



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE
SOUS LE THEME

La résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux

**(Étude pratique de six cas réalisés à
l'association Tuderth d'Amizour)**

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

Préparé Par :

AIT ATMANE Nawel

AMIROUCHE Sonia

Encadré Par :

Dr. BENCHALLAL

Abdelouahab

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020/2021

Remerciement

Nous tenon à remercier en premier lieu, notre encadreur Mr Benchallal, pour ses conseils et ses orientations qui nous ont permis de bien mener ce travail.

On remercie également tout le personnel de l'association d'aide aux malades cancéreux « tuderth » d'Amizour, sans oublier le président de l'association Mr Zenati Razik.

On remercier les mamans des enfants cancéreux qui nous ont donnés les renseignements nécessaires qui nous ont permis d'accomplir ce travail.

On remercie Mr Bouzera Nabile pour son aide et son soutien durant notre recherche.

En fin

Nous remercions toutes les personnes, qui ont collaborées de près ou de loin dans la réalisation de ce travail, et qui nous ont orientées, conseillées ou influencée.

Dédicace

C'est avec une pensée pleine de reconnaissance, d'amour et de la gratification que je dédie ce modeste travail :

La mémoire de mon cher père et mes chers grands-parents qui nous ont quitté que dieu le tout puissant l'accord dans son vaste paradis.

Ma chère mère qui a veillé à toujours me donné le meilleur.

Mes frères : Abd Rahman et Wassim

Mes sœurs : Katiba, Hania, Sylia et Sabrina

Mes très chères nièces : Mélina et Rétadj

Mes copines Sonia et Lamia

Tous mes amis

Mon encadreur Mr Benchallal

Toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail

Sans oublier les mamans d'enfant cancéreux

Nawel

Dédicace

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

Travail en signe de respect et de remerciement :

*A mes parents qui m'ont donné la vie, la foi et l'amour et qui ont toujours été
à mes côtés avec leur tendresse et leur soutien.*

Mon frère : Ahmed

Mes sœurs : Sabrina, Amel, Sisa et Hafsa.

Ma très chère nièce : Nadine.

Mes neveux : Aymen et Axel.

*A ma belle-famille plus particulièrement à mon cher fiancé, et ami fidèle qui
m'a assisté dans les moments difficiles je suis très reconnaissante.*

A tous les membres de l'association « Tudert » d'Amizour pour qui je

Souhaite une grande réussite.

A mes amies : Nawel, Lamia, Cécilia...

*Merci pour votre présence et votre réconfort dans les moments joyeux et tristes
de la vie, je vous témoigne mon amitié toujours vivante.*

Sonia

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

L'RS-R : L'échelle de résilience révisée.

GFAOP : Groupe Franco-Africain d'oncologie.

QI : Quotient Intellectuel.

EBV : Virus d'Epstein-Barr.

HBV : Virus de l'Hépatite B.

RET: Résistance Evaporative Thermique.

BRCA: Breast Cancer.

APC : Adenomatous Polyposis Coli.

ADN : Acide Désoxyribonucléique.

ARN : Acide Ribonucléique.

GO : Gynécologie Obstétrique.

LAL : Leucémie Aigue Lymphoblastique.

LAM : Leucémie Aigue Myéloïde.

NK : les cellules Naturel Killer.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

LA LISTE DES TABLEAUX

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Caractéristique du groupe de recherche	48
Tableau N°2	Résultats de Mme Fatima à l'RS-R	60
Tableau N°3	Résultats de Mme Malika à l'RS-R	64
Tableau N°4	Résultats de Mme Aicha à l'RS-R	68
Tableau N°5	Résultats de Mme Karima à l'RS-R	72
Tableau N°6	Résultats de Mme Fadhila à l'RS-R	76
Tableau N°7	Résultats de Mme Nadia à l'RS-R	80
Tableau N°8	Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'RS-R	88

LISTE DES ANNEXES

Annexe	Titres
Annexe N°1	Le guide d'entretien
Annexe N°2	L'échelle d'RS-R
Annexe N°3	Cas N° 1 à l'RS-R
Annexe N°4	Cas N° 2 à l'RS-R
Annexe N°5	Cas N° 3 à l'RS-R
Annexe N°6	Cas N° 4 à l'RS-R
Annexe N°7	Cas N° 5 à l'RS-R
Annexe N°8	Cas N° 6 à l'RS-R

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
La problématique.....	3
Les hypothèses	8
Définition et opérationnalisation des concepts.....	9

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : La résilience

Préambule.....	11
1. Définitions.....	11
2. Histoire du concept de résilience.....	12
3. La résilience selon différentes approches.....	13
3.1. L'approche cognitive comportementale.....	14
3.2. L'approche médicale en santé publique.....	14
3.3. L'approche psychanalytique.....	14
4. Les étapes du cheminement résilience.....	15
4.1. La confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique.....	15
4.2. Intégration, élaboration et reprise d'un néo-développement.....	16
5. Les facteurs de risque.....	16
5.1. Les facteurs de risque relatifs à l'environnement externes.....	16
5.2. Les facteurs de risque relatifs au sujet.....	17
6. Les facteurs de protection.....	17
6.1. Les facteurs de protection relatifs à l'environnement externes.....	17
6.2. Les facteurs de protection relatifs au sujet.....	18
7. Les caractéristiques de processus mental résilient.....	19
7.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi.....	19
7.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité.....	19
7.3. Un répertoire d'approches de résolution sociale.....	20
8. Méthode d'évaluation de la résilience.....	20
Synthèse.....	22

Chapitre 2 : Le Cancer

Préambule.....	23
1. Définition.....	23
2. Histoire du cancer.....	24

3.	Les cancers les plus fréquents	25
3.1.	Cancer du poumon.....	25
3.2.	Cancer du sein	25
3.3.	Cancer de colon	26
3.4.	Cancer du col d'utérus.....	26
3.5.	Cancer de l'œsophage	26
3.6.	Cancer des vois aéro-digestives supérieure.....	26
4.	Les facteurs de risque	27
4.1.	Physiopathologie	27
4.2.	Facteurs environnementaux.....	27
4.3.	Facteurs endogènes.....	30
5.	Les besoins des malades	30
5.1.	Les besoins organiques.....	31
5.2.	Les besoins psychologiques	32
5.3.	Les besoins sociaux	33
6.	Problèmes psychologiques	33
7.	Prise en charge.....	34
7.1.	Chirurgie.....	34
7.2.	Radiothérapie.....	35
7.3.	Chimiothérapie	35
7.4.	Hormonothérapie.....	36
7.5.	Immunothérapie.....	37
	Synthèse	37

Chapitre 3 : L'enfant cancéreux et sa famille

	Préambule.....	38
1.	Définition du cancer pédiatrique	38
2.	Le cancer le plus fréquent chez les enfants de (05-15ans)	38
2.1.	Définition de la leucémie.....	38
2.2.	Les causes du cancer	39
2.3.	Les types de leucémie chez l'enfant.....	39
2.4.	Les symptômes	39
2.5.	Traitements.....	40
3.	Le vécu psychologique de l'enfant cancéreux.....	41
3.1.	Impacts de la maladie sur la vie de l'enfant	41
3.2.	Les réactions psychologiques de l'enfant face à sa maladie.....	41
4.	L'impact du cancer de l'enfant sur la famille.....	43
4.1.	L'annonce du cancer.....	43

4.2. Les réactions de la famille face à la révélation du cancer de leur enfant	43
5. Le partage des rôles et des responsabilités au sein de la famille	44
Synthèse	45

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 4 : La méthodologie de recherche

Préambule.....	46
1. Méthode utilisée dans la recherche.....	46
1.1. La méthode descriptive.....	46
1.2. Etude de cas.....	46
2. Lieu de la recherche	47
3. Groupe de recherche.....	48
4. Les critères de sélection.....	48
4.1. Les critères d'inclusion.....	48
4.2. Les critères d'exclusion.....	48
5. Les outils de la recherche	49
5.1. L'entretien clinique	49
5.2. L'entretien semi-directif.....	49
5.3. Le guide d'entretien.....	50
6. Définition et application de l'échelle	50
6.1. Définition et application de l'échelle de résilience de Wagnild & Young	51
6.2. La consigne.....	51
6.3. Le mode de passation	51
6.4. Le score	52
6.5. Validité de L'ER	52
7. Le déroulement de la recherche.....	53
7.1. La pré-enquête.....	53
7.2. Les Attitudes du clinicien.....	54
7.3. L'enquête.....	55
7.4. Limites et difficultés rencontrées	56
Synthèse	56

Chapitre 5 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.....	57
1. Présentations et analyse des résultats	57
Cas N°1	57
Cas N°2	61

Cas N°3	65
Cas N°4	69
Cas N°5	73
Cas N°6	77
2. Discussion et analyse des hypothèses.....	82
Synthèse	88
Conclusion.....	90
Références bibliographiques	92
Annexes	

INTRODUCTION

L'être humain peut confronter à des événements traumatiques qui peuvent toucher l'intégralité physique et psychique, que ce soit la sien ou celle d'autrui, lorsqu'un événement inhabituel survient il peut s'agir d'un accident personnel, de celui d'un proche, mais tout aussi bien d'un événement collectif.

