sein et analyser le motif de consultation, sa date d'apparition, sa modification depuis son apparition.

• Motifs de consultations :

Ils sont nombreux et variables, isolés ou associés à d'autres symptômes

-Tumeur ou nodule, de loin le motif le plus fréquent 65 à 80 %

-Douleur 1 à 15 % des cancers sont révélés par une douleur

-Modification de la peau ou aréole mamelonnaire 5 à 7 %

-Écoulement mamelonnaire retrouvé chez 2 à 10

-Gros bras révélateur chez 1 % des patientes

-Métastase à l'occasion d'un signe d'appel osseux, pulmonaire 0
autre

-Examen systématique ou dépistage. (SAKHRI Selma, 2015, P. 27).

I-5-1-2 Examen clinique :

Tout médecin est tenu de faire un examen clinique des seins quel que soit la cause de la consultation. Il est plus performant quand il est réalisé lors de la première phase du cycle menstruel. Il doit être sur une femme dévêtue jusqu'à la ceinture dans une salle éclairée et aérée en position assise puis en position couchée. (SAKHRI Selma, 2015, P. 28).

I- 5-1-2-1 Inspection : va apprécier

-Le volume des seins (déformation de contours, modification du galbe).

-Asymétrie de volume.

-Anomalie du mamelon ou l'aréole.

-Anomalie de surface (signes inflammatoires, ride cutanée, peau d'orange, ulcération). (SAKHRI Selma, 2015, P. 28).

I-5-1-2-2 Palpation :

Toujours palper les seins et les aires ganglionnaires. La palpation doit être douce, méthodique et doit se faire avec les mains bien à plat, en effectuant de petits mouvements circulaires de l'extrémité des doigts, en pressant légèrement sur le gril costal, dans le but de détecter une masse ou un nodule dont il faudra préciser les caractéristiques : siège, taille consistance, limites, forme, mobilité, focalité et l'existence d'une poussée inflammatoire. Les aires ganglionnaires axillaires

bilatérales et sus claviculaires doivent être palpées à la recherche d'adénopathie dont on devra préciser aussi la taille, nombre, consistance, siège et fixité ou mobilité. L'examen clinique se terminera par un examen général, à la recherche de signes témoignant d'une extension métastatique de la maladie. (SAKHRI Selma, 2015, P. 29).

I-5-2 Examens complémentaires :

I-5-2-1 La mammographie :

Sa sensibilité est de 80%. Examen essentiel, réalisé dans les dix premiers jours du cycle, elle est bilatérale et comparative avec des clichés de face, en oblique externe complété au besoin de profil ou d'agrandissement à la moindre anomalie, afin de rechercher des signes de multifocalité ou de bilatéralité dans le cadre du bilan locorégional pré opératoire. Il existe six types d'anomalies mammaires radiologiques :

Les microcalcifications : révèlent 30 à 50 % des cancers infra cliniques, sont classées selon la classification de le Gal en cinq groupes.

-Les opacités spéculaires : 20 à 30 % des cancers infra cliniques sont des images définies par un centre dense et des spicules périphériques qui peuvent être plus courts ou plus longs que le centre dense.

-Les opacités rondes circonscrites : 10 à 20 % des cancers infra cliniques.

-Les effets stellaires sans centre dense : 10 à 20 % des infra cliniques, image de convergence radiaire des travées opaques sans centre dense.

-Les distorsions de l'architecture glandulaire : 30 % de ces images sont malignes, ce sont des désorganisations localisées de l'architecture du

sein sous forme d'images linéaire divergentes, sans opacité tumorale identifiable.

-Les asymétries et hyperdensités focalisées : identification difficile, l'échographie et L'IRM sont une bonne indication pour homogénéiser la présentation des résultats de la mammographie, les experts de l'Américain Collège of Radiology, (ACR) ont mis au point une classification morphologiques des classifications de le Gal. (SAKHRI Selma, 2015, P. 29).

I-5-2-2 L'échographie mammaire bilatérale :

L'échographie est la technique complémentaire de la mammographie dans la précision des caractéristiques tumorales. Elle permet en plus de visualiser le creux axillaire et de détecter des ganglions lymphatiques suspects. Elle est très utile lorsque la mammographie donne résultats faux négatifs ou lorsque la densité mammaire est telle qu'elle perturbe l'interprétation mammographiques des lésions potentiellement classables ACR3 ou ACR4. Elle sert aussi lors du diagnostic positif en permettant une biopsie sous contrôle de la vue, un ciblage de la tumeur ou des microcalcifications avec une plus grande précision. (SAKHRI Selma, 2015, P. 30).

I-5-2-3 L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) mammaire :

L'IRM mammaire est un examen de seconde intention qui permet de préciser la taille et les rapports des lésions volumineuses et de détecter les récives à un stade plus précoce. Il permet aussi d'orienter la décision de chirurgie initiale en statuant sur la présence de lésions multifocales ou multicentriques, la présence de lésions

controlatérales ou d'atteintes ganglionnaires diffuses. Enfin, l'IRM mammaire permet d'avoir une image de référence de la tumeur initiale et d'évaluer la réponse clinique à la chimiothérapie néo-adjuvante pour orienter la décision sur le type de chirurgie secondaire. Il n'est cependant pas demandé dans les stratégies de dépistage ou de débrouillage du fait d'une spécificité proche de celle de l'imagerie conventionnelle et de ce fait d'un fort nombre de résultats faux positif s'il n'est pas utilisé sur une population ciblée. **(Dubard. M, Gault. D, 2013, P. 30).**

I-5-2-4 La cytologie :

Elle fait partie du bilan diagnostique et peut orienter le clinicien dans les cas incertains. Elle doit être de rigueur devant tout nodule. **(BISSAN Mahomed, 2007, P. 35).**

I-5-2-5 La galactographie :

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pluriorificiel séreux ou sanglant. **(BISSAN Mahomed, 2007, P. 35).**

I-5-2-6 L'examen anatomopathologique :

Le diagnostic de certitude d'un cancer du sein est anatomopathologique. L'anatomo-pathologiste précise la nature maligne de la tumeur, son grade histologique, l'envahissement ganglionnaire associé. Elle peut être extemporanée : se déroulant pendant l'intervention chirurgicale classique après une intervention chirurgicale. **(BISSAN Mahomed, 2007, P. 35).**

I-5-2-7 Dosage des récepteurs hormonaux :

Le dosage des récepteurs hormonaux : récepteur à œstrogène et à progestérone. Ce dosage revêt une importance capitale si une hormonothérapie est à envisagée. Ce sont de bons moyens de dépistage précoce de la maladie, mais aussi de surveillance. **(BISSAN Mahomed, 2007, P. 35).**

I-6 Les symptômes du cancer du sein :

Les symptômes du cancer du sein sont plusieurs parmi eux :

- Grosseur non douloureuse palpée au niveau du sein.
- Anomalie du globe mammaire.
- Mamelon rétréci.
- Ecoulement mammaire teinté de sang.
- Douleur localisée.
- Peau du sein rouge.
- Ganglion parfois palpés au niveau des aisselles.
- Une modification de la taille ou forme du sein.
- L'apparition des fossettes ou de plis dans la peau.
- Un mamelon inversé tourné vers l'intérieur. **(Bates B, 2010, P. 410).**

I-7 Traitements :

De nombreuses options thérapeutiques sont disponibles pour traiter un cancer du sein. Elles dépendent de la taille et de la localisation de la

tumeur, des résultats du laboratoire (y compris le dosage des récepteurs hormonaux et les testes génétiques), et du stade évolutif (ou l'extension) de la maladie. **(Brown Z, et all, 2008, P. 80).**

I-7-1 Chirurgie :

Longtemps la chirurgie est demeurée la seule arme thérapeutique disponible mais depuis de nombreuses années elle est complétée par d'autres outils thérapeutiques. Le traitement chirurgical par tumorectomie ou mastectomie avec curage axillaire est indiqué dans la majorité des cas, associé ou non à la radiothérapie, à la chimiothérapie ou à l'hormonothérapie.

La chirurgie a aujourd'hui encore deux objectifs essentiels :

-D'abord enlever la tumeur du sein pour supprimer le danger qu'elle représente par son développement local et par sa migration possible vers d'autres cellules.

-Permettre l'examen microscopique de la tumeur pour confirmer le diagnostic et caractériser la tumeur.

Pendant de nombreuses années la chirurgie du sein consistait, le plus souvent, en une exérèse tumorale large, principalement parce que la théorie prévalente était celle d'une évolution cancéreuse basée sur une propagation de proche. Les résultats de certaines études récentes ont mis en avant qu'il n'existe pas de différence de survie entre d'une part chirurgie radicale et, d'autre part, traitement conservateur avec irradiation. De plus le taux de rechute locale est comparable dans les bras « mastectomie » et « radiothérapie post-traitement conservateur mammaire ». C'est pourquoi, de nos jours, les recommandations vont dans le sens d'une chirurgie conservatrice suivie d'une radiothérapie du

sein. Il existe évidemment certaines contre-indications à ce type de traitement : la taille, la situation ou le caractère évolutif de la tumeur en sont les principales. (**GALLON Elise, 2012, P. 40**).

I-7-2 Radiothérapie :

La radiothérapie utilise des rayons de haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses et réduire le volume tumoral. Les rayons proviennent d'une machine extérieure au corps (c'est ce que l'on appelle la radiothérapie externe) ou sont émis par un matériel radioactif (radio-isotope) placé à l'intérieur même de la tumeur sous forme d'aiguilles, de petits tubes plastiques ou de grains spécialement conditionnés (c'est ce que l'on appelle la radiothérapie interstitielle ou curiethérapie, ou encore brachythérapie). (**Brown Z, et all, 2008, P. 80**).

I-7-3 Chimiothérapie :

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

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

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

I-7-4 Hormonothérapie :

Est réservée aux cancers du sein dits hormonodépendants, c'est -à- dire dont la croissance est liée au taux d'œstrogènes présent dans le sang. Ce traitement agit en affectant la manière dont ces hormones interviennent dans la croissance tumorale. Il s'agit soit d'anti-œstrogènes, soit d'inhibiteurs de l'aromatase qui bloquent l'action des hormones ou réduisent leur taux. On peut aussi faire l'ablation des organes qui produisent ces hormones dans l'organisme, c'est -à- dire les ovaires, on parle alors d'ovariectomie bilatérale. **(Brown Z, et all, 2008, P. 81).**

I-8 La surveillance :

Elle a pour but :

- De dépister au plus vite une récurrence locale.
- De dépister une métastase, une tumeur controlatérale.
- De rechercher les éventuelles complications post- thérapeutiques

Elle s'exerce sur deux plans, loco-régional et général.

Examen clinique : tous les quatre mois la première année, six mois jusqu'à la cinquième année puis tous les ans.

Mammographie du sein traité (si traitement conservateur) tous les ans, bilatérale tous les deux ans.

Autres examens à la demande en fonction de la symptomatologie.

(BENZIDANE N, 2004, P. 20).

Conclusion :

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique et constitue l'une des principales causes de mortalité par cancer chez les femmes.

De nos jours, plusieurs facteurs de risque de développement du cancer du sein sont reconnus, tels que les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge avancé, la ménopause tardive et l'obésité. Et différents types de traitements sont effectués seuls ou associés entre eux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie), et ses traitements sont adaptés en fonction de chaque situation qui veut dire chaque cancer est particulier et nécessite un traitement approprié, c'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison.

Chapitre II la qualité de vie

Préambule:

Le concept de la qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politiques, etc. Il ressort que le concept de la qualité de vie paraît simple, par ce que son emploi est banalisé. Cependant, il faut rester vigilant par rapport à son utilisation, car selon le cadre dans lequel il est employé, son sens peut varier. (**GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 283**).

II-1 Le concept de la qualité de vie : Historique et évolution :

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis dans les années 50 comme slogan politique, puis étendu à un niveau social et individuel dans les années 70. La notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de médecine interne en 1966. En effet, la qualité de vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Il s'agit de l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société sur l'impact global des soins dispensés et sur le bien être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle concerne les états physiques et socio-psychologiques tels qu'ils sont perçus par le patient.