Les réactions menées face à ces événements différents d'une personne à une autre ; il y'a celles qui font face et s'adaptent facilement, en revanche d'autres qui ne s'adapte pas face à l'intensité de l'évènement qui peuvent réagir en déprimant, en repliant sur soi ou encore tombant physiquement malade, ou tout cela à la fois.

Les personnes qui sont capable de surmonter un événement traumatique, sont qualifiées par la psychologie clinique, des personnes résilientes. En revanche celles qui ne peuvent pas dépasser et manipuler l'évènement, sont qualifiées des personnes non résilientes.

De ce fait la résilience ne se résume pas à une procédure adaptative face au danger. Elle implique que le sujet puisse se reconstruire et reprendre un développement malgré l'adversité, ce qui suppose le ressaisissement de soi après un traumatisme.

Par ailleurs, dans notre recherche l'objectif est de découvrir le niveau de la résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux. Autrement dit, c'est de savoir comment ces mamans agissent-elles et réagissent pour surmonter l'intensité de cet évènement, et quels sont les stratégies qu'elles utilisent pour être résilientes.

D'après les recherches effectuées et les différentes lectures sur ce sujet, la sélection des cas s'est précisée sur les mamans ayant un enfant cancéreux.

L'annonce d'une maladie grave tels que le cancer touchant un enfant provoque un bouleversement complet au sein de la famille. Elle est souvent confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. En effet les personnes les plus touché face à cet évènement sont les mamans, en tant que les plus sensibles, ainsi que c'est plus facile pour elles de savoir de quoi il est besoin, car elles sont toujours à leurs côtés.

Ainsi que, les enfants se servent de leurs mères comme une base de sécurité, selon Freud la mère est le premier et le principal objet pour l'enfant. Ce dernier commence à tout recevoir de sa mère et reste sous sa dépendance sur le plan des soins, nourriciers et affectif, mais aussi sur celui du sensoriel.

Afin de réaliser les objectifs et concrétiser la question de recherche nous avons tracé un plan de travail, qui se compose de deux parties complémentaires, une première partie théorique et la deuxième partie pratique.

La partie théorique est organisée en trois chapitres, le premier chapitre aborde le thème de « la résilience » qui contient les définitions, histoire de concept résilience, les différentes approches de la résilience, les étapes de cheminement de résilience, les facteurs de risque, les facteurs de protection, les caractéristiques de processus mental résilient, et enfin méthode d'évaluation de la résilience.

Le deuxième chapitre est « le cancer », ce chapitre consacré définitions, histoire de cancer, les cancers les plus fréquents, les facteurs de risque, besoin des malades, problème psychologique, enfin la prise en charge du cancer.

Le troisième chapitre est « l'enfant cancéreux et sa famille » aborde le cancer le plus fréquent chez l'enfant, le vécu psychologique de l'enfant cancéreux, l'impact du cancer de l'enfant sur la famille, et enfin le partage des rôles et des responsabilités au sein de la famille.

La partie pratique est divisée en deux chapitres : le premier comprend la description des méthodes et techniques utilisées, le second chapitre comporte l'analyse, l'interprétation et discussion des résultats de la recherche.

La problématique

De nos jours, avoir un problème de santé devient de plus en plus un risque pour la vie humaine, une maladie fait partie de la vie de chacun de nous, elle touche n'importe quelle personne à n'importe quel âge et ça peut être passager ou chronique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) « les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsable de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathie, accidents vasculaires cérébraux, diabète, cancer, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde ». (OMS, 2019)

Parmi les maladies chroniques, on trouve le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique. Le terme cancer recouvre un vaste ensemble de maladies, cataloguée selon les cellules et les tissus à partir desquels les cancers se forment. La tumeur développée dans un organe va se greffer à distance sur d'autres organes, en passant par les voies lymphatiques ou sanguines, ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastases. <https://www.larousse.fr>

Le cancer dispose de plusieurs facteurs : ils sont appelés cancérigènes, ou cancérogènes. Ces facteurs peuvent être héréditaire :(cancer du sein familial, polypose adénomateuse familial) Environnementaux : tabac (cancer de poumons, de la vessie et de l'utérus), alcool (cancer pancréas, de foie, et de sein. Alimentation : la consommation d'aliments salés ou fumés (cancer d'estomac, l'œsophage). (Loriot, Y., Mordant, P, 2011, p39-40-41)

Il existe plusieurs types de cancer, dans ce travail, nous avons cité les plus fréquent comme : cancer du poumon, du sein, de colon, du col d'utérus, de l'œsophage, des vois aéro-digestive supérieur.

Chaque malade cherche le besoin de préserver son autonomie qui s'exprime sur un triple registre : Le premier le besoin organique, il souhaite retarder les inconvénients de sa maladie et être en bonne santé. Le second le besoin psychologique, le malade a besoin de voir sa volonté respectée, quel que soit son affaiblissement, il a besoin d'avoir confiance et d'être assuré. Le dernier le besoin sociaux, il a besoin de garder son estime de soi et de voir dans le regard des autres persisté sa dignité. (Hoerni, B, 2003, p140)

Le taux d'incidence du cancer dans le monde, est estimé entre plus de 19 millions de nouveaux cas et 10millions de décès en 2020, Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche sur le cancer, la tumeur du sein figure parmi les cancers les plus fréquemment

diagnostiqués. Ce type de cancer représente 11,7% des nouveaux cas rapportés dans la population mondiale en 2020, Viennent ensuite le cancer du poumon (11,4%), le cancer colorectal (10%), le cancer de la prostate (7,3%) et le cancer de l'estomac (5,6%). Au total, les dix types de cancer les plus courants représentent plus de 60% des cas de cancer nouvellement diagnostiqués et plus de 70% des décès par cancer, A ce jour, le nombre de patients en rémission (ce que l'on appelle la prévalence après le diagnostic sur cinq ans) atteint 50,6 millions dans le monde. Mais selon l'OMS, une personne sur cinq souffrira d'un cancer dans sa vie. Un homme sur huit et une femme sur onze en décèderont. (OMS, 2020)

Les chiffres glaçants du cancer en Algérie en 2020, en effet 50,000 nouveaux cas et 20,000 décès ont été enregistrés au courant de l'année 2019, a fait savoir en outre que d'ici 2025, 60,000 nouveaux cas seront comptabilisés chaque année en Algérie estimant que le chiffre sera revu à la hausse d'ici 2030 pouvant atteindre les 70,000 cas/an. (Schahrazed, L, 2020)

Selon l'OMS chaque année, un cancer est diagnostiqué chez quelque 400000 enfants et adolescents de 0 à 19 ans. En octobre 2015 on désigne le plus souvent des affections malignes survenant chez l'enfant avant l'âge de 15ans. Ces cancers sont rares et représentent entre 0.5% et 4.6% de l'ensemble des cas de cancers. Globalement, les taux d'incidence varient de 50 à 200 par million d'enfants dans le monde. (OMS, 2021)

En Algérie, selon les chiffres publiés en 2015 dans le rapport du groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP), chaque année, environ 1200 à 1300 cas de cancers pédiatrique sont diagnostiqués chez l'enfant, ce nombre risque d'atteindre les 1450 cas à l'horizon de 2025. (Aggoune, S, 2020)

Il existe des études sur les personnes atteints le cancer, telle que l'étude de Marie Santiago Delefosse ses premiers travaux se sont focalisés sur la recherche de liens entre personnalité et développement d'un cancer ou facilitation de sa récidence. Ceux-ci ont fait l'objet d'un certain nombre de révision. Actuellement, les approches davantage qualitatives de la psychologie critique de santé (Critical Health psychology) s'orientent vers des travaux visant l'amélioration de la qualité de vie des patients et le développement d'une communication satisfaisante entre soignant et soignés. (Ptrick, L, 2008, p 45-73)

Pourtant, sur la pathologie cancéreuse est un véritable fléau dans les pays développés du fait du vieillissement de la population. Selon le World Report cancer de 2000, elle tend à devenir un véritable problème de santé publique dans les pays en développement. L'objectif de cette étude avait pour but de préciser les caractéristiques épidémiologiques des cancers en côte

d'ivoire. En utilisant la méthode descriptive portant sur les cancers histologiquement confirmé et recensés à partir des données des registres des laboratoires d'anatomie pathologique des CHU de Cocody et Treichville. <https://www.en-consulte.com>

En Algérie en vue de connaître le profil épidémiologique de la maladie cancéreuse, à partir de la fin des années 1980, des registres du cancer ont été mis en place dans différentes régions du pays, ce qui a permis de connaître les localisations néoplasiques prévalentes aussi bien dans le sexe masculin ou féminin et surtout d'engager un certain nombre d'actions entrant dans le cadre de la lutte anticancéreuse telles que campagne de dépistage du cancer du col et du sein, érection de nouveaux centres anticancéreux, formation médicale en oncologie ainsi que renforcement du parc en machines de radiothérapie. Ces registres du cancer qui, jusqu'à ce jour, ne font que de l'épidémiologie descriptive, devraient dans l'avenir évaluer les résultats de ces actions (épidémiologie évaluative) et lancer des études d'épidémiologie causale. (Abid, L, 2009)

Le cancer peut survenir à tout âge (adulte, adolescent, enfant) et toucher n'importe quelle partie de l'organisme. Les cancers chez l'enfant agissent différemment et affectent des organes différents comparativement aux adultes. En général, le cancer chez l'enfant se développe souvent plus vite et se propage plus rapidement à d'autre partie de corps. Il existe plusieurs types de cancer chez l'enfant, et ils sont différents des cancers de l'adultes comme : les cancers de cerveau, les lymphomes et les tumeurs solides telles que neuroblastome et la tumeur de wilms, et le plus fréquent c'est leucémie, qui est un cancer de sang qui touche les cellules de la moelle osseuse à l'origine des globules blancs.

Cette maladie peut créer chez les enfants des sentiments d'anxiété, tristesse, culpabilité, et un comportement d'agressivité.

La confrontation au cancer représente une expérience douloureuse qui ne touche pas seulement l'enfant malade, mais aussi elle provoque des bouleversements au sein de toute la famille, car quand la maladie atteint un enfant c'est toute la constellation familiale qui est atteinte, pour eux cette maladie est une blessure inexplicable. Les parents décrivent des sentiments intenses du choc, culpabilité, du désespoir, de la peur et d'impuissance après le diagnostic. Ces réactions peuvent se produire à n'importe quel moment du développement de la maladie de l'enfant et chaque parent peut évoluer à son propre rythme, ce qui rend la communication entre eux difficile.

Dans la grande majorité des familles, c'est la mère qui interrompt ses activités professionnelles afin de rester au chevet de l'enfant. Rapidement, s'établit entre elle et le petit malade une relation fusionnelle régressive proche du maternage. Cependant, il arrive de plus en plus fréquemment que les pères, longtemps absents des unités hospitalières pédiatriques, prennent maintenant cette place privilégiée auprès de l'enfant. La mère est alors reléguée au second plan et c'est une dyade père - enfant qui s'instaure.

Bien que généralement présente à l'hôpital où elle exerce autant qu'il se peut un rôle actif, la mère souffre d'un sentiment d'échec lié à l'impossibilité de remplir pleinement sa fonction maternelle (Evelyne, J, 2006, p4-5).

Lorsque la maman est confrontée à des situations bouleversante ou stressant, elle réagit des différentes façons et elle développe des sentiments de peur, de vulnérabilité, d'impuissance, d'agressivité et de culpabilité.

Malgré les blessures vécues et les difficultés rencontrées elle essaye de faire face et de trouver des stratégies et des moyennes pour être capable de surmonter cet événement stressant, ce qu'on appelle la résilience.

La résilience c'est le processus par lequel un être vivant reprend un néo-développement après un fracas traumatique ou dans des conditions adverses, après un fracas traumatique, spectaculaire ou insidieux, le système devra se réorganiser, parfois de manière très efficace, souvent de manière suffisante : on parlera de résilience. Quand le système ne redémarre pas, on parlera de résilience. Quand le système ne redémarre pas, on parlera de syndrome psycho-traumatique ou de trouble varié que la clinique décrit après un trauma sans résilience. (Cyrulnik, B, 2009, p21)

La résilience évoque la récupération après un traumatisme. Elle fait référence à la capacité humaine de se confronter, intégrer et être transformé par les expériences aversives. Faire un travail de résilience après la déchirure traumatique suppose de mettre en jeu des procédures adaptatives qui intègrent des dimensions multiples, dont nous proposons d'analyser les différents aspects. (Anaut, M, 2008, p7)

Selon Marie Anaut : « la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, (condition biologique et socio-psychologique), en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapyschique) et externes (liens avec l'environnement social et affectif).

La résilience est un processus multifactoriel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs...) et en résulte des formes de résilience spécifiques résultant d'un processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet.

Avoir un enfant cancéreux est un évènement traumatisant pour les mamans, certaines n'arrive pas à surmonter et dépasser cette situation, sont qualifiées de non résilientes, en revanche d'autres développent des stratégies adaptatives pour se protéger ce sont des résilientes.

Il existe certains travaux algériens sur la résilience, tels que :

L'étude de Badra Moutassem-Mimouni (2005), sur la résilience des enfants abandonnés en Algérie, cette étude montre que ces enfants peuvent développée de graves handicaps (psychose, arriération mentales). Parmi les premiers travaux qui ont été effectués sur ce concept, les travaux d'Emmy Werner le psychologue américain reconnu comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience, à travers la recherche longitudinal qu'elle a menée auprès des enfants de Kauai (une des îles de l'archipel d'Hawaï), à partir de 1955 ; ces travaux ont porter sur une cohorte multiraciale de 545 enfants (survivants de l'étude initiale des 698 enfants nés en 1955), suivis sur une période de plusieurs décennies. La population étudiée était composée de sujet « à risque » dont le développement physique, psychique et social a été observé depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Emmy Werner et son équipe ont remarqué qu'un certain nombre de ces enfants s'accommodaient de l'environnement défailant en témoignant d'une adaptation sociale parfois remarquable ils ont été qualifiés de résilients. (Badra, M-M, 2005, P117-126).

D'autres chercheurs ont travaillé sur le thème de la résilience et ont développé leur propre définition, Rutter (1987) à découvert, par le biais de ses études, que le fait d'avoir une bonne estime de soi, un répertoire de connaissance au plan de la résolution de conflit, une croyance en sa propre efficacité ainsi que la capacité à entretenir des relations interpersonnelles, favorisent le niveau de résilience d'un individu.

Wagnild et Young (1993), quant à eux, considèrent que certaines caractéristiques d'un individu peuvent l'aider à pallier aux effets nocifs du stress, lui permettant au final de s'adapter à l'adversité à laquelle il est confronté. (Tourigny, S-C, 2016, p8-9)

Ce qui concerne l'évaluation de la résilience différentes échelles sont utilisées par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Les médiations peuvent être très variables et dépendront des choix des chercheurs et cliniciens en fonction de leur appartenance théorique.

Notre objet d'étude c'est de déterminer le niveau de la résilience des mères ayant un enfant cancéreux, en utilisant l'échelle de résilience Wagnild et Young 1993 qui nous a permis de mesurer le degré.

En basant sur tout ce qui est dit, on pose les questions suivantes :

- Est-ce que les mamans ayant un enfant cancéreux sont des résilientes ? est-ce que ça diffère d'un cas à un autre ?
- Est-ce que les mamans qui ont un enfant cancéreux ont la capacité de surmonter et de dépasser cet événement ? si c'est le cas grâce à qui ?