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique qui vont assurer la notion de la qualité de vie qui finira par intégrer les notions

voisines (Bien-être, Santé satisfaction). Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la long évité des populations et donc par l'accroissement du taux de certains maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il était alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social subjectif de ces pathologies et de leurs conséquences, ainsi que celui des soins et des traitements qui leurs sont associés. **(Eva TAZAPOULOU, 2008, P. 15).**

Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique comme le souligne (martin, 1999) quatre approches sont envisagées. Ces différents approches peuvent être décomposées en périodes et intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent philosophes, psychosociologues, politologues et médecines .nous allons brièvement résumer ces différentes approche. **(GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 283).**

II-1-1 L'approche philosophique :

Le concept de la qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes .en effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation .apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours .soulignons aussi que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et partie intégrante du bonheur. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable .ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante

de la qualité de vie .ainsi nous dirons qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être , même s'ils en constituent des composantes importantes .de la même manière, la qualité de vie ne se résume pas a la santé, comme nous le verrons plus loin, même si celle –ci en est un facteur important. **(GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 284, 285).**

II-1-2 L'approche psychosociologique :

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie d'une population. Le concept de la qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues restent liés à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociale et familiales. **(GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 285).**

II-1-3 L'approche politologue :

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri en France, Hoover, Johnson aux Etats-Unis et bien d'autre, qui traitaient déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des Etats-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux Etats-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité é de vie. **(GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 285).**

II-1-4 L'approche médicale :

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus particulièrement, en psychiatrie lors de programme de désinstitutionnalisation(1963) aux Etats-Unis. Psychiatres vont alors dénoncer les sorties massive des hôpitaux psychiatrique à partir de moment ou des institutionnalisations attacher peu d'impotence a l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie a l'extérieurs. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaitront plus tardivement dans les paysanglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe. Quelques dates marquent 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 cependant proche de celle de bien-être. Le terme de la qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkington, dans une publication médicale.

Ainsi le concept de la qualité de vie et très répondu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, allés représentent un outil clinique a part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. **(GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 286).**

II-2 Définition :

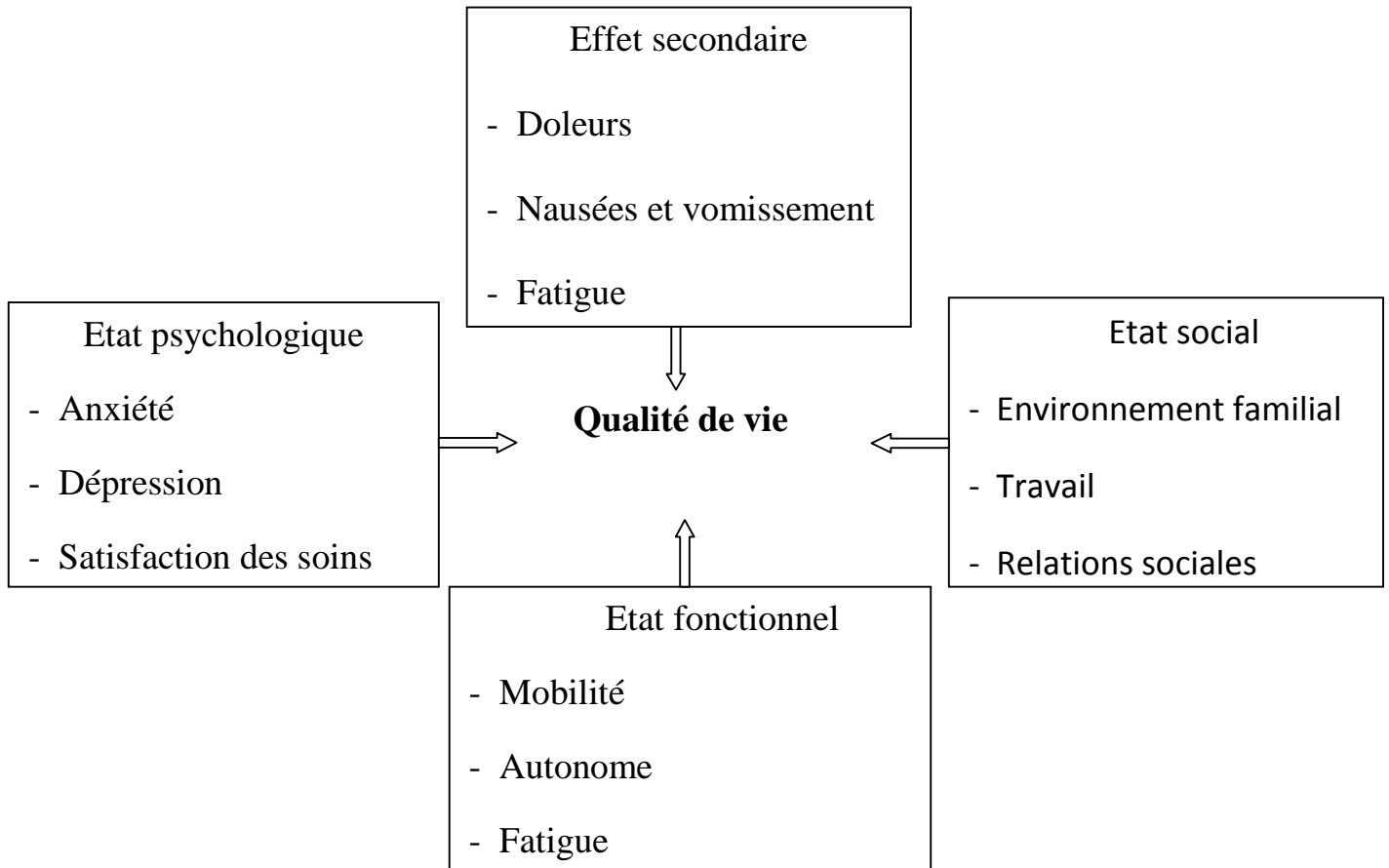
La qualité de vie et un concept complexe car chaque individu possède sa propre définition de sa qualité de vie en fonction de ses désirs, de ses attentes, et de sa satisfaction. **(KLEIN Delphine, 2011, P. 27).**

« La qualité de vie, sous l'angle individuel, c'est ce qu'on souhaite au nouvel an : nous pas la simple survie, mais ce qui fait la vie bonne santé, amour, succès, confort, jouissance bref, le bonheur... ».

La mesure de la qualité de vie est une « mesure composite du bien-être physique, mental, social tel qu'il est perçu par chaque individu ou groupe d'individus. Cette notion regroupe des notions touchant au bonheur, aux satisfactions et gratifications en rapport avec la santé, le mariage, la famille, le travail, la situation financier, les filières d'éducation, l'estime de soi, le sens d'appartenance à un group social ou encore la confiance autrui » (Nabagal) **(KLEIN Delphine, 2011, P. 27).**

Launois et Reboul-Marty définissent la qualité de vie liée à la santé comme « les retentissements physiques, psychologiques, et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient ». Notant toutefois qu'elle « dépend de multiple facteurs », parfois « indépendants de la santé ». Ils introduisant aussi le terme de la qualité de vie liée à la santé, qui considère uniquement les facteurs « qui ont trait à l'état de santé du malade et à son évolution sous traitement ». Cette définition est basée sur le fait qu'un traitement est censé faire disparaître la morbidité et la mortalité d'une maladie de telle sorte qu'il laisserait le malade comme non atteint. Les chercheurs s'accordent tout de même à considérer la qualité de vie comme un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de quatre dimension essentielles

- ❖ La dimension physique : capacité physique, autonome, gestes de la vie quotidienne...etc.
- ❖ La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...etc.
- ❖ La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...etc.
- ❖ La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle. ..etc.

Figure 1 : Qualité de vie : évaluation globale et pluridimensionnelle

(Briançon S, Kessler M, 2007, P. 19-20). Voir la figure 1

II-3 Théories de la qualité de vie :

II-3-1 La qualité de vie du point de vue environnemental :

Dans ce courant de pensée les recherches étaient consacrées à l'approche dite objectives de la qualité de vie. Cette démarche était en rapport étroit avec les projets politiques et les dispositions prises pour leurs mises en œuvre. Elle rapportait au plus haut niveau politique, les études concernant

l'environnement dans lequel vit la société telle que : le niveau de vie, la pollution, la scolarité, les crimes et la délinquance ...etc. Nous retrouvons dans la littérature différents exemples d'enquête dans de grandes villes du monde qui ont été menées pour mesurer le niveau de satisfaction des personnes de leurs conditions de vie. **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 58).**

II-3-2 La qualité de la vie en relation avec la santé :

Dans ce courant de recherches l'approche était au départ objectiviste, elle souscrivait l'étude de troubles de santé spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, le sida, etc. Impliquant des difficultés motrices et la dépendance des patients à cause de leurs états de santé.

Ces études ont permis la construction d'un nombre important d'échelles qui accordent au patient le choix d'estimer son propre état de santé. Cette approche considère la qualité de vie comme multidimensionnelle, qui peut être étudiée soit par l'observation ou par le biais l'auto-évaluation ou l'hétéro-évaluation, à l'aide des outils psychométriques. Par la suite d'autres indicateurs de la qualité de vie santé ont émergé à travers les études qui portaient sur l'analyse des symptômes qu'ils soient somatiques ou psychiques. Ces études ont ouvert la réflexion sur l'impact interne et la souffrance en lien à la maladie, sur le patient et son entourage (anxiété, angoisse, dépression...etc). **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 58).**

II-3-3 La qualité de vie au travail (théorie des organisations) :

L'étude de la qualité de vie au travail est présentée depuis quelques années comme fondamentale, à cause des changements observés dans le monde économique et l'évolution accrue du taux d'employeur qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leurs problèmes de santé psychologique.

La définition de la qualité de au travail est très complexe, car elle peut être confondue avec d'autres indicateur tels que le stress au travail ce qui a laissé paraitre trois points importants qui décrivent la qualité de vie au travail comme étant :

- a. Un construit subjectif.
- b. Devant intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux.
- c. Le travail ayant une influence certaine sur les autres domaines de la vie et il fait partie intégrante de la qualité de vie générale.

Les instruments de mesures systémiques mis en place pour étudier la qualité de vie au travail ont un double objectif. Ils prennent en compte en premier lieu les différents problèmes individuels et ou organisationnels, en second lieu l'objectif est d'organiser une méthode de prévention. **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59).**

Maretel et Dupuis, 2004 ont avancé une définition qui considère que : « La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société ». **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59).**

II-3-4 La qualité de Vie vue comme un tout (globale) :

Ce domaine de recherche a émergé à travers des approches psychosociologiques, ce qui a donné sens à des notions, telles que le bonheur et le bien-être qui sont associées aux travaux de Bradburn et Caplovitz, 1965 ; Bradburn, 1969 sur la qualité de vie dans différents pays du monde et différentes villes aux états unis. Campbell 1976 a organisé ainsi un modèle de la qualité de

vie à partir de l'étude de deux concepts qu'il considère importants, à savoir les concepts de satisfaction et domaines de la vie. **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59).**

Ces différents auteurs estiment qu'à travers la mesure de la notion de bonheur et de bien-être il est important de signaler l'impact observé sur le déroulement de la vie d'un individu. Mais il est également essentiel d'indiquer que cette analyse visait la mesure du bien-être ressenti à travers la satisfaction d'un sujet à un moment donné de sa vie. Les résultats obtenus sont très intéressants car ils montrent qu'il y a une grande variation dans les réponses d'un âge à un autre et d'une personne à une autre. **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59-60).**

Selon ces expérimentations le sujet est présenté comme seul juge de la place et du rôle qu'il occupe socialement. Cette démarche a entrouvert l'idée de la conceptualisation d'une approche cognitive qui prend en compte la perception de soi (satisfaction de vie, condition physique et santé), l'environnement et lien aux autres, comme étant des processus importants dans l'analyse psychosociale et générationnelle. Selon Dupuis ce modèle aide à comprendre le sujet comme un tout, il considère aussi que le statut médical, psychologique et social ne peuvent pas être introduits dans la définition de la qualité de vie car se sont des dimensions pour lesquelles il existe plusieurs instruments de mesure et qui aident à écrire l'état du patient mais qui ne mesurent pas pour autant sa qualité de vie. **(BOUDOUDA N.E, 2013, P. 61).**

II-4 Les domaines et les composantes de la qualité de vie :

II-4.1 Les domaines :

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, psychologique et social.