Afin de répondre aux questions ci-dessus, et à l'aide de notre pré-enquête nous proposons les hypothèses suivantes :

Les hypothèses

- Dans ce cas on a opté pour une hypothèse générale et une hypothèse partielle.

Hypothèse générale :

- Les mamans ayant un enfant cancéreux développent un processus de résilience, à des degrés différents.

Hypothèse partielle :

- Les mamans qui ont un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'événement et cela grâce à leur entourage familial.

L'objectif de la recherche :

L'objectif principal de cette modeste recherche est de découvrir l'influence de la maladie de l'enfant (cancer) sur la maman, de ressortir les réactions face à l'annonce de diagnostic, de tenter d'identifier si y'a présence d'un processus de résilience chez ces mamans. Ou si un Environnement favorable favorise l'émergence de la résilience.

Définition et opérationnalisation des concepts

1. La résilience

La résilience est définie comme la capacité des communautés et des systèmes à faire face aux chocs, mais aussi à s'y préparer, voire à les éviter et s'y adapter sur le long terme, elle possède une ambition forte, plus encore que la lutte contre la pauvreté et contre la vulnérabilité. En parallèle, elle est présentée comme une rupture paradigmatique dans le champ du développement (Chandler, 2012) [Www.cairn.info](http://www.cairn.info).

2. Le cancer

Selon l'OMS le cancer est un terme générique désignant un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeur maligne ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent envahir des parties voisines dans l'organisme puis migrer vers d'autre organe. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès par cancer, (OMS, 2021)

La résilience chez mamans ayant un enfant cancéreux



La variable dépendante



La variable indépendante

La résilience :

- Habilité de résolution de problème
- Positivité de soi
- Avoir la confiance en soi
- Optimisme
- Vie équilibré
- Capacité de faire face à un évènement perturbé
- Bonne image de soi
- Avoir les capacités à requises pour réussir une tâche déterminée
- Sentiment fiereté
- Sentiment d'auto-efficacité
- Absence de pathologie psychique telle que la dépression, l'anxiété.

Le cancer :

- Perte de poids inexplicée.
- Fatigue.
- Perte d'appétit.
- Douleur nouvelle et prolongée.
- Nausées ou vomissements récurrents.
- Sang dans les urines.
- Sang dans les selles (visible ou détectable par des examens de laboratoire).
- Sueurs nocturnes.
- Une multiplication anarchique de cellules anormales.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1

La Résilience

Préambule

La résilience est une propriété du vivant. Elle signifie qu'une agression n'a pas que des effets négatifs sur un organisme. On sait aujourd'hui que, dans ce cas, il se produit un ensemble de phénomènes qui interagissent entre eux dans deux directions différentes : il y a des destructions, des lésions, des défaillances, une chaîne de réaction négative ; il y a des mécanismes de lutte, des suppléances, la mise en jeu de ressources, une chaîne de réaction positives. C'est ce type de raisonnement qui mène à l'idée de résilience.

1. Définitions

Dictionnaire Robert, La résilience vient du latin *resilientia*, composé de *re-* (salire) (littéralement re-sauter). Ce terme, emprunté à la physique, désigne « la résistance des matériaux aux chocs élevés et la capacité d'absorber l'énergie cinétique sans se rompre ».

La résilience est « le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience qui s'exprime en joules par centimètre carré caractérise la résistance au choc ». (Lighezzolo, J., Tychev. C, 2004 p23)

La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (condition biologique et socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapyschique) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale. (Anaut, M, 2005, p33)

Ce concept non concerne pas seulement l'individu, mais peut être appliquée à un groupe humain, familial ou social. La résilience fait référence aux ressources développées par une personne, un groupe ou une communauté, pour tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible. (Anaut, M, 2008, P35)

De point de vue psychologique la résilience est la tendance à surmonter des facteurs qui placent une personne à risque pour un dysfonctionnement psychologique et à s'ajuster positivement après un événement traumatique

Selon Bonnano (2004) la résilience est la présence de symptômes après le trauma mais de façon passagère. Il différencie donc la résilience de la guérison qui, elle, peut prendre plusieurs mois. Il a montré plusieurs variétés individuelles d'adaptation positive. Les traits de pleine conscience et d'acceptation semblent faire partie de ces facteurs prédisposant à la résilience.

Selon Chandler (2012) La résilience est définie comme la capacité des communautés et des systèmes à faire face aux chocs, mais aussi à s'y préparer, voire à les éviter et s'y adapter sur le long terme, elle possède une ambition forte, plus encore que la lutte contre la pauvreté et contre la vulnérabilité. En parallèle, elle est présentée comme une rupture paradigmatique dans le champ du développement.

Selon Olwig(2012) Elle serait un moyen pour mieux lier les temporalités de l'urgence et du développement, pour mieux coordonner l'appui, pour mieux tenir compte des représentations et des pratiques locales. **Www.cairn.info.**

Ces différentes définitions du concept de la résilience sont selon différentes auteurs et selon le point de vue psychologique, vu l'évolution de la recherche autour de ce dernier.

2. Histoire du concept de résilience

La résilience est un terme français, issu du latin *resilience*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résilience du matériel aux choc élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre» (dictionnaire Robert). dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs.

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilience est étymologique constitué de (*resilire* indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter. Ainsi, la résilience est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. La résilience se situe donc dans le processus de désengagement. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de souplesse et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « l'invulnérabilité » (Anthony et al. 1982) qui correspondrait une résistance au choc mais également signifierait « un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité », ce qui s'éloigne totalement de la souplesse nécessaire à la résilience.

L'encyclopédie universalis nous apprend que, dans le contexte de la physique des matériaux, la résilience (en tant que l'un des facteurs qui caractérise la qualité de l'acier) varie

brusquement de part et d'autre d'une certaine température dit température de transition. Si nous risquons cette analogie avec l'être humain, nous pourrions considérer que chacun de nous possède une potentialité différente à résister aux pressions (sa résilience) qui varierait brusquement en intensité à l'occasion d'une circonstance donnée (analogue à la température dit de transition). Dans cette perspective, un même sujet pourra être tantôt vulnérable tantôt résilient suivant les circonstances. Ainsi, la vulnérabilité d'un sujet pourrait se transformer en résilience à l'occasion d'un événement hautement signifiant pour lui, ou en appui avec une rencontre fondatrice. Marie Anaut verra que cette hypothèse trouve des correspondances dans certains courants de recherche sur la résilience notamment ceux qui étudient les implications du réseau social.

S'elle continue à explorer l'analogie entre la matière inanimée et la matière vivante, l'introduction de l'idée le seuil de rupture peut apparaître relativement déterministe. Ainsi, la résilience de l'acier est considérée comme due à la nature même de la matière. Or, dans le cas de la personne humaine, les facteurs externes psychoaffectifs, relationnels et sociaux vont interférer. Cependant, l'idée de seuil de rupture peut rejoindre les recherches qui font état de failles de résilience observées chez des individus réputés résilients qui semblent rencontrer des ruptures de résilience à un moment donné de leur cycle de vie.

Les recherches et les observations clinique nous conduisent à préciser que la résilience n'est pas constante et définitive et qu'un sujet peut être résilient dans certains domaines et non dans d'autres. En fait, chez l'individu ou le groupes humain la résilience dépendre des facteurs de protection qui modifient les réactions aux dangers présents de l'environnement affectif et social.

Beaucoup de chercheurs (Manciaux et al, 2001) considèrent la résilience comme un potentiel présent chez tout un chacun. Cependant, elle peut être différemment développée en fonction des étapes du développement psychologique, du cycle de la vie et de circonstances environnementales. Dans cette perspective, les ressources latentes pourraient être activées, soit spontanément par l'individu, soit faire l'objet de stimulation et l'aides d'accompagnateurs extérieurs (éducateurs, enseignants, soignants, psychothérapeutes). (Anaut, M, 2008, p35)

3. La résilience selon différentes approches

Joëlle Lighizzolo et Claude De Tyche (2004), dans leur ouvrage de synthèse présentent deux approches : cognitive comportementale et médicale en santé publique.