II-4-1-1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et des états affectifs. Pour d'autres, elle inclure en outre, une absence d'affect négatif (par exemple, dans la SF-36 de Ware, 1987). On est ici proche des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité, sens donné à la vie, moral, vie spirituelle, compréhension du monde). (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 18).

II-4-1-2 Le domaine physique de la qualité de vie

A l'intérieur de ce domaine les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique (ou états physiques, ou états fonctionnels) et les capacités fonctionnelles. Ainsi, la santé physique comprend-elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et divers indicateurs biologique. Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et sa relative autonomie (ou sa dépendance). On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelle) selon deux points de vue : un point de vue « externe » (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles, et un point de vue « interne » seulement accessible par autoévaluation pour atteindre les représentations, les perceptions et le vécu subjectif de santé, par le patient lui-même. (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 18).

II-4-1-3 Le domaine social de la qualité de vie :

Les relations et les 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 diverses sphères : familiale, amicale professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en terme de disponibilité et de satisfaction). Pour certains auteurs (Griffin, 1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. Pour des auteurs comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi « social », sentiment de réalisation de soi, sociale est évaluée, en général, par des outils génériques. **(EVA TAZOPOULOU.2008, P. 19).**

II-4-2 Les composantes de la qualité de vie :

II-4-2-1 La satisfaction de vie :

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (Pavot et al, 1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de vie renvoie à un domaine plus spécifiques (profession, famille, loisir, santé, finances, soi, groupe d'appartenance, etc.). La satisfaction de la vie est définie comme « une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérance » **(Corrigan et al, 2001).**

II-4-2-2 Le bonheur :

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel l'affect composant de bien - être subjectif (présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de « bonheur » depuis les années 90 (Aryle et al, 1989 ; Buss, 2000 ; Eysenck, 1990 ; Myers, 1995). Pour eux le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité). **(EVA TAZOPOULOU.2008, P. 1).**

II-4-2-3 Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif se définit selon trois critères essentiels (Rolland, 2000) :

- Il est subjectif, c'est bien une autoévaluation qui n'a rien à voir avec les conditions de positifs l'emportent, sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes de qualité de vie objectives (bien-être matériel) ;
- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).
- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les Echelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affects agréables.

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, isocomparan) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychologiques, c'est aussi

la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur), auxquels on ajoute la satisfaction de la vie qui n'est cependant pas toujours évaluée dans les échelles de bien-être.

Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles le plus important de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie il ne se confond pas avec le bien-être matériel (welfare) ni avec ce qu'on appelle la santé aujourd'hui. (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 20).

II-5 Les conceptions de la qualité de vie :

II-5-1 Conception objectives de la qualité de vie :

Jusque vers les années 1960, on évaluait la qualité de vie des nations à partir d'indicateurs économiques objectifs puis on s'intéressa au « bien-être » des populations en utilisant divers indicateurs (espérance de vie, mortalité infantile). A la fin du XX siècle, on évaluera des conceptions objectives, de la qualité de vie vers des conceptions subjectives, des indicateurs économiques (Welfare) vers des indicateurs psychosociaux, d'une conception collective à une conception individualisée. L'UNDP (United Nations Développement Programme, 2011) a créé un index de qualité de vie composite, (indice de développement humain), constitué de trois dimensions : santé (espérance de vie à la naissance), éducation (durée moyenne de la scolarisation) et niveau de vie. Divers indicateurs objectifs sont utilisés pour décrire l'état des sociétés et des individus. Ils sont notés dans des registres et fichiers et sont donc aisément disponibles, d'où sans doute leur succès. Même si on les spécifie au niveau individuel (santé physique, santé émotionnelle, relation familiales, relation sociale ...). A cette conception objective de la qualité de vie extérieures et descriptive, s'opposera, puis s'ajoutera, une conception subjective, seulement accessible par auto-évaluation. C'est bien la façon dont chaque individu perçoit sa santé, par

exemple, qui détermine en grande partie sa demande et son utilisation des services de soins (Lepère 2008). **(BRUCHON- SCHWEITZER .2014, P. 42).**

II-5-2 Conception subjective de la qualité de vie :

La qualité de vie trouve son origine dans le mouvement des indicateurs sociaux au milieu de l'année 1960. Les conceptions qui s'inspirent (aux États-Unis et en Europe de l'Ouest) s'intéressent à des indicateurs subjectifs et individualisés (bien-être, satisfaction, bonheur), issus du domaine de la santé mentale et en continuité avec les philosophes humanistes et utilitaristes. La qualité de vie sera vue comme une notion alternative à celle de bien-être matériel, dont elle s'éloignera de plus en plus, se rapprochant des notions de satisfaction et le bien-être subjectif. Dans différentes disciplines (économie, sciences sociales), la qualité de vie est définie aujourd'hui comme un concept intégratif, ne se limitant pas à l'état de santé ni au niveau de vie, mais se rapportant à d'autres domaines, relationnel et social en particulier (communauté, famille, travail, sexualité...). **(BRUCHON- SCHWEITZER. 2014, P. 43-44).**

II-5-3 Conception intégratives :

Sont simplement additives, d'autres appliquent à la fois les conditions des vies objectives il s'existe dans le littérature des conceptions intégratives diverses. Les unes et la façon dont les individus les perçoivent et les utilisent pour se réaliser. Parmi les définitions négatives additives, on trouve par exemple celle-ci : « la qualité de vie est un concept très large influence de manière complexe par la santé physique de l'individu, et son état psychologique, ses relations sociales, et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » (WHOQOL Group, 1995). Le modèle proposé par Urzua et Caqueo-Urizar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie.

Il inclut les points de vue objectif et subjectif envers les principaux domaines. **(BRUCHON- SCHWEITZER. 2014, P. 44).**

Les définitions de la qualité de vie en terme à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages : elles prennent en compte à la fois les composantes « externes » (état de santé, conditions de vie...) et « interne » (satisfaction, bien-être subjectif ...), plusieurs point de vue et elles supposent des interactions dynamiques ente les composantes de la qualité de vie, en termes de processus. Ce sont certainement les conceptions les plus heuristiques actuellement. Le développement de modèle systémiques de la qualité de vie étant en plein essor, on peut s'attendre à une expansion des mises à l'épreuve de ces modèles par des analyses confirmatoires. Nous considérerons à présent certains domaines plus spécifiques de la qualité de vie. **(BRUCHON-SCHWEITZER .2014, P. 45).**

II-6 L'évaluation de la qualité de vie :

Depuis une vingtaine d'années, la recherche en matière de QdV a pris un essor important. En effet, connaitre le retentissement de la maladie et de ses traitements sur la QdV du patient est une donnée fondamentale du processus d'aide à la décision. Mais comment est –elle évaluée ?

Il existe deux méthodes d'appréciation de la QdV : la méthode directe (entretiens psychologiques), et méthodes indirecte (les outils psychométriques).

- **La méthode directe :**

L'entretien psychologique permet une évaluation de tous les aspects multidisciplinaires de la QdV. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficilement quantifiable, peu reproductible, difficile à standardiser et donc

d'utilisation dans des études comparatives, impossible à mettre en place sur une grande population et coût élevé. (**Delphine KLEIN, 2011, P. 30**).

Différentes méthodes d'entretiens (non directif, directifs, et semi-directifs) permettent d'interroger les sujets individuellement ou en groupe.

➤ **Les entretiens individuels :**

Il y a trois types d'entretiens individuels : l'entretien non directif, l'entretien semi-directif et l'entretien directif.

L'entretien non directif : Cet entretien, non structuré, non standardisé est plus souple que l'entretien semi-directif ou directif. L'enquêteur intervient très peu. L'entretien repose sur la libre expression du sujet.

L'entretien semi-directif : L'enquêteur construit au préalable une grille de thèmes à aborder avec la personne interrogée et il invite le sujet à parler de chacun des thèmes préétablis. Il intervient peu et de la manière la plus neutre possible.

L'entretien directif : Il s'agit d'entretien structuré, standardisé. C'est le type d'entretien qui est le plus proche du questionnaire administré par enquêteur. Les questions, leur ordre et les termes utilisés sont fixés à l'avance.

➤ **Les entretiens de groupe :**

Dans ce genre d'entretiens les séances sont conduites selon un plan prédéfini et par une personne qui facilite la discussion et encourage les sujets à prendre la parole. Les sujets sont sélectionnés selon une caractéristique commune. (**Christine ROTONDA, 2011, P. 16-17**).

- **La méthode indirecte :**

Selon les objectifs de recherche, il est intéressant de disposer d'outils permettant soit d'évaluer la qualité de vie de façon globale et comparer les populations entre elles sans tenir compte de leurs spécificités, soit permettant d'évaluer la qualité de vie de façon ciblée et de prendre en considération toutes les subtilités qu'engendre tel ou tel type de maladie, tel état de santé,etc. **(Septans A-L, 2014, P. 16).**

D'une manière générale, les outils de mesure disponibles peuvent être divisés entre, d'une part, des profils de la qualité de vie génériques, tels que le SF-36, en principe utilisable dans n'importe quelle maladie, et, d'autre part, des mesures de qualité de vie spécifiques à une maladie donnée. **(Elhasnaoui -A, Françoise Gaudin-A, 2004, P. 65).**

➤ **Instruments génériques :**

Sont élaborer à partir de questionnaires mis au point en population générale, malade et non malade. Ils ne peuvent jamais rendre compte en détail de la spécificité de chaque pathologie abordé. De ce fait, les instruments génériques sont en général peu sensibles aux variations d'état de santé. Cependant, ils permettent de comparer les résultats de la qualité de vie dans des groupes de patients différents, sur des pathologies différents ou dans des pays différents. Le Short-Form 36 (SF-36) est l'instrument générique le plus fréquemment utilisé dans les essais cliniques. **(BOUVENOT-G, VRAY-M, 2006, P. 184).**

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

-SF-36(MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique(2), santé perçue

(5), vitalité (4), vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4).

-NHP (Nottingham Health Profile), avec 45items regroupés en 6 échelles

-WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items

-WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles. (**Mercier. M, Schraub. S, 2005, P. 420**).

➤ Instruments spécifiques :

Sont adaptés à un problème particulier : spécifique d'une pathologie donnée (cancérologie, diabète, maladie de parkinson, etc) ou d'une population donnée (enfants, populations âgées...etc). Les instruments spécifiques sont, par nature, plus sensibles au changement que les instruments génériques et sont très utilisés dans les essais évaluatifs. On peut choisir, seul ou en association, l'un ou l'autre de ces types d'instruments selon l'objectif poursuivi. (**BOUVENOT-G, VRAY-M, 2006, P. 184**).

II-7 Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :

Comme le soulignent Schraub, Mercier et Aveux (1996), le terme « qualité de vie » est largement employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. Cependant, à l'origine, son évaluation posait problème, 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, mesurées par le médecin, à l'aide d'index ou de codes: codes de toxicité de chimiothérapie, indice de Karnofsky (Karnofsky et Burchenal, 1949) ou code de vie OMS (Zubrod, Schneiderman et F rei, 1960). 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. Progressivement, sont ensuite apparues des échelles issues de la psychiatrie, évaluant l'anxiété ou la dépression, associées ou non à des index de santé ou atteintes de différentes affections. L'utilisation additionnelle de différentes s'est révélée assez contraignante pour le patient. **(FISCHER G-N. 2002, P. 293).**

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. Les patients émettent alors une appréciation en fonction de leur histoire et de l'évolution de leurs valeurs de référence (Fischer, 1994). Comme ils subissent plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. En effet, certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées « grâce » à la maladie (comme les relations familiales), tandis que d'autres prendraient moins d'importance, notamment la vie professionnelle. **(FISCHER G-N. 2002, P. 293-294).**

L'évaluation relativement positive qu'ont les patients cancéreux de leur vie peut également s'expliquer par l'hypothèse proposée par Razavi et Delvaux (1998), selon laquelle deux composantes sont impliquées dans l'évaluation de la qualité de vie : l'une cognitive, l'autre affective.