3.1.L'approche cognitive comportementale

Le premier modèle met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux : le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt de la situation stressante auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitive et donc conscientes. (Lighezzolo, J., Tychev, C, 2004, p34)

3.2.L'approche médicale en santé publique

En ce qui concerne le modèle théorique qui se dégage en santé publique, il privilégie une approche compensatoire « ou la résilience serait fonction de l'équilibre entre un certain nombre de facteurs de risque et la balance structurée par la présence de facteur simultanée de protection ». La résilience est ici définie comme un processus dynamique qui n'est jamais totalement acquis et construit dans l'interaction sujet-environnement. (Lighezzolo, J., Tychev,C, 2004, p34)

3.3. L'approche psychanalytique

Le mot de résilience a été importé dans les États-Unis en France, dans les années 1990, la question s'est posée de savoir s'il était compatible avec la psychanalyse. En fait, le problème était mal posé : la résilience, telle qu'elle était définie à l'époque, n'apportait aucune idée nouvelle par rapport aux concepts de la psychanalyse. Autrement dit, la psychanalyse avait déjà largement expliqué ce que la résilience prétendait innover. D'ailleurs, de façon générale, sous le mot de résilience, aucun concept clinique nouveau n'a été décrit, ce qui légitime chaque branche de la psychiatrie et de la psychologie à mettre en avant les siens. En ce qui concerne le rapport à la psychanalyse, ce mot appliqué à la clinique mettait le projecteur sur les concepts centrés sur le Moi et les mécanismes de défense plutôt que sur les processus inconscients. Si le mot de résilience a été critiqué par beaucoup de psychanalystes, c'est parce que ces concepts, qui entretiennent l'illusion d'une maîtrise complète de son destin, ne représentent pas l'essentiel du message freudien, mais plutôt un correctif apporté par Anna Freud à l'œuvre de son père. Et encore, quand celle-ci attirait l'attention des psychanalystes sur le rôle des processus secondaires, c'était en précisant qu'un système de défense efficace nécessite qu'un toujours une double base : « le moi et le processus pulsionnel ». Aujourd'hui, la même référence, adressée à un public que les thérapies cognitives font pencher du côté des processus d'apprentissage et de la maîtrise de soi, sonne comme une invitation à oublier définitivement l'inconscient. En fait,

la psychanalyse a abordé le territoire balisé par la résilience comme qualité et comme force avec ces propres instruments, même si c'est d'une manière malheureusement peu connue. Nous sommes, chacun, engagés à tout moment dans un mouvement par lequel nous nous donnons des représentations de ce qui nous arrive, mais nous ne pouvons construire celles-ci que si nous sommes soutenus dans cette tentative par un tiers. C'est le processus de l'introjection, qui permet de lier les éléments des expériences nouvelles aux traces laissées par les précédentes, dans un enrichissement permanent. Cette élaboration est étroitement tributaire de la qualité du lien qui attache à un tiers et du plaisir qu'on prend avec lui. Lorsqu'une introjection complète n'est pas possible à cause du déplaisir éprouvé dans une situation, l'individu réagit en enfermant à l'intérieur de sa personnalité une partie des émotions, des pensées et des représentations éprouvantes, voire leur totalité. C'est l'inclusion psychique. Les éléments psychiques ainsi enfermés dans une sorte de « placard » risquent alors de produire des manifestations étranges, déclarées, voire angoissantes, pour soi ou pour l'entourage. Le sujet ne s'y reconnaît pas, il lui semble même parfois être poussé par une force étrangère.

L'opposition de ces deux processus explique d'abord comment l'attachement sécurisant qui fait intervenir le plaisir relationnel contribue à l'intériorisation de figures parentales stable et structurantes, alors que les formes d'attachement insécurisées, qui se développent dans l'angoisse, font intervenir des figures peu structurantes : les premières favorisent l'introjection, tandis que les secondes favorisent les inclusions psychiques.

Quand un schéma relationnel a été intériorisé en situation de plaisir, il est souple et intégré à la personnalité. Lorsqu'au contraire il a été intériorisé dans la souffrance, le comportement appris est rigide, peu susceptible d'évolution, et la fluidité des apprentissages sont perdue. Cette différence éclaire ce que certains auteurs ont appelé la « pseudo résilience » : il s'agit d'une forme d'adaptation sociale construite sur des inclusions psychiques alors que la « résilience authentique » l'est sur des introjections. (Tisseron, S, 2017, p114)

4. Les étapes du cheminement résilience

4.1. La confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique

Cette première phase de réponse au danger est surtout marquée par l'activation de mécanisme de défense visant à atténuer la charge émotionnelle du traumatisme. Le sujet va convoquer toutes les ressources dont il dispose pour préserver le moi de la charge morbide. Il s'agit d'anesthésier la blessure, cela peut passer par un retrait émotionnel ou toute forme de

protection qui empêche l'invasion et le débordement des défenses habituelles du sujet. Lors de cette étape, les premiers opérateurs défensifs auxquels va avoir recours le sujet peuvent être : la répression des affects, le déni, le clivage, la projection, l'omnipotence, ou encore le passage à l'acte...Le rôle de ces mécanismes de défense d'urgence va être avant tout de prémunir le sujet de la désorganisation psychique. Ainsi, le déni est fréquemment utilisé de manière transitoire, mais d'autres mécanismes de défense d'urgence peuvent être utilisés. Ils visent avant tout à réduire la douleur. A cette phase, certaines formes d'humour peuvent aider le sujet à se protéger de la souffrance en atténuant les effets délétères de la situation traumatique. C'est le cas, notamment dans les situations de maltraitance intrafamiliale ou de captivité.

4.2.Intégration, élaboration et reprise d'un néo-développement

Cette phase, qui atteste véritablement d'un processus de résilience, s'étaye sur le travail de liaison des affects pour répondre à l'irreprésentable et lui attribuer un sens. A ce stade, le processus de résilience va se fonder sur l'abandon de certaines défenses d'urgences (par exemple, déni, projection, passage à l'acte) qui avaient comme but principal d'éviter l'effondrement, pour privilégier des opérations défensives secondaires, plus souples et plus adaptés à long terme. Le fonctionnement psychique de la résilience s'appuie notamment sur le processus de mentalisation, qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects. La mentalisation permet de produire une représentation mentale des conflits psychiques, de mettre en pensée les excitations internes et de contribuer à l'élaboration du vécu traumatique, en évitant les voies des passages à l'acte ou de la somatisation.

C'est cette seconde phase qui introduit les conditions d'un néo-développement. Il ne s'agit pas de la simple reprise du développement qui intègre l'expérience traumatique et parfois s'en nourrit. La mise en sens du vécu traumatique peut se traduire par la créativité et le recours à l'humour pour rendre partageable l'expérience, attribuer un sens et une temporalité aux blessures et aider à leur transformation. (Senon, J-L, 2012, p5)

5. Les facteurs de risque

5.1.Les facteurs de risque relatifs à l'environnement externes

Ils sont multiples et un consensus existe sur le plan de leur repérage chez les nombreux auteurs qui se sont déjà penchés sur cette question (Werner 1989, Gottlieb 1991, Rutter 1991, Masten et Coatsworth 1998, Manciaux 1998, 2000, Fortin et Bigras 2000 Anaut 2002). On peut citer ici :

- ✓ Une pauvreté chronique de l'environnement familial
- ✓ Une absence d'emploi prolongée
- ✓ Un logement surpeuplé
- ✓ Un isolement relationnel
- ✓ Un placement de l'enfant dans une institution spécialisée ou une séparation prolongée durant la première année de la vie
- ✓ Une situation de migrant
- ✓ Une maladie somatique parentale chronique
- ✓ Une maladie mentale ou une psychopathologie parentale prolongée
- ✓ Un membre de la fratrie ayant un handicap, des difficultés d'apprentissage ou des troubles de comportement
- ✓ La naissance d'un frère ou d'une sœur alors que l'enfant n'a pas encore deux ans
- ✓ Un père absent
- ✓ La perte d'un membre de la famille
- ✓ Le remariage et l'entrée de beaux-parents dans la maison
- ✓ La violence ou l'alcoolisme familial
- ✓ La confrontation directe à une catastrophe naturelle ou à une action terroriste

5.2. Les facteurs de risque relatifs au sujet

Un premier facteur de vulnérabilisations est constitué par les conditions de naissance, lorsque ces dernières sont plus ou moins traumatiques (prématurité, souffrance néonatale, jumeau, pathologie somatique précoce, faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicap)