La connaissance de ces derniers est un préalable indispensable, lorsqu'il s'agit d'aider le malade cancéreux dans les difficultés qu'il rencontre au cours de sa maladie. **(FISCHER G -N. 2002, P. 293-294).**

II-8 Qualité de vie et Cancer du sein :

Les effets secondaires immédiats et les séquelles des traitements des patientes atteintes de cancer du sein sont nombreux et ont été décrits à l'aide des échelles de toxicité. Il s'agit de séquelles physiques (lymphoedème, limitation des mouvements de l'épaule, prise de poids, ménopause, toxicité cardiaque). Les séquelles psychologiques (anxiété, dépression, image corporelle, fatigue) et, surtout, sociales sont plus difficiles à appréhender. Les entretiens psychologiques et les questionnaires génériques ou spécifiques vont permettre de mieux évaluer les répercussions sur la qualité de vie liée à la santé de ces séquelles. **(Mercier. M, Schraub. S, 2005, P. 422).**

Pendant longtemps en oncologie, l'efficacité d'un traitement a été appréciée en termes de taux de réponse et de prolongation de survie. Nous savons que la plupart des traitements du cancer en général et du cancer du sein en particulier, sont pour le moins agressifs et responsables de conséquences physiques, psychologiques et sociales.

Parmi les objectifs du traitement du cancer du sein, l'amélioration durable de la qualité de vie des femmes qui en sont atteints et devenu un enjeu prioritaire. Et pour réaliser cet objectif il faut pouvoir dans un contexte pluridisciplinaire, disposer des moyens humains et techniques les plus performants pour guérir ou diminuer les conséquences. **(RAZAVI.D, DELVAUX.N, 2002, P. 118).**

Conclusion :

Pour conclure, le concept de la qualité de vie est utilisé de divers façons et à des fins variées. Même s'il est ambigu de par sa multidimensionnalité, son utilisation qui est de plus en plus banalisée dans différents domaines que se soit médicales, sociales ou psychologiques, elle restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

Partie pratique

Chapitre III méthodologie de la recherche

Préambule :

D'après la présentation des deux chapitres théoriques de notre recherche, ce chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche ainsi que les outils d'investigations, la population sur laquelle à porter notre enquête et le lieu de recherche.

III-1 Pré-enquête :

Avant de parler de la méthodologie de recherche nous allons aborder la pré-enquête quand a effectué au niveau de l'hôpital « BEN MERAD EL MEKKI » d'Amizour, dans le service oncologie, cela pour mieux saisir notre thème de recherche. On a choisie deux patientes, la première fois on a effectué un entretien semi-directif qui a duré 1 heure et autre fois on a fait la passation du test. Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs et de cerner notre population d'étude.

Selon M. Grawitz : « elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire, analyses de documents) prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limité le problème à étudier avant même de préciser définitivement ses objectifs ». (Grawitz. M, 2001, P. 550).

III-2 Présentation de l'hôpital :

L'Etablissement public hospitalier d'Amizour, baptisé « Hôpital BENMERAD EL MEKKI », est créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007 (date d'ouverture remonte à 1992).

Implanté à 27 km au sud du chef lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 250 lits techniques, la population s'élève à environ 160 000 habitants issus des huit communes de l'ex secteur sanitaire d'Amizour ainsi que la population relevant des communes, des wilayas limitrophes (Sétif, Bouira...).

L'hôpital est composé d'un tableau technique et des services d'hospitalisation.

➤ **Plateau techniques comprend :**

-Le pavillon des urgences médico-chirurgicales (25 lits organisés).

-Le bloc opératoire (04 salles opératoires).

-Réanimation chirurgicale : 06 lits.

-Deux salles de radiologie.

-Un laboratoire d'analyse médicale.

-Une pharmacie centrale.

-Une banque de sang.

-Un bureau des entrées.

➤ **Services d'hospitalisation :**

Service	Nombre de lits	Unité
Chirurgie Générale	65	-Hospitalisation hommes -Hospitalisation femmes

Gynécologie Obstétrique	35	-Gynécologie -Obstétrique
Médecine Interne	56	-Hospitalisation hommes -Hospitalisation femmes
Oncologie Médicale	50	-Hospitalisation -Consultations
Pédiatrie	22	-Pédiatrie -Néonatalogie
Urgences Médico- chirurgicales	22	-Accueil, tris et mise en observation -Réanimation

Tableau n° 1 service d'hospitalisation

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie et d'un service de médecine de travail.

III-2-1 Présentation du service d'oncologie :

Notre recherche a été effectuée au sein de service d'oncologie qui a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Le service d'oncologie dispose de :

- 05 Praticiens spécialistes assistants en oncologie.
- 02 Médecins généralistes.
- 02 Psychologues.
- Un surveillant médical.
- Un secrétaire médical.
- 13 Paramédicaux.

III-3 Les méthodes utilisées :

M. Grawitz (1993) définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie ». La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité. **(Gumuchian H et all, 2000, P. 77).**

III-3-1 Etude du cas :

L'étude de cas est une observation d'un sujet ou d'un petit groupe de sujets. Les études de cas sont utiles lorsqu'on essaie de connaître soit un phénomène qui n'est pas encore compris et donc requiert une exploration, soit des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. **(WESTEN D, 2000, P. 63).**

Selon Fernandez L et Catteeuw M : « l'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. L'observation clinique est leur fonction, elle peut consister, soit à mettre à distance l'objet pour recueillir et organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des phénomènes cliniques ». **(Fernandez L et Catteeuw M, 2001, P. 68).**

III-4 Les outils de recherche :

Tout travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre les objectifs assignés. C'est pour cette raison que dans le but de vérifier nos hypothèses et atteindre nos objectifs, nous nous sommes servie une méthode de

recherche et des outils d'investigations qui nous semble les plus adéquates a notre champs d'études.

III-4-1 Techniques :

Selon CHEVALIER, les techniques de recherches sont « les outils de la recherche impliquant des procédés de collecte des données adaptées à la fois à l'objet d'investigation, à la méthode d'analyse adoptée et surtout au point de vue qui guide la recherche ». (CHEVALIER J, 1992, P. 168).

III-4-1-1 Entretien clinique :

L'entretien clinique est sans doute la méthode la plus fréquemment utilisée en psychologie. Elle bénéficie de l'illusion qu'il s'agit d'une méthode « intuitive » car reposant sur la parole et où, en dehors de questions particulières où les individus n'ont pas accès au langage, « il suffit de parler ». Or, l'entretien nécessite un savoir-faire qui s'acquiert sur la base des théories qui formalisent l'entretien et, bien sur, une pratique suffisante. La conduite d'un entretien nécessite de la part du clinicien d'avoir identifié la demande du patient (« Pourquoi vient 'il ? », « D'où vient la demande ? »). Le premier temps de l'entretien se focalisera généralement sur l'anamnèse du sujet (collecter des informations retraçant le développement de l'individu « psychologique, social, familial », sur la nature de sa demande et sur les difficultés qu'il rencontre actuellement et qui l'amènent à consulter.

Durant l'entretien, le clinicien est attentif au comportement verbal et non verbal du sujet, permettant d'évaluer le niveau d'adaptation du sujet, son humeur, son anxiété, son aptitude à focaliser son attention. Le clinicien évalue également la cohérence des processus

de pensée, la qualité de l'orientation, la conscience que le sujet a de lui-même et de son environnement (qualité de son inscription dans la réalité). Les jugements réalisés ici par le clinicien occupent une place importante dans l'évaluation psychologique en complément d'une évaluation qui pourra s'appuyer ensuite sur des méthodes plus spécifiques. **(NEVID J. et all, 2009, P. 60).**

III-4-1-2 Entretien semi directif :

C'est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet (réitération). **(Lavarde A. M, 2008, P. 194).**

Selon Benony. H et Chahraoui. Kh : « l'entretien semi-directif il se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance. Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement. Mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit ». **(H.BENONY, KH.CHAHRAOUI, 2003, P. 134).**

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un de ses fondements. **(GALLON E, 2012, P. 181).**

Notre guide d'entretien est composé de quatre axes, chaque axe est composé des questions principales en relation directe avec notre thème de recherche qui sont les suivants :

Axe 1 : Identification personnelles.

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du sein.

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial.

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie.

III-4-2 Questionnaire MOS-SF36 :

III-4-2-1 Présentation du questionnaire MOS-SF36 :

Le questionnaire MOS-SF36 est un auto-questionnaire, issu d'une étude d'observation débutée en 1986, la « Medical Outcome Study » (MOS), menée pendant quatre années consécutives chez 2546 patients.

Ces derniers présentaient une affection chronique apparue l'année précédant le début de l'étude (hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque congestive ou infarctus du myocarde). La MOS comportait une enquête longitudinale et une enquête transversale sur 20 000 patients.

Cet outil est l'un des instruments de la qualité de vie les plus utilisés à travers le monde, et son niveau internationalement reconnu et « validé ». D'un point de vue de l'utilisateur, les critères qui définissent la qualité et la validité d'un questionnaire sont au nombre de cinq et comportent :

- La simplicité d'utilisation
- La facilité de lecture
- La sensibilité aux très petits écarts
- La fiabilité
- La reproductibilité inter et intra-sujets

En ce qui concerne les deux premiers critères, le MOS-SF36 est jugé respectivement de niveau 2 (bon) et de niveau 1 (acceptable) sur une échelle de 0 à 3. Les trois derniers critères cités sont cotés de niveau 3 (excellent). Le MOS-SF36 est par conséquent devenu un outil validé d'utilisation courante, international, instrument de référence présentant de bonnes qualités psychométriques, destiné à l'évaluation des programmes et des actions de santé. Les critères d'inclusion sont exhaustif, toutes les catégories de personnes malades ou en bonne santé peuvent répondre au questionnaire. Cependant il existe un seul critère d'exclusion, relatif aux personnes illettrées.

Le MOS-SF36 est la version courte (SF signifie «sort form») du questionnaire qui était utilisé dans le Medical Outcome Study. L'analyse des fonctions physique, sociale et psychique de l'état de santé constitue l'objectif du MOS-SF36, qui comporte 36 questions standardisées regroupé en huit dimensions :

- Activité physique (physical functioning) ou PF.
- Limitation de l'état physique (role physical) ou RP.
- Douleurs physiques (bodily pain) ou BP.
- Santé perçue (general health) ou GH.
- Santé psychique (mental health) ou MH.
- Vitalité (vitality) ou VT.
- Relation avec les autres (social functioning) ou SF.

Limitation dues à l'état psychique (role emotional) ou RE. (**BRUNON Séverine, 2007, P. 22-24**).

III-4-2-2 Calcule des scores du questionnaire MOS-SF36 :

Le questionnaire MOS-SF36, se constitue de plusieurs sous échelles et chacune d'elle contient un nombre différents de réponses et une différente cotation, comme on la mentionnée déjà. Le tableau suivant illustre le nombre d'items et la cotation de chaque réponse :

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b, et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j	1	0 point	10, 11a et 11c	6	100 points
	2	50 points		1	0 point
	3	100 points		2	25 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	1	0 point		3	50 points
	2	100 points		4	75 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points	5	100 points	
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 points			
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score	
PF=	Somme des notes		VT= vitalité	Somme des notes	

fonctionnement physique	obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10		obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4
RP= limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF= fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP= douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2	RE= limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3
GH= santé générale	Somme des notes obtenues items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH= santé mental	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5
Score physique	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	Score mental	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4

Tableau n°2 calcule des scores du questionnaire MOS SF-36

III-5 Groupe de recherche et ses caractéristiques :

Nous avons constitué une population composée de 8 cas qui ont subi une intervention chirurgicale au niveau de leurs seins (cancer du sein opéré).

Dans le tableau suivant nous avons présenter les caractéristiques des sujets retenus de cette recherche et concernant leurs prénoms, nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité qui est exigée dans la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

Tableau n° 3 : les caractéristiques de la population d'étude :

Cas	Prénom	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Intervention subi	Année d'intervention	Nombre de séance de chimiot hérapie
1	Farida	38 ans	Marié	Diplômé à l'université	Enseignante	Ablation du sein droite	2016	5 séances
2	Baya	65 ans	Marié	3eme année moyenne	Femme au foyer	Ablation des deux seins	2005	27 séances
3	Malika	46 ans	Marié	Analphabète	Femme au foyer	Ablation du sein droite	2013	6 séances
4	Wahiba	51 ans	Marié	6eme année moyenne	Femme au foyer	Ablation du sein gauche	2017	8 séances
5	Nadia	44 ans	Marié	Universitai-re	Femme au foyer	Ablation du sein droite	2016	1 séance
6	Zineb	41 ans	Célibatair-e	Analphabète	Cuisinière	Ablation du sein gauche	2016	6 séances
7	Karima	50	Marié	4eme	Femme au	Ablation du	2016	6

		ans		année moyenne	foyer	sein gauche		séances
8	Fatiha	45 ans	Marié	Analphab -ète	Femme au foyer	Ablation du sein gauche	2016	2 séances

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons exposé notre problématique dans un cadre clinique en utilisant une méthode de recherche et des techniques appropriées pour atteindre les objectifs fixés et par la suite assurer une meilleure organisation et planification pour mener à bon port notre travail.

Chapitre IV analyse des résultats et discussion des hypothèses

IV-1 Présentation du cas de Nadia

IV-1-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Nadia est une femme âgée de 44ans, mariée avec trois enfants, deux garçons et une fille. Son niveau d'instruction est universitaire, (bac+2 droit). Elle est femme au foyer, son niveau socio-économique est satisfaisant.

❖ Les informations concernant le cancer du sein :

Avant de commencer l'entretien nous avons remarqué que Nadia est très calme, souriante, son visage exprime un grand espoir, ce qui nous a facilité l'entretien avec elle, elle répond à nos questions facilement sans complexe. Nadia n'a aucune maladie auparavant jusqu'à l'âge de 44 ans.

Pour ce qui est de la découverte de sa maladie elle nous a dit : « J'ai ressenti des douleurs au niveau de mon sein droit. Le lendemain j'ai consulté un médecin spécialisé qui m'a directement fait la mammographie. D'après cette analyse le diagnostique a été confirmé». Elle rajoute : «Quand le médecin m'a annoncé cette maladie, j'étais trop choquée et je me suis tue pendant toute la journée et enfermée dans ma chambre. J'ai pleuré, crié, et j'ai pensé à l'avenir de mes enfants», elle s'inquiète trop d'après ses dires. Nous avons remarqué que Nadia elle est traumatisée. Après deux jours d'isolement, elle décide de suivre les conseils du médecin, qui lui a suggéré de se faire opérer. Elle nous a dit : « J'ai fait l'opération le 5 février 2017, hospitalisée pendant dix jours, et comme vous voyez, je me retrouve avec un seul sein».

Pour les antécédents familiaux, sa tante est touchée par la même maladie, et concernant le traitement suivi, actuellement, et ses effets « C'est ma première séance de chimiothérapie. Donc je ne sais pas encore en quoi consiste, exactement, ces effets ».

❖ **Les informations concernant le soutien social et familial :**

Pendant l'entretien que nous avons effectué avec Nadia et d'après ses dires, nous avons remarqué que sa famille est choquée plus qu'elle, elle a reçu un grand soutien de la part de sa famille, ses sœurs, et ses frères ainsi que son mari qui est toujours à ses côtés. Elle nous a dit : « J'ai reçu le bon soutien moral qui m'a donné le courage pour oublier que je suis malade surtout de la part de mon marié », elle rajoute : « Je ne pourrais jamais oublier ce qu'il a fait pour moi et mes voisines aussi que j'ai trouvé à mes côtés ». D'après ses dires, Nadia est une femme sociable, a une bonne relation avec sa famille et son entourage, quant à ses comportements, elle nous a dit : « Oui, je vois que ma vie a complètement changé, je déteste mon corps sans mon sein j'y pense tout le temps et cela m'énerve ».

❖ **Les informations liées à la qualité de la vie :**

Concernant la qualité de la vie de notre patiente, nous avons constaté que Nadia a besoin de beaucoup d'aide pour accomplir ses tâches quotidiennes. Elle nous a dit qu'elle ne s'occupe pas assez de ses enfants, et souffre des troubles de sommeil parce qu'elle pense tout le temps à sa maladie et surtout à l'avenir de ses enfants. Elle est tout le temps stressée, mais ne trouve pas de difficultés sauf en ce qui concerne le ménage. Pour dépasser ces contraintes, elle nous a dit : « Je passe mon temps à lire le Coran, faire la prière, et regarder la télévision ». Pendant l'entretien effectué avec cette patiente nous avons remarqué que

sa vie a complètement changé et qu'elle s'inquiète beaucoup sur ses enfants.

IV-2-1 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	90	25	77,5	70	52	33,33	60	75	60,35
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°4 montre le degré de la qualité de vie de Nadia qui est atteinte d'un cancer du sein

La qualité de vie de Nadia est perçue à 60,35, elle est basse en comparaison avec le score référentiel qui est de 60,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivant : l'activité physique (90), santé perçue (70), douleurs physique (77,5) et enfin la vitalité (60) qui sont plus élevée par rapport à la norme. Bien que limitation due à l'état psychique, santé physique et limitation due à l'état psychique demeurent très basse comparativement à la moyenne référentielle.

D'après la cotation des résultats, on est arrivé à soutenir que la patiente à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que Nadia présente une

mauvaise qualité de vie physique et psychique avec un score de 60,35 et cela est due aux cicatrices qu'elle a dans son corps et aux douleurs dont elle souffre quotidiennement. Et malgré sa bonne relation avec son entourage et le soutien qu'elle reçoit de la part de sa famille ne la pas empêcher d'être anxieuse.

IV-2 Présentation de cas Zineb :

IV-2-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identifications personnelles :

Zineb est une femme âgée de 41 ans. Elle est célibataire, analphabète, et cuisinière de formation avec une situation socio-économique moyenne.

❖ Les informations concernant le cancer du sein :

Avant d'entamer l'entretien, nous avons remarqué que notre patiente est très dynamique, calme, souriante tout au long des séances, elle parle avec les autres et dès qu'on s'est rapproché d'elle, elle a commencé à parler de son histoire, ce qui signifie qu'elle a besoin de parler avec quelqu'un et qu'elle a beaucoup de choses à dire. Zineb a vécu une enfance et une adolescence sans aucune maladie ni complication. Elle n'a jamais été hospitalisée. Zineb a subi l'intervention chirurgicale pour la mastectomie dans le sein gauche à l'âge de 41ans. Pour la découverte de sa maladie elle nous a dit : « hossar elkrih gfossew aqzimat ami erohar a tvive ekhedmeyer la mammographie après enayed halter lahlakeyr choquer enwirara awtaer alhalayeg choquer imaraner kharih lhal hassar imaniw rouhar zyassante kolché yoraliyi dabarkhan après naniyed amanal le opération kimar satyem ksaniye lsein yno Mustapha sinagh khadmer la radiothérapie 30 jours Bacha tora aklin dayer zineb syoxathe lsein akin itatwalimt » « J'ai ressenti des douleurs au niveau de mon sein gauche, après une semaine de douleur j'ai consulté un médecin où j'ai fait la mammographie ». Le médecin lui a annoncé la cause de ces symptômes, il s'est avéré qu'elle est atteinte d'un cancer du sein. Zineb

était traumatisée lors de l'annonce de sa maladie, c'était difficile pour elle, elle se voyait perdue, sans espoir elle voyait tout en noir. Elle a subi l'intervention chirurgicale le 25 septembre 2016, son hospitalisation a duré six jours à l'hôpital de Mustapha Bacha. Ensuite elle est retournée à l'hôpital pour une radiothérapie qui a duré 30 jours. Concernant le traitement de suivi, elle en est à sa sixième séance de chimiothérapie. Elle déclare qu'elle souffre des effets des traitements car elle est tout le temps fatiguée, et souffre de perte d'appétit et de vomissement.

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

Quant au soutien social et familial de notre patiente, elle nous a dit que sa famille a été choquée, elle rajoute : « asme elmane khalane akhathriw mais ombad vedden ak ghouri awaneyir ayathema les amis glkhodma hamdollahama syedrimane ama slhadra hamdollah » « ma famille m'a beaucoup soutenue, mes frères, mes voisines, mes collègues au travail m'ont aidée que ça soit financièrement ou avec des encouragements », et « grâce à ce bon soutien de leur part j'ai réussi à 90% à oublier mon atteinte, et ça m'a donné beaucoup d'énergie pour attaquer cette maladie. Concernant mon comportement, à part qu'il y'a des choses, au travail, que je ne fais plus comme avant, je n'ai pas vraiment changé, et avec les autres personnes n'ai pas changé, au contraire je sens que je suis gâtée même mieux qu'avant » .

D'après l'entretien, nous avons constaté que notre patiente est une femme sociable qui a un bon contact avec son entourage et qui est très courageuse.

❖ **Les informations liées à la qualité de vie :**

En ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle a sa belle-sœur qui fait tout à sa place et en plus elle rajoute : « Je suis encore capable de travailler et de m’occuper de moi-même. Au début je souffrais d’insomnie mais maintenant je dors bien, je ne trouve plus de difficultés de sommeil, et pour dépasser mes contraintes je regarde la télévision, j’écoute le coran, je parle à ma famille car je n’aime pas rester seule et je garde toujours le contact avec mes collègues ».

D’après l’entretien nous avons remarqué que Zineb est très courageuse et que son atteinte n’a pas influencé sa qualité de vie.

IV-2-2 L’analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	60	50	90	62,5	68	0	50	87,5	58,5
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°5 montre le degré de la qualité de vie de Zineb qui est atteinte d’un cancer du sein

La qualité de vie globale est perçue à 58,5, elle est déçue en comparaison avec le score référentiel de MOS SF-36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les huit dimensions, surtout dans les dimensions (BP) qui est de (90), (GH) est de (62,5) et dans (SF) qui à (87,5) bien que dans les trois dimensions demeurent proche de la

norme ; (MH) est (68), (VT) qui est (50) et enfin (RP) qui est (50). Avec une estimation négative et remarquable dans la dimension (RE) concernant limitation due à l'état psychique est (0) par rapport au score référentiel 65,78.

D'après la cotation des résultats, on est arrivée à repérer que la patiente à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

On conclu a partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que notre cas présente une mauvaise qualité de vie psychique et physique avec un score de 58,5, et cela renvoie à son incapacité physique de réalisé ses devoirs comme elle le fusait auparavant.

IV-3 Présentation du cas Wahiba :

IV-3-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identifications personnelles :

Wahiba est une femme âgée de 51 ans, mère de six enfants, quatre garçons et deux filles. Son niveau d'instruction est primaire (sixième année), elle est femme au foyer, sa situation socio-économique est moyenne.

❖ Les informations concernant le cancer du sein :

Wahiba a accepté de participer à la recherche facilement, elle a été coopérative avec nous, nous avons effectué deux entretiens avec elle durant lesquels elle était pleine d'espoir, très calme, ce qui témoigne un transfert positif de sa part. Concernant sa maladie, elle est la première dans sa famille à avoir cette maladie, elle a vécu une enfance et une adolescence sans aucun problème de santé, elle n'a jamais été hospitalisée, aucune complication jusqu'à l'âge de 50 ans où elle a subi une opération pour une mastectomie dans le sein en décembre 2016 à Tizi-ouzou, pour la découverte elle a dit : « merohagh adyenr talker au hasard housrace lhadja amaken taakeyet latasse ouytakrehara sanrast imaran iwargaziw izret inayed azaka anrouh atvive asmi ealmer bali dlahlakeyer ihalker khalghar tror audamaginata adyes was adhalker sa l'cancer après ougather tkhamemer kane amek adajer daryaw mana sarato lillah adhamedar rabi mrahba swayen idefka » « Pendant une nuit, j'étais allongée dans mon lit au hasard j'ai remarqué une toute petite boule dans le sein gauche mais sans douleurs. J'ai directement déclaré ça à mon mari. Le lendemain, j'ai consulté un médecin spécialisé. Après les

examens et les analyses il m'a demandé de faire une mammographie. Cette dernière a révélé que j'ai le cancer du sein. Au début j'étais trop choquée, j'ai pleuré, car j'ai peur de laisser mes enfants, mais rien ne change, c'est difficile car je n'ai pas imaginé qu'un jour j'aurai le cancer du sein, mais après j'ai accepté mon destin, et j'ai décidé de dire à mes enfants que je suis atteinte d'un cancer de sein. Ces derniers étaient très choqués.