- ✓ Une séparation précoce avec la mère
- ✓ Un faible QI
- ✓ Une pauvreté générale ou élective du fonctionnement mental
- ✓ Une faible estime de soi

6. Les facteurs de protection

Les repérages effectués sont à nouveau convergents (Gottlieb 1999, Masten & Coatsworth 1998, Cyrulnik 1999, 2001, Vanistendael & Lecomte 2000, Anaut 2002)

6.1. Les facteurs de protection relatifs à l'environnement externes

- ✓ Posséder une relation sécurisante chaleureuse avec un ou ses deux parents

- ✓ Vivre dans une famille socio-économique élevée
- ✓ Avoir de bonnes relations parents-enfants
- ✓ Vivre dans une famille en harmonie
- ✓ Avoir un réseau de soutien social à l'extérieur de la famille (notamment une figure d'attachement privilégiée)

6.2. Les facteurs de protection relatifs au sujet

- ✓ Être capable de donner un sens à la vie malgré les difficultés rencontrées
- ✓ Avoir un tempérament actif
- ✓ Genre : être une fille avant l'adolescence ou être un4. garçon durant l'adolescence
- ✓ Avoir une bonne sociabilité (qualité du contact avec les autres)
- ✓ Être un enfant attractif (charme, charisme)
- ✓ Avoir un QI élevé
- ✓ Avoir un « locus of control » (lieu de contrôle) interne
- ✓ Avoir un sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi
- ✓ Avoir une bonne capacité de compréhension d'autrui et d'empathie (assez proche de l'intelligence sociale)
- ✓ Avoir une foi religieuse
- ✓ Être capable de mettre en place des moyens de défense efficaces face aux agressions.

Rutter (1987) ainsi que Cyrulnik (1999) en soulignent quelques-uns, notamment Cyrulnik, qui fait des emprunts au modèle psychanalytique dont nous reparlerons plus loin, lorsqu'il pointe :

- ✓ Le rôle du clivage qui permet au Moi de se diviser « avec une partie socialement adaptée »
- ✓ Le déni qui permet « de ne pas voir une réalité dangereuse »
- ✓ La rêverie « tellement belle quand le réel est désolé. Elle imagine des refuges merveilleux en sacrifiant les relations trop difficiles »
- ✓ L'intellectualisation qui permet « d'éviter l'affrontement qui nous impliquerait personnellement »
- ✓ L'humour qui « métamorphose une situation, transforme une pesante tragédie en légère euphorie », permet « de prendre de la distance, de moins se laisser entamer par l'épreuve »
- ✓ La sublimation « quand la force de vivre est orientée vers des activités socialement valorisées, comme les activités artistiques, intellectuelles ou morales »

- ✓ Le contrôle des affects
- ✓ L'altruisme « qui permet de se faire aimer grâce au bonheur qu'on donne »
(Lighezzolo, J., Tychev, C, 2004, p47)

7. Les caractéristiques de processus mental résilient

Michael Rutter (1985 ; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Face à des situations de grande adversité, ces personnes mettent en place des comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifique, notamment en appuis sur des mécanismes d'élaboration de la pensée. Selon Michael Rutter, la personne résilience concilie trois caractéristiques mentales : la conscience de son auto-estime, celle de son efficacité et dispose d'un répertoire d'expérience de réussite.

7.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. La majorité des chercheurs considèrent qu'il est nécessaire d'être doté d'un bon développement de l'estime de soi pour devenir résilient... l'estime de soi peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même. Le sentiment de valeur personnelle (auto-estime) se traduit à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. L'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable et important. Selon Christophe André et François Lelord (1999), l'estime de soi implique trois dimensions : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Au cours de la vie, l'appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements, les épreuves, les expériences individuelles et les sentiments de réussites ou d'échec. L'estime de soi est donc sujette à des variations chez un individu au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec ou face à l'adversité.

7.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité

Cette caractéristique correspond chez un individu à la croyance et à la confiance qu'il a dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes qui sont nécessaires pour y parvenir. Ce sentiment d'auto-efficacité a été décrit et analysé par Albert Bandura (2007) qui

souligne son impact sur les motivations chez les sujets. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour partie la confiance en soi et joue un rôle important sur la gestion des stress. Dans cette perspective, l'individu résilience aurait tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence.

7.3. Un répertoire d'approches de résolution sociale

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences de résolution de difficultés, en appuis sur des compétences personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu). Les expériences de solutions apparaissent comme des réussites ou des quasi-réussites lorsqu'elles sont suffisamment positives pour l'individu ou si elles sont reconnues comme telles socialement. Sachant que la diversité de ce répertoire d'expérience est en soi une ressource positive car elle offre une multiplicité de possibilités et introduit de la souplesse adaptative.

Ces trois caractéristiques, qui font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Elles soulignent le rôle fondamental des ressources internes de l'individu résilient face à des conditions extérieures défavorables et sa capacité à tirer profit des potentiels environnementaux extra-familiaux. Lorsque la famille est défaillante. Dans cette perspective la résilience s'appuie surtout sur l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel qui la soutient. Par ailleurs, les travaux de Rutter et al. (1985 ; 1996) En prenant en compte les capacités pour le sujet résilient de trouver des ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et à l'autonomie dans le processus de résilience. (Anaut, M, 2015, p73)

8. Méthode d'évaluation de la résilience

Différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Nous ne proposons pas de liste d'instrument d'évaluation puisque les médiations peuvent être très variables et dépendront des choix des chercheurs et cliniciens en fonction de leur appartenance théorique. Nous proposons cependant quelque repère dans les méthodes employées pour explorer la résilience.

Parmi les critères le plus souvent retenus par les chercheurs nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- ✓ Le niveau d'anxiété et de dépression
- ✓ Le niveau de compétence sociale (questionnaires adressés aux parents ou à l'entourage proche)
- ✓ La réussite scolaire et intellectuelle
- ✓ La symptomatologie clinique

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dits de résilience (ou facteurs de résilience) qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles évaluatifs se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existants, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement.

La méthodologie d'investigation de la résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologique et/ou psychiatriques.

Suivant les cas, et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation de capacités ou de compétence (adaptation sociale, estime de soi, QI) relevant de l'utilisation de tests psychologique ou d'échelles de comportement. Alors que dans certain cas, l'investigation pourra tenter de vérifier l'absence de troubles comportementaux ou psychopathologiques pour attester de la résilience des sujets. Pour les très jeunes enfants un bilan pédopsychiatrique est parfois utilisé.

Du point de vue méthodologique plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluation, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille, réseau social, éducatif, les pairs...) et s'appuyer sur des observations croisées.

Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dits naturels (ex. l'école) qui peuvent participer à l'évaluation des compétences réputées résilientes.

Nous pouvons remarquer que l'utilisation de telle ou telle méthode et critère détermine la définition de la résilience adoptée par le chercheur et son positionnement théorique. À noter

que parmi les médiations répertoriées, l'utilisation des tests projectifs, destinés à l'étude de la structure psychique, commence à être préconisée mais reste encore peu utilisée dans l'approche de la résilience. De Tychev (2001) préconise notamment l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients. (Anaut, M, 2005, p54)

Synthèse

La résilience existe donc, mais le mot ne fait pas partie du langage courant ; on ne sait pas encore très bien ce qu'il représente et il est difficile de le définir. Nous connaissons certaines caractéristiques de la résilience, en particulier le rôle du trauma initial. Il peut s'agir de situations extrêmes, mais aussi de ce qu'on appelle des malheurs ordinaires dont sont porteurs beaucoup de gens autour de nous. Par ailleurs, la résilience n'est jamais totale, permanente, absolue ; elle est modulable suivant les périodes, les personnes, les événements et les phases de l'existence.

Chapitre 2

Le Cancer

Préambule

Grâce aux campagnes d'information et de dépistage mises en place depuis plusieurs dizaines d'années, la possibilité de déceler à temps un cancer est maintenant ouverte pour tous. Les recherches portant sur les différents types de cancers ainsi que les progrès réalisés dans la conduite des traitements ont mis en évidence le bien-fondé d'une telle démarche. Même s'il s'en faut de beaucoup que tous les cancers soient curables, l'état des patients peut au minimum être amélioré et les traitements sont désormais moins invalidants.

1. Définition

Le terme de cancer regroupe un ensemble de maladies caractérisées par une prolifération illimitée de cellules capables d'échapper à une mort cellulaire programmée (que l'on appelle apoptose), ce qui entraîne la formation d'une population de cellules « excédentaires » pouvant se disperser dans l'ensemble de l'organisation. (Delehedde, M, p5)

Selon l'OMS le cancer est un terme générique désignant un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeur maligne ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent envahir des parties voisines dans l'organisme puis migrer vers d'autre organe. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès par cancer. (OMS, 2021)

Selon le dictionnaire Larousse le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Cette prolifération anarchique, du cancer s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et le plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement. (Wainster, J-P, 2012, p145)

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

Selon le dictionnaire médical (angl. cancer). Tumeur maligne. Le cancer résulte d'un déséquilibre dans les mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire. La cellule

cancéreuse se caractérise par des anomalies nucléaires avec mitoses fréquentes et anarchiques. (Vauvilliers, J, 2009, p151)

2. Histoire du cancer

La maladie était d'abord le cancer appelé par le médecin grec Hippocrate (460-370 avant JC). Il est considéré comme le « père du médicament ». Hippocrate avait l'habitude les carcinons et le carcinome de conditions pour décrire les tumeurs de formation et de ulcère-formation de non-ulcère. Dans le Grec ceci signifie un crabe. La description était des noms après le crabe parce que les projections de propagation comme un doigt d'un cancer appelé pour s'occuper de la forme d'un crabe.

Un plus défunt médecin romain, Celsus (28-50 avant JC) a traduit la condition grecque en cancer, le mot latin pour le crabe. C'était Galen (130-200 AD), un autre médecin romain, qui avait l'habitude les oncos de condition (grecs pour le gonflement) pour décrire des tumeurs. Oncos est le mot de fond pour l'oncologie ou l'étude des cancers.

Entre le 15ème et le 18ème siècle

Pendant le début des scientifiques du XVème siècle a développé une compréhension plus grande du fonctionnement du corps humain et de ses procédés de la maladie.

Les autopsies, faites par Harvey (1628), ont conduit à une compréhension de la circulation du sang par le cœur et le fuselage.

Giovanni Morgagni de Padoue a en 1761 régularisé des autopsies pour trouver la cause des maladies. Ceci a jeté les fondements pour l'étude du cancer aussi bien.

C'était le chasseur écossais de John de chirurgien (1728–1793) qui a proposé que quelques cancers pourraient être guéris par la chirurgie. C'était presque un siècle plus tard que le développement de l'anesthésie a incité la chirurgie régulière pour les cancers « mobiles » qui ne s'étaient pas écartés à d'autres organes.

Le 19ème siècle

Rudolf Virchow, souvent appelé le fondateur de la pathologie cellulaire, a fondé la base pour l'étude pathologique des cancers sous le microscope. Virchow a marqué la pathologie microscopique avec la maladie.

Il a également développé l'étude des tissus qui ont été sortis après la chirurgie. Le pathologiste pourrait également dire au chirurgien si le fonctionnement avait complètement enlevé le cancer. <https://www.news-medical.net>

3. Les cancers les plus fréquents

3.1. Cancer du poumon

Le cancer du poumon commence habituellement à se former au milieu de la cinquantaine ou de la soixantaine. Le tabagisme est responsable de 80% à 90% des cas de cancer du poumon.

Ce cancer est particulièrement menaçant, car il peut plus facilement se propager dans le reste du corps que d'autres types de cancer. En effet, tout le sang passe par les poumons pour être oxygéné, et les poumons sont en contact étroit avec plusieurs vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le cancer du poumon est d'autant plus alarmant qu'il est souvent découvert tardivement. Il est d'ailleurs la principale cause de décès chez les hommes que chez les femmes

3.2. Cancer du sein

Un cancer signifie la présence de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Dans le cas de cancer de sein ou se répandre dans le corps par les vaisseaux sanguins ou lymphatique. La plupart du temps, la progression d'un cancer du sein prend plusieurs mois et même quelques années.

Le cancer de sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes à travers le monde, autant avant qu'après la ménopause. Une femme sur 9 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie et 1 femme sur 27 en mourra.

Le plus souvent, le cancer du sein survient après 50 ans. Le taux de survie 5 ans après le diagnostic varie de 80% à 90%, selon l'âge et le type de cancer.

Le taux de mortalité a continuellement diminué grâce aux progrès réalisés en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement.

Mentionnons que les hommes peuvent aussi en être touchés ; ils représentent 1% de l'ensemble des cas.

3.3.Cancer de colon

Comme son nom l'indique, le cancer colorectal se forme dans le côlon ou dans le rectum, la dernière partie du gros intestin.

Le cancer colorectal est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ; un homme sur 14 et 1 femme sur 15 risquent d'avoir un cancer colorectal au cours de leur vie.

Le cancer colorectal prend plusieurs années à se former, comme la majorité des cancers. Il le fait habituellement à partir de polypes dans la paroi tapissant l'intérieur du côlon. Les polypes sont petites excroissances charnues.

Le taux de décès 5ans après le diagnostic est d'environ 40%, chez les 2 sexes. Actuellement, plus de la moitié des cas sont diagnostiqués chez les personnes âgées de 70ans et plus.

Tardivement. Il est d'ailleurs la principale cause de décès chez les hommes que chez les femmes.

3.4.Cancer du col d'utérus

Le cancer du col de l'utérus prend naissance dans les cellules qui tapissent la partie inférieure.

3.5.Cancer de l'œsophage

Au début de la maladie, le cancer de l'œsophage entraîne rarement des symptômes spécifiques et évidents. Il n'est donc pas facile de diagnostiquer la maladie à un stade précoce. Toutefois, un cancer de l'œsophage peut déclencher les symptômes suivants : perte de poids, perte d'appétit, nausées, vomissement de sang, toux chronique, difficulté à respirer brûlures d'estomac. <https://www.passeportsante.net>

3.6.Cancer des voies aéro-digestives supérieure

Le cancer des voies aérodigestives supérieures correspond à la présence d'une ou plusieurs tumeurs malignes localisées dans la partie haute des organes respiratoire et/ou digestifs. Ces tumeurs ont pour origine une cellule normale qui a subi une transformation la rendant cancéreuse.

La prolifération anarchique de cette cellule cancéreuse mène à la formation d'une masse plus ou moins organisée appelée tumeur maligne. Dans un premier temps, celle-ci se

développe de manière locale mais peut affecter d'autres endroits de l'organisme si elle n'est pas traitée formant ainsi des métastases. <https://www.sante-sur-le-net>

4. Les facteurs de risque

4.1. Physiopathologie

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

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

4.2. Facteurs environnementaux

1. Tabac

- Principal carcinogène chez l'homme.
- Relation dose-effet : risque lié à l'importance de la consommation quotidienne (x 20 si plus de 8 de 1 paquet /jour/), à la quantité totale de tabac fumé (estimée en paquets-années). Et à l'âge de la première cigarette.
- Tabagisme passif : sa toxicité est également démontrée.
- Mortalité : le tabac est le responsable de 15% de la mortalité annuelle globale et de 40% de la mortalité par le cancer.
- Les cancers liés au tabac sont les cancers du poumon, des WADS, de l'œsophage du pancréas, de la vessie et de l'utérus.

2. Alcool

- **Carcinogène important** : et cocarcinogène en cas d'association avec le tabac.

- **Relation dose-effet** : la consommation d'alcool est estimée en grammes d'alcool pur (un verre de vin= 11g, un verre de bière = 13g. un verre de liqueur=15g).
- **Mortalité** : l'alcool est responsable de 12,5% de la mortalité annuelle globale, de 80% des cancers des WADS et de 60% des cancers du foie.
- Les cancers liés à l'alcool sont les cancers des WADS, de l'œsophage, du pancréas, du foie, et du sein.

3. Alimentation

- **Généralité** : effet protecteur des légumes et fruits frais, effet délétère des graisses animales et d'une alimentation hypercalorique.
- **Estomac** : la consommation d'aliments salés ou fumés est un facteur de risque de cancer des WADS, de l'œsophage et de l'estomac. Le rôle d'une contamination microbienne de l'estomac à *Helicobacter pylori* est également démontré.
- **Foie** : la contamination des aliments par des germes synthétisant de l'aflatoxine est un facteur de risque d'hépatocarcinome.
- **Côlon, rectum** : le régime alimentaire occidental, riche en calories et en graisses animales, et pauvre en poisson, légumes frais et fibres végétales, est un facteur de risque de cancer colorectal.
- **Sein, endomètre** : l'obésité est un facteur de risque important de cancer hormono-dépendants chez la femme.
- Les évolutions alimentaires et les migrations de population permettent d'affirmer le rôle de l'alimentation en facteur de risque des cancers de l'œsophage, de l'estomac, du côlon et du rectum.
- L'obésité est un facteur de risque majeur de cancer hormono-dépendant (sein, endomètre) chez la femme.