Concernant le traitement suivi, actuellement, c'est la chimiothérapie (la cinquième séance), au cours de cette période de traitement je me sens toujours fatiguée, mal à l'aise, je souffre des effets de la chimiothérapie : perte d'appétit, diarrhée, et stress.

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

Wahiba a continué sa vie quotidienne normale, elle est très courageuse, sociable, elle a une bonne relation avec sa famille et son entourage, ainsi qu'avec ses voisines. elle a déclaré : « tayer idadonithe awlache dacho anakhdem dacho kane hamdolillah veden ghorri warawiw argaziw ama slhadra ama syedriman » « j'ai trouvé de l'aide de la part de ma famille surtout mon mari et mes sœurs que ce soit de l'aide psychologique ou matérielle ». Elle nous a dit : « Je me sens bien, j'ai mon mari à mes côtés. Cela m'a donné beaucoup d'énergie pour combattre cette maladie ». Quant à son comportement, elle a aussi dit : « Rien n'a changé, je suis comme avant, je sors, je visite toute la famille et j'ai un bon contact avec mon entourage ».

❖ Les informations liées à la qualité de vie :

D'après l'entretien que nous avons fait avec notre patiente, nous avons constaté qu'elle a besoin d'autres personnes pour accomplir ses tâches ménagères. Elle a dit : « dacho eyatghiten ozmeghara

adkhdcher f rawiw danchta eyiran oganghara tklekar » « je n’arrive même pas à faire la cuisine à mes enfants, cela me fait souffrir mon état physique est critique, j’ai très mal, et ça me provoque l’insomnie. Je ne dors pas la nuit depuis l’atteinte à nos jours ». Elle est devenue plus anxieuse à cause de ses troubles de sommeil.

IV-3-2 L’analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	80	25	77,5	70,83	64	33,33	30	75	56,95
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°6 montre le degré de la qualité de vie de wahiba qui est atteinte d’un cancer du sein

La qualité de vie globale est distinguée, évaluée à 56,95 en comparant avec le score référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions qui suit : (PF) activité physique (80) qui demeurent très élevée par rapport à la norme qui est (70,61), et dans la dimension (BP) douleurs physique (77,5) pour un score référentiel (70,38) et enfin dans la santé perçue (GH) qui est (70,83) qui est plus élevée par rapport aux scores référentiels qui est (56,93). Bien que dans les dimensions; limitation due à l’état physique, limitation due à l’état psychique et vitalité demeurent très basse

comparativement à la moyenne référentielle. Donc wahiba présente une mauvaise qualité de vie.

Synthèse :

On conclut, à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de questionnaire MOS SF-36 que la patiente a une mauvaise qualité de vie avec un score de 56,95. Le manque d'activité physique, telle que les tâches quotidiennes, et de soutien familial influencent directement sur sa santé.

IV-4 Présentation du cas Farida :

IV-4-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Farida âgée de 38 ans, mariée avec trois filles, enseignante à l'université, diplômée d'un magister en science alimentaire, et actuellement elle prépare sa thèse de doctorat, son niveau socio-économique est excellent.

❖ Information liée a la maladie:

Avant de commencer l'entretien notre patient a attiré notre attention par sa simplicité, son sourire, elle est active, elle parle avec tout le monde dans le service, elle est collaboré avec nous, elle donne même des conseils pour d'autres patientes à la fin de chaque séance.

Au début de l'entretien Farida nous a beaucoup aider par sa compréhension de la langue français, elle nous a donné des réponses bien détaillées, elle nous a dit qu'elle est prête à nous donner toutes les informations nécessaires pour notre travail de recherche. Elle est l'ainée dans sa famille à avoir cette maladie, aucun problème de santé n'a été signalé chez elle jusqu'à l'âge de 38ans, où elle a subit une intervention le 21 novembre 2016 , concernant la découverte de sa maladie elle dit « avec le touché seulement où j'ai senti une petite masse au niveau de mon sein droit, mais je ne sentais aucune douleur, je fais même des massages , et j'ai été en quatrième mois de la grossesse, une semaine après j'avais un rendez vous chez ma gynécologue, elle m'a touché et puisqu'elle est pas spécialisée elle ma dit qu'il faut faire l'échographie, j'ai fait l' échographie mais ils ont pas définit c'est quoi le problème

exactement , le médecin m'a demandé de faire la mammographie après cette analyse encore les médecins n'ont pas confirmé c'est quoi exact, mais il y a comme même des signes, et par curiosité j'ai chercher sur internet , ici j'ai déduis que c'est fort probable que j'ai un cancer du sein, et après j'ai fait la microbiopsie. Puis il s'est avérer que j'ai cette maladie, dans ma tête je me suis préparé un petit peu, donc j'ai pu surmonter le choqe sur place de façon à ne pas être bloquée, mais j'avais peur bien sur, mais j'ai accepté ma maladie, c'est normal tout le monde peut être malade, mais dès que je regarde a mes fille je pleure surtout quant elles veulent jouer avec moi, et que moi je peut pas a cette état je suis hypersensible dans ce côté. Avant mon atteint, cette maladie pour moi représente la mort, mais maintenant tout est différent, d'après mes recherche que j'ai faites ainsi que les traitements que j'ai suivi en faisant à mesure aux développement de la science il faut pas généralise. Les médecins ont rétorqué chaque cas est un cas particulier, et concernant le traitement actuel est la chimiothérapie (5eme séance de chimiothérapie) qui me provoque rarement la fatigue et une fois au lit, allongée ça est, je me sens bien et je m'endors rapidement.

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

En se qui concerne le soutien social et familial de notre patiente d'après l'entretien qu'on a effectué avec elle. Elle raconte « ma famille ils ont réagit plus que moi surtout ma mère, elle souffre beaucoup » « ainsi que mes frères et mes sœurs et les collègues de travail, j'ai reçu de leurs part un aide moral énorme » donc elle a trouvé de l'aide de la part de tout le monde, et chacun comment est ça façon dont ils ont donné. Elle dit que « grâce a ce soutien que j'ai reçu surtout le moral qui est plus important pour moi ou j'ai accepté ma maladie facilement .Donc là je m'oriente toujours vers le coté positive. «la guérisons»

concernant mes comportement a l'intérieur j'ai pas changer même j'ai l'envie a tout.

❖ **Les informations liées à la qualité de vie :**

D'après l'entretien on a remarqué que Farida a besoin d'autre personne pour accomplir ses taches quotidienne, elle disait surtout en ce moment la d'après mon accouchement (38 jour). Même je trouve des difficultés d'en dormis, et de continuer ma thèse de doctorat mais plus tard inchallah j'essayerai de le faire, et en ce moment la pour dépasser tout ces contraintes ya mon bébé sincèrement lorsque je le regarde il m'éclaire tout.

IV-4-2 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	95	25	20	75	64	0	70	100	56,12
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°7 montre le degré de la qualité de vie de Farida qui est atteinte d'un cancer du sein

La qualité de vie globale est perçue à 56,12, elle est inférieure en comparaison avec le référentiel de MOS SF-36 qui est de 64,30. Ce qui manifeste dans la dimension (RP) limitation due à l'état physique dont le score est de (25) pour un score référentiel de 52,92.

D'après les résultats obtenues par MOS SF-36, on est arrivée à constater que la patiente à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 on a constaté que notre cas présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 56.12. Son état est due a l'incapacité physique et au fait qu'elle n'a pas réalisée son souhaite de finir sa thèse de doctorat, malgré la bonne communication avec sa famille, ses collègue, et son entourage.

IV-5 Présentation du cas Karima :

IV-5-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Karima est âgée de 50 ans, mariée avec six enfants dont trois garçons et trois filles, son niveau d'instruction n'a pas dépassé quatrième année moyenne, femme au foyer, avec un niveau socio-économique moyen.

❖ Les informations concernant le cancer du sein :

On a effectué deux entretiens avec Karima durant lesquelles elle était souriante tout au long de la séance, elle a montré un bien être et une bonne humeur ce qui témoigne la présence d'un transfert positif de sa part. Karima n'a aucune maladie auparavant, pour la découverte de sa maladie et sa réaction à l'annonce, elle dit : «imethfok tmaghra yali ili ayer rouha a tkhmtiw adastafor hossras ilhadja zdakhel ntabochtiw mana nwir kan dlkest takarghas wahed nchehar thossogh ilkrih gfossew emirohagh atvive ekhedmeyes les analyses enayed tassit le cancer du sein emaraner hossagh kolché ivadel flir tkhmimer kane f lmout mais argaziw thdaryaw vedden ghouri rouhar Mustapha Bacha alniyir l'opération 2016 kemer gstif chehar khedmmniyir la radiothérapie tora emaken itatwalimet wahi d'la chimiothérapie » « après la fête de ma petite fille au j'ai été trop fatigué je suis allé directement à ma chambre pour me reposer où j'ai remarqué un petite boule au niveau de mon sein gauche je n'ai pas consulté un médecin puisque je croyais que c'était un kyste et rien de grave après un mois j'ai ressenti des douleurs au niveau de mon bras j'arrive pas à le bouger jours après jours les douleurs augmente, après j'ai partir le voir le médecin il ma demande de faire

l'échographie et la mammographie le médecin m'a confirmé que c'est un cancer du sein, au débute j'ai étais choqué, je pense tout le tempe a la mort, mais mon mari et mes enfants m'ont soutenu », après je suis parti a Mustapha Bacha où j'ai fait l'opération le 5 novembre 2016, « après l'intervention je suis restée a Sétif pour une radiothérapie qui a duré un mois et maintenant ça va mieux , pour les antécédent familiaux je suis la première dans ma famille à avoir cette maladie, et avant mon atteinte j'avais peur de cette maladie puisque elle exprime la mort, pour le traitement que j'ai suive acculement c'est (Herceptine, Zomita et plus la chimiothérapie) et cette période des traitements toujours fatigué, j'ai souvent envie de vomir, chute des cheveux, malaise, généralement c'était vraiment difficile. D'après l'entretien on a remarqué malgré elle souffrance des conséquences des traitements mais elle est toujours souriante, elle garde l'espoir de guérir, elle est très courageuse.

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

Karima est une femme sociable, qui a une bonne relation avec son entourage, et ses voisines qui apportent du soutien, et sa belle famille qui assure l'aide moral et matérielle, et grâce au bon soutien, des fois j'oublie carrément que je suis atteinte, pour mes comportement « hossar lakliyaw tchangé mlih ama radryaw ama awrgaziw aralagh tassamat ortafrar orthiber l'baruit » « je ressens beaucoup de changement ,ma mentalité a complètement changé soit avec mon mari ou avec mes enfants, j'ai devenu très froid, je n'aime pas sortir je n'aime pas le mouvement comme avant ». D'après les dires de notre patiente on a remarqué qu'elle cache une grand tristesse a l'intérieur d'elle, perte de gout de vie. D'après son dire « je suis devenu très froide ».

❖ **Les informations concernant la qualité de vie :**

D'après l'entretien on a remarqué que notre patiente a besoin d'autre personne pour accomplir ces tâches quotidiennes, mais elle rajoute : « lhamdolah lan ljiraniw tawaniyir manar souffrir dwawiyir oyatkhrantara adeyner » « mes voisines lui apporte du soutien que se soit pour accomplir les tâches ménagères ou d'autres choses et je me souffre des troubles de sommeil grâce aux médicaments, et quelque fois des cauchemars et je trouve des difficultés de dormir à l'aise, et pour dépasser ces contrainte je regarde la télévision, j'écoute le coran ».

IV-5-2 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	45	25	50	50	44	33,33	50	50	43,41
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°8 montre le degré de la qualité de vie de Karima qui est atteinte d'un Cancer du sein

En se référant aux scores parvenus de questionnaire MOS SF-36, la qualité de vie globale de Karima est estimée à 43,41, elle est très basse comparativement au score référentiel 64,30. Evaluation bien exprimée dans les huit dimensions qui montre la dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyennes référentielles du SF-36, qui veut dire que la qualité de vie de Karima d'après les résultats obtenus, on est arrivée à souligner qu'elle a une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

En guise de synthèse, on a constaté d'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que notre cas présente une mauvaise qualité de vie psychique et physique avec un score 43,41 car elle souffre des difficultés dans sa vie quotidienne et elle devenu très froide et anxieuse.

IV-6 Présentation du cas Fatiha :

IV-6-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Fatiha est une femme âgée de 45 ans, femme au foyer, mère de trois enfants, dont deux garçons et une fille, elle est analphabète, d'un niveau socio-économique inférieure à la moyenne.

❖ Information concernant le cancer du sein :

On a effectué deux entretiens avec Fatiha, durant lequel, elle était souriante et une bonne humeur, tout au long de la séance, ce qui témoigne la présence d'un transfert positif.

Fatiha n'est pas la première dans sa famille à avoir cette maladie, elle a sa tante, qui a subi une opération en octobre 2016. En ce qui concerne la découverte de sa maladie, elle nous a dit « yiwén was ilgh diwichagh houssagh amaken thela elhadja chghoul natakayeth zdakhel ntabouchthiw tazlmate mana ouythakrihara imaren takharghasken après taadayen wassane kan thoussar tkarhiyer irna takayten tabzey imerane dassah ougader mlih après imerohar a tvice khadmmaghd l'échographie d'ammamographie inayed madame tsit le cancer du sein inayed kane akka ayeter ababi eydefkene choquer imaraner troutr troutr gomar adhabssane imatawane khalar mlih tayer thedarba tamokranet » « lors d'une douche, j'ai senti que j'ai une petite boule dans le sein gauche, je ne lui ai pas donné de l'importance, mais jour après jour la boule a commencé à s'agrandir, et j'ai commencé à sentir une douleur et une modification de la taille de mon sein, et j'ai commencé à m'inquiéter, et c'est suite à cela que j'ai consulté un médecin, qui à son tour m'a

demandé de faire une échographie et une mammographie à Tizi ouzou, où il a confirmé que j' ai le cancer du sein », d'après ce que Fatiha nous a rapporté, on comprend que celle-ci à été très affecté par l' annonce de cette maladie, elle a été choqué, et a eu du mal a accepté cette nouvelle, actuellement elle est traité par chimiothérapie (le jour de l'entretien a été sa deuxième séance de chimiothérapie), elle nous décrit les effets de celle-ci en disant: « c'est fatigant, je souffre de vomissement, je sens que ma tête tourne , et je suis tout le temps stressé ».

❖ Information concernant le soutien social et familial :

Fatiha nous confie qu'elle est assez soutenu ma sa famille , particulièrement son marie et ses enfant « eved argaziw a rtamaw mlih ifkayed tamawna gkoliche madfagrah issroussayed laklew rass akane onassara arnoyess saer ili tabasstouhtiw athetadarar thwaj tmawna yedriman mana ayene imeyazre ikhadmeyethe » «gassmier ihalkaer outhiberara adazrer libad ssakssayened flahlakew » « mon marie est toujours a mes cotés, il me soutien moralement, il me donne de courage, malgré que nos conditions économiques ne sont pas satisfaisantes, en plus on a une fille handicapée physique qui a besoin d'aide matériellement. En ce qui concerne mes comportement je m'énerve facilement, je ne suis pas comme avant, je n'aime plus sortir, les gens me font énérvé avec leurs questions, ils cherchent toujours a comprendre propos de mon états de santé, et pour cette raison j'évite au max les situations où je dois être en contacte avec les autres.

❖ Information concernant la qualité de vie :

D'après l'analyse qu'on a fait avec Fatiha, on a constaté qu'elle est devenu plus angoissée, elle a des troubles de sommeil, elle pense tout le temps à l'avenir de sa petite fille handicapée, elle se demande comment

elle va s'en sortir si jamais elle meurt. Lorsqu'on a demandé à Fatiha si elle avait besoin d'être assistée pour les tâches ménagères, elle nous affirme que oui, et nous dit « thossar toujours fkragh tnormayer dacho iyatgheten akther dili amek arasthatour maramther manhor arveden ghorass deyenken facho itkamemer » les difficultés qui me vraiment touchée c'est que j n'arrive pas a faire attention a ma fille qui a 7ans a cause de mon états physique, j n'arrive même pas a dépasser mes contrainte, d'après les dire de notre patiente on a remarqué que l'état de santé de sa fille a influencé plus en plus a sa vie physique et psychique.

IV-6-2 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	35	25	67,5	58,33	40	0	45	75	43,22
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°9 montre le degré de la qualité de vie de Fatiha qui est atteinte d'un Cancer du sein

La qualité de vie globale est perçue évaluée à 43,22 est basse en comparaison avec le score moyen référentiel de MOS SF-36 qui est de 60,30. Evaluation bien exprimée dans les dimensions suivants : (SF) relation avec les autres est (75), (BP) douleurs physique est (67,5), (GH) santé perçue est de (58,33), et une dégradation des niveaux de ces dimensions : la dimension (RE) limitation due à l'état psychique (0), la

dimension (RP) limitation due à l'état physique est (25), et enfin la dimension (PF) activité physique est (35).

D'après la cotation des résultats obtenus par MOS SF-36, on est arrivé à constaté que la patiente à une mauvaise qualité de vie(-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 et avec un score de 43,22 que notre patiente présente une mauvaise qualité de vie, cela renvoi a l'impact négatif de la maladie ainsi que la charge de sa petite fille handicapé.

IV-7 Présentation du cas Malika :

IV-7-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Malika est une femme âgée de 46 ans, femme au foyer, mariée, ayant une fille, elle est analphabète, et son niveau socio-économique inférieure à la moyenne.

❖ Les informations concernant le cancer du sein :

Avant de commencé l'entretien on a remarqué que Malika s'est montrée triste, et angoissée, son visage paraissait soucieux, elle est répondait à nos questions difficilement au début de l'entretien, mais après quelque minutes de présentation de notre but de recherche, on a pu gagner sa confiance Malika, et elle a manifesté une envie d'exprimer ses préoccupations.

Malika a vécu son enfance sans aucun problème de santé jusqu'à l'âge de 41 ans où elle était hospitalisée pour deux jours à cause d'une hyper-tension, c'était en 2012, et c'est à ce moment-là qu'ils ont découvert sa maladie, elle nous a dit à propos de cela : « f hadak iwaket kanet saa tnache ta lil kont ana w benti naymine kadam lkhzana kihazet znazla khofté ttih alina lkhzana après ki nodt gassatni lkhzana f sadri aya khalito kolte makane walo chiya ster berk après thelthe chhour bda ster yawjar fiya rouht polyclinique darte l'échographie w mammographie a akbou tbib kali andek le cancer du sein chokit bkit khlat kali lazem tdiri opération direct dret l'opération w kima rakom tchofo dork » « c'était en 2013, à minuit je dormais avec ma fille à côté de l'armoire, il y a eu un tremblement de terre, et j'ai eu peur qu'elle tombe sur nous, je me suis

levé et j'ai heurté l'armoire, c'était au niveau de ma poitrine, j'ai eu un peu mal mais je me suis dite que c'est juste une petite douleur et ça va passer, mais durant trois mois j'avais de plus en plus mal, j'ai consulter un médecin et il m'a demander de faire l'échographie et une mammographie, et puis le médecin m'annonça que j'avais le cancer du sein, cette nouvelle m'avait vraiment choqué, j'ai eu très peur, et j'ai pleuré, il m'avait dit aussi que je devais me faire opéré, et c'est se que j'ai fait sans trop tarder et voila mon état maintenant», d'après c'est dire, on a remarqué que Malika avait utilisée le mécanisme d'évitement et elle était dans le déni, mais qu'elle avait fini par accepter sa maladie. Malika s'est fait opéré en août 2013, elle a fait de chimiothérapie (six séance de chimiothérapie), puis une radiothérapie a Blida pendant 70 jours, une année après le médecin lui avait demandé de faire un scanner, et lui a annoncer suite à cela qu'elle avait une tumeur au paumons et une autre au foie. Et actuellement elle est sous traitement et elle nous dit à propos de cela : «je souffre beaucoup des effets de la chimio, c'est très fatigant, je me sens tout le temps faible, perte d'appétit, chute des cheveux, des douleurs tout le temps .

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

En ce qui concerne le soutien social et familial de notre patiente. Malika raconte « mandi hatawahed rajli mat w yama matet bsah kayni, l'habab rabi jirani wakfo maya w kayna wahda association hna f Bejaia wassamha dalya awnatni ykater khirhom » « j'ai personne a mes coté, mon marie il est mort ainsi que ma mère , j'ai trouvé l'aide de mes voisines qui on tout le temps derrière moi (l'aide morale, et financière), il ya aussi une association ici a Bejaia qui s'appelle dalya a sidi ahmed qui ma soutenu matériellement et ça que me fait le courage a suivre les traitements », et pour ses comportement après l'atteinte est

changée d'après c'est dire : hyet kamel tbadlet f kolcher walit ntkelek manhache lhass » ma vie a complètement changée dans tous les cotés elle est devenue très nerveuse, angoissée, « je ne supporte pas ni le bruit ni le mouvement », et d'après c'est dire on a remarqué qu'elle est traumatisée.

❖ **Les informations concernant la qualité de vie :**

D'après l'entretien qu'on a effectué avec Malika on a remarqué qu'elle a besoin d'autre personne pour accomplir ses tâches quotidiennes surtout en ce qui concerne le ménage « ntkelek ki manchofche kolche f plasto, walit nrgod rir dwa, mahtaja l'drahem, w bache nanssa kamel nrouh ntwatha w nsali ndé l'rabi » « mon état de santé elle n'est pas capable, et moi je m'énerve quand je ne vois pas tout propre et dans sa place, je dors avec des médicaments et je trouve des difficultés dans le côté matérielle, et pour dépasser ces contraintes je reste toujours prier au bon dieu » .

IV-7-2 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	80	25	77,5	70,83	64	33,33	30	75	56,95
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°10 montre le degré de la qualité de vie de Malika qui est atteinte d'un cancer du sein

Après le dépouillement de questionnaire de qualité de vie, on constate que la qualité de vie globale de Malika est mauvaise d'un score 41,18 en comparaison avec le score référentiel de MOS SF-36 qui est de 64,30, qui veut dire l'évaluation est bien exprimée dans les huit dimensions qui est très basse par rapport à la norme.

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que notre patiente présente une qualité de vie mauvaise avec un score de 56,95 cela est due a l'absence de la force physique et au manque de moyen financier.

IV-8 Présentation du cas Baya :

IV-8-1 L'analyse de l'entretien clinique :

❖ Identification personnelles :

Baya est une femme âgée de 65 ans, mariée, mère de 12 enfants (4 garçons et 8 filles), femme au foyer, son niveau socio-économique moyenne, son niveau d'instruction est primaire (3 ans pendant la période de la guerre, et 3 ans après l'indépendance).

Baya a vécu sa vie sans aucun problème de santé , elle n'a jamais été hospitalisée jusqu'à l'âge de 53 ans ou elle a subi une opération en Mars 2005 pour une mastectomie à cause d'un nodule du sein droite et gauche ellenous dit: «qqimagh yiwen was hossar lhadja tbikyed am atzizwethe zedakhel ntbochtew rouh atvive après khemmaghed l'échographie madame inayed matasait hade glafamille issa le cancer du sein nerass tala anti inayed ihi thalket le cancer du sein ilaqam l'opération direct nirass khonwi igasran okhliorghara normal lhlak amlahlak niten rabi ithdfkane dnata athekssane mrahba swayen idifka »
« Baya a découvert sa maladie l'un des jours ou elle consulter un médecin, dont il lui a demandé de faire quelque analyse, d'après ce dernier le médecin lui à annoncé qu'elle est atteinte d'un cancer du sein, Baya a accepter son aucun réaction, et pour les antécédentes familiaux sa tente du coté de son père est touchée par la même maladie mais elle nous a dit qu'elles ne savent pas jusqu'à après son opération. Elle a fait 27séances de chimiothérapie, et son traitement actuel est l'herceptine qui a provoqué certaine complication comme la perte d'appétit, la

fatigue, la chute des cheveux, la peur, elle n'arrive pas à marcher, et elle souffre des troubles de sommeil.