4. Cancers professionnels

- **Généralité** : l'incidence des cancers professionnels est largement sous-estimée en France. La déclaration de ces cancers et les critères d'imputabilité du cancer à l'exposition sont régis par une réglementation très stricte.
- **Principaux cancers d'origine professionnelle** :
 - Cancer de larynx et amiante
 - Cancer de l'ethmoïde et poussières de bois
 - Cancer pulmonaire et amiante
 - Mésothéliome et amiante

- Cancer de la peau et dérivés du pétrole
- Cancer de la vessie et amines aromatique

5. Agents chimiques, physique

• Principaux cancer radio-induits :

- Leucémies
- Cancer de la thyroïde
- Cancer du sein
- Cancers cutanés
- Sarcomes

• Cancers induits par les rayons ultraviolets : cancers cutanés

• Principaux cancers induits par les médicaments :

- Chimiothérapies anticancéreuses et hémopathies secondaires
- Immunosuppresseurs et d'hémopathies ou certains cancers solides.
- Les traitements hormonaux substitutifs sont associés à faible augmentation de l'incidence des cancers hormono-dépendants. Le traitement par le tamoxifène est associé à un risque accru de cancer de l'endomètre.

6. Agents infectieux

- **Généralité** : ce virus, bactéries et parasites peuvent être responsables de cancers chez des patients immunodéprimés, mais également chez des patients à l'immunité conservés.
 - **Papillomavirus** : ces virus sont responsables du cancer du col utérin, de l'anus, du pénis, et de cancers des WADS non liés au tabac ou à l'alcool.
 - **EBV** : ce virus est responsable du lymphome de Burkitt, de certains lymphomes B, et du cancer du rhino-pharynx.
 - **HBV** : ces virus, en association avec une contamination par l'aflatoxine, sont un important facteur de risque de carcinome hépatocellulaire.
 - **Helicobacter pylori** : la gastrite à H.pylori est un facteur de risque de cancer de l'estomac, mais également de lymphomes associés aux muqueuses, parfois à distance du site de l'infection.
1. **Schistosoma haematobium** : la bilharziose est un facteur de risque de carcinome épidermoïde de vessie. (Y. Lorient, P. Mordant, 2011, p38)

4.3. Facteurs endogènes

2. Cancers héréditaires

- **Formes dominantes :**

- La transmission d'un oncogène selon un mode autosomique dominant a été authentifiée dans plusieurs types de cancer ;
- Formes rares : néoplasies endocriniennes multiples de type 1 et gène MEN1, néoplasies endocriniennes multiples de type 2 et gène RET ;
- Formes fréquentes : cancer du sein familial et gène BRCA.

- **Formes récessives :**

- La transmission d'une mutation d'un anti-oncogène selon un mode autosomique récessif a été découverte dans plusieurs situations ;
- Situations rares mais historiquement importantes : rétinoblastome et gène Rb, syndrome de Li-fraumeni et gène p53
- Maladies plus fréquentes : polypose adénomateuse familiale et gène APC.

- **Incertitudes épidémiologiques :**

- D'un point de vue épidémiologique, la présence d'une histoire familiale ou personnelle de cancer constitue un facteur de risque important de développer la maladie.
- Actuellement, cette épidémiologie n'est pas toujours expliquée par des mutations génétiques. Une prédisposition génétique ou environnementale pourrait expliquer cette association.

3. **Immunosuppression :** L'immunosuppression est un facteur de risque majeur de néoplasie hématologique ou solide. (Loriot, Y., Mordant, P, 2011, p39)

5. Les besoins des malades

En simplifiant à l'extrême, un mot peut suffire à exprimer ce que cherche le plus le malade : son autonomie, pour préserver ou voir préservés ses intérêts, comme il les entend. Il souhaite la conserver le plus possible et le plus longtemps possible, et accepte forcément mal qu'elle soit peu à peu grignotée par la maladie et le traitement qu'elle impose, progressivement et régulièrement ou par à-coups.

Confronté à une période limitée de vie, à des jours comptés, celui ou celle qui va mourir souhaite ne plus perdre de temps et donne souvent à cette période une densité surprenante : ce

qui reste peut sembler bien peu de choses à d'autres personnes mais représente tout pour le malade. Certains patients sont ainsi pris d'une sorte de « rage de vivre » pour réaliser des projets anciens toujours remis à assurer leur souvenir.

Cette autonomie s'exprime sur un triple registre : **organique, psychologique et social.**

5.1. Les besoins organiques

Les capacités physiques du malade sont les plus directement touchées par l'évolution tumorale et ses complications. Quand celle-ci ne peut plus être significativement enrayée par un traitement spécifique, le malade décline et s'affaiblit.

Il ne peut que souhaiter retarder les inconvénients qui en découlent par des mesures préventives d'abord. Comme chez une personne en bonne santé, l'activité s'entretient par une mobilité-autonome ou aidée par un Kinésithérapeute ou un proche-pour amorcer un changement de position, soutenir un peu, contribuer à une multitude d'actes de la vie courante. L'objectif pour tous est de maintenir le malade debout, le plus longtemps possible dans la journée, le plus tard possible, ce qui est souvent réalisable jusqu'à la dernière semaine précédant le décès. Auparavant il aura pu réussir à effectuer un ultime déplacement au pays de son enfance, une visite, un pèlerinage.

Le malade a besoin d'être propre, d'être nettoyé s'il ne peut laver seul l'ensemble de son corps, notamment dans ses replis et orifices sensibles comme la bouche. Il a besoin d'évacuer régulièrement ses déchets, urines ou selles.

Ainsi un traitement exposant à une constipation, comme de la morphine, doit être systématiquement accompagné de mesures préventives pour maintenir le transit intestinal et des évacuations régulières.

Il a besoin de manger ce qui lui plaît, quand cela lui plaît plutôt que de suivre un régime, mais il peut souhaiter manger en même temps que les autres, avec eux.

Il a besoin d'être soulagé de toutes les gênes fonctionnelles, des douleurs dont il souffre, d'une insomnie comme d'une hypersomnie, d'une anxiété, d'un état dépressif. (Hoerni, B, 2003, p139)

5.2. Les besoins psychologiques

Plus qu'un autre, le malade qui va mourir a besoin de voir sa volonté respectée. Quel que soit son affaiblissement, on ne saurait l'amoinrir encore en prenant des décisions, des dispositions à sa place, en le traitant sans son consentement, en le déménageant sans son accord. Il est bon d'envisager avec lui et de lui suggérer des directives anticipées susceptibles de guider les soins lors d'une complication critique, afin de lui épargner par exemple un acharnement thérapeutique et faire plus facilement accepter à ses proches une abstention décidée pour respecter la volonté de leur parent. De même, faire ou revoir son testament n'a jamais tué personne, même si certaines dispositions ou révisions peuvent être contestées par des proches qui s'estimeront lésés (le médecin sera éventuellement amené à témoigner plus tard sur l'état de conscience du mourant à un moment donné). Les conditions des soins sont à déterminer avec le malade. Il n'est pas toujours possible de satisfaire à sa sécurité, parfois à cause de difficultés plus délicates.

Le malade a besoin d'avoir confiance dans la ou les personnes qui le soignent. Il a besoin d'être sûr que tout ce qui peut être fait l'est bel et bien, que tout ce qui peut être évité est évité. Cette confiance est souvent généreusement attribuée au médecin ou à d'autres soignants, peut-être tout simplement parce que le soigné en a besoin. Elle ne va cependant pas de soi mais se justifie. A cet égard, les soignants, ne peuvent plus user de mensonge ou de toute autre tromperie qui, détectée immédiatement ou plus tard, minerait une confiance pourtant précieuse à tous. « Si ce médecin me raconte n'importe quoi, comment puis-je savoir s'il ne me fait