❖ Les informations concernant le soutien social et familial :

Pendant l'entretien qu'on a effectué avec notre patiente est que malgré que sa famille au début sont trop choqué à l'annonce de la maladie, mais après elle raconte « gthazwara khalan mlih mais après hamdoullah ofirthene akthe arthemaw surtout issir veddent ghouri aawnetiyer selhedra laali khemmennyid l'courage iwaken athetough lahlekiw » « j'ai reçu d'aide de leur part dans tout les cotés, et ce qui est très important pour moi le coté moral où j'ai trouvé mes filles autours de moi ce qui ma donner d'énergie et de courage pour avancer et oublier même que je suis malade ».elle rajoute « c'est une maladie normal comme les autres maladies ».d'après c'est dire on a remarquer qu'elle est une femme courageuse, sociable, et plein d'espoir au point qu'elle attend un jours tout va passée et que sa santé revient comme avant. Concernant son comportement elle aussi dit « rien n'a changé, je suis comme avant ».

❖ Les informations concernant la qualité de vie :

D'après l'entretien avec notre patiente sa vie est changé complètement, elle est toujours besoin d'autres personnes pour accomplir ces tâches quotidiennes a cause de sont état physique, et elle souffre des troubles de sommeil, d'après ces dire « ozmirghara adyner orlimragha mayela thedwawine nagh dayen niten » « je ne dors pas et je ne savais pas pour quoi si à cause des médicaments que je suive ou bien d'autre choses ». Et pour dépasser ces contraintes et d'après ces dire on a remarqué qu'elle fait le moindre des choses cela Just pour éviter d'être seul et de pensée à son état.

IV-8-2 L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	25	50	30	12,5	40	0	20	37,5	26,87
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Tableau n°11 montre le degré de la qualité de vie de Baya qui est atteinte d'un cancer du sein

La qualité de vie globale est perçue jaugée à 26,87, elle est très basse en comparaison avec le score référentiel MOS SF-36 qui est de 64,30. Evaluation bien exprimée, surtout dans la dimension (RE) limitation due à l'état psychique estimé à (0) face a la norme qui est (65,78), et une dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyennes référentiels du SF-36, ce qui signifie l'impact négatif de la maladie sur la qualité de vie Baya.

D'après les résultats obtenus, on est arrivée à soutirer que la patiente à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que notre patiente présente une qualité de vie mauvaise avec un score de 26,87. Cela est due a son incapacité physique qui influence directement sur son état psychique.

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Selon les résultats obtenus et après avoir présenter les (08) cas de notre étude. Cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude porté sur « la qualité de vie chez les femmes atteinte d'un cancer du sein opéré ».

A partir des données recueillies dans l'entretien semi-directif réalisé avec notre population d'étude au niveau de service d'oncologie a l'hôpital d'Amizour, ainsi que l'analyse de questionnaire MOS SF-36 nous allons faire ressortir que l'hypothèse : « la qualité de vie des femmes cancéreuses du sein n'est pas satisfaisante dans les domaines physique et psychique » est confirmée.

Tableau n°12 : récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Prénom	Qualité de vie physique	Qualité de vie psychique	Qualité de vie globale	L'estimation de la qualité
Nadia	65,62	55,08	60,35	Mauvaise
Zineb	65,62	51,37	58,5	Mauvaise
Wahiba	63,33	50,58	56,95	Mauvaise
Farida	53,75	58,5	56,12	Mauvaise
Karima	42,5	44,33	43,41	Mauvaise
Fatiha	46,45	40	43,22	Mauvaise
Malika	39,16	43,20	41,18	Mauvaise
Baya	29,37	24,37	26,87	Mauvaise

A partir des données situées dans le tableau ci-dessus, toutes les moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle

(64,30%). Mais il ya eux une dégradation dans les niveaux obtenus ce qui signifie chaque cas est un cas particulières. De ce fait nous avons huit cas dont 5/8 présentent une bonne qualité de vie physique par rapport à la qualité de vie psychique sont : Nadia, Zineb, Wahiba, Fatiha, Baya, et 3/8 présentent une mauvaise qualité de vie physique en comparaison avec la qualité de vie psychique sont : Farida, Karima, Malika

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que les femmes de notre groupe d'étude ont une bonne qualité de vie psychique par rapport à la qualité de vie physique. En finale, nous sommes arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Le cancer du sein, comme tout cancer reste une maladie potentiellement mortelle. Cette terrible nouvelle bouleverse la vie de nombreuses manières.

Dans notre recherche, on a tenté d'étudier la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein opéré. Et cette notion de la qualité de vie reste très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun, bien portant ou malade, à une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre.

La qualité de vie liée à l'état de santé évalue donc les répercussions de la maladie et de son traitement, perçues par le patient dans les différentes dimensions de la vie et sur son état de bien être.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier l'hypothèse souligner au début de la recherche, nous avons limité notre travail à (08) cas à l'hôpital d'Amizour dont on a fait recours à la méthode clinique qui nous a permis l'étude approfondie et individuelle des sujets, et l'entretien clinique (semi-directif) pour rassembler les données nécessaire, et le questionnaire généraliste MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie des sujets atteints.

Dans cette étude on a déterminé l'étude sur la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein opéré, et cela nb peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études dans le même contexte sous un autre angle tell que : la qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein, la qualité de vie et stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein.

Liste bibliographique

La liste des ouvrages :

1. BATES B, (2010), « **Guide de l'examen clinique** », Arnette, France.
2. BENZDANE N, (2004), « **Cancer du sein, diagnostic et traitement** », édition O.P.U, Alger.
3. BOUVENOT G, VRAY M, (2006), « **Essais cliniques-théorie, Pratique et critique** », 4^e édition, Paris.
4. BLANC B, SIPROUDHISL, (2005), « **Pelvi- Périnéologie** », Springer-Verlag France.
5. BRIANÇON M, (2007), « **Qualité de vie et maladie rénales chroniques** », John Libbey Eurotext, Paris.
6. CHAHRAOUI K H. et BENONY H, (2003), « **Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique** », édition Dunod, Paris.
7. CHASSANY O, CAULIN C, (2003), « **Qualité de vie liée à la santé: critère d'évaluation** », Springer-Verlag France, Paris.
8. CHEVALIER J, (1992), « **Administration de l'entreprise** », Dunod, Paris.
9. FERNANDEZ L ET CATTEEUW M, (2001), « **la recherche en psychologie clinique** », édition Nathan, Paris.
10. FISCHER G-N, (2009), « **traité de psychologie de la santé** », édition Dunod, Paris.
11. GUMUCHIAN H ET ALL, (2000), « **Initiation à la recherche en géographie : Aménagement développement territorial, environnement** », édition ECONOMICA, Paris.
12. LAVARDE A.M, (2008), « **Guide méthodologique de la recherche en psychologie** », édition de boeck, Belgique.
13. LLORCA P.M, (2001), « **Les psychoses** », John Libbey Eurotext, Paris.
14. LORIOT Y ET MORDDANT P, (2001), « **Cancérologie** », édition Masson, France.
15. MADELEINE G, (2001), « **méthode des sciences sociale** », édition Dalloz, Paris.
16. MERIC J. B, ZELEK L, KHAYAT D, (2004), « **Guide pratique de cancérologie** », 3^e édition, Masson, Paris.
17. MIGNOTTE H, (2011), « **Maladies du sein** », 2^e édition, Masson, Paris.
18. NEVID ET ALL, (2009), « **Psychologie** », 7^e édition, Pearson Education France.

19. RAZAVI D, DELVAUX N, (2002), « **Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille** », édition Masson, Paris.
20. ROCHE N, SIMILOWSKI T, (2007), « **Qualité de vie et BPCO** », John Libbey Eurotext, Paris.
21. SAGLIER J ET ALL , (2003), « **Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien** », 3^e édition, Masson, Paris.
22. WESTEND, (2000), « **psychologie : pensée, cerveau et culture** », édition de boeck université, Paris.

Liste des dictionnaires :

1. DAMART A, (2008), « **Larousse médicale** », Paris.
2. GARNIER D, (2009), « **Dictionnaire illustré des termes de médecine** », Malonie, Paris.
3. DICTIONNAIRE, (2013), « **LE PETIT LAROUSE ILLUSTRÉ** », édition, Paris.

Liste des thèses :

1. ACHACHERA A, (2015), « **Handicap de l'enfant et l'impact sur la qualité de vie des patient en Algérie : Validation d'un instrument** », Université Paul Valéry-Montpellier.
2. BERCIER S, (2003), « **Qualité de vie, caractéristiques socio-démographiques et réalisation d'examen complémentaire chez les femmes traités ou non par THS** », Université Paris val de marne.
3. BOUDOUDA N.E, (2013), « **les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : concept de soi et qualité de vie** », Université Nancy.
4. CHRISTINE R, (2011), « **Qualité de vie et Fatigue en cancérologie** », Université Henri Poincare.
5. DELPHINE K, (2001), « **Qualité de vie et réinsertion à long terme après un cancer du sein en France** », Université Strasbourg.
6. GALLON E, (2012), « **Cancer du sein et sentiment de guérison : impact de l'hormonothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopause** », De l'Université Aix-Marseille I.
7. MAXNADIR M, (2008), « **Activité anti-invasives et anti -prolifératives du récepteur alpha des œstrogènes dans les cancers du sein** », Université Montpellier I- UFR Médecine.

8. TAZOPOULOU E, (2008), « **Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire** », Université Paris 8.

Annexes

ANNEXE I :

Guide d'entretien

Axe 1 : identification personnelles :

1. Nom :.....
2. Age :.....
3. Situation familial : Marie Divorcée Célibataire
4. Nombre d'enfants :.....
5. Niveau d'instruction :.....
6. Niveau professionnelle :.....
7. Niveau socio- économique :.....

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du sein :

1. Avez-vous rencontre d'autre maladie que celle dont vous souffrir actuellement ?
2. Comment avez-vous appris que vous avez le cancer du sein ?
3. Et quel est votre réaction ?
4. Avez- vous d'autre personne dans votre famille qui a cette maladie ?
5. Que représente pour vous cette maladie avant votre atteinte ?
6. Quel est votre traitement suivre actuellement ?
7. Est-ce que vous pouvez me raconter comment vous le vivez cette période de traitement ? et quel est votre réaction suite à effets ?
8. Pouvez- vous me dire qui vous accompagne pendant la période de Traitement ?
9. Quel sont les complications qui ont accompagné votre maladie aujourd'hui ?

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial :

1. Comment votre famille réagit elle face à votre maladie ?
2. Est-ce que vous avez obtenu de l'aide oui / non si c'est oui de la part de qui ?
3. Quel type d'aide vous avez reçu de leur part ?
4. En quoi le soutien peut t'il aide à faire face à la maladie ?
5. Est-ce que vous avez ressentir un changement dans vos comportement relation avec autrui ?
6. Est-ce que vous voyez que votre comportement est changé commentez ?

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie :

1. Est-ce que vous pensez que vous êtres besoin d'autres personnes pour accomplir vos taches quotidiennes ?
2. Est-ce que cette maladie influence sur votre sommeil ?
3. Est-ce que vous recentre un changement après votre atteinte ? si c'est oui alors dans quel coté ?
4. Est ce que cette maladie provoque des obstacles pour vous ?

ANNEXE II :

QUESTIONNAIRE GENERALISTE MOS SF-36 (QUALITE DE VIE)

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

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

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

Aujourd'hui ?

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

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

Pire qu'il y a un an ___

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

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

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

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

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

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

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

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

h. Marcher plus de 500 mètres

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

i. Marcher seulement 100 mètres.

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

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

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

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

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

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

	Oui	Non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement		

que d'habitude ?		
------------------	--	--

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

voisins ou d'autres groupes ?

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Pas du tout très peu assez fortement énormément

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

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Pas du tout très peu assez fortement énormément

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

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓
Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

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

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

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

b. étiez-vous très nerveux ?

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

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

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

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

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

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

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

d. mon état de santé est excellent.

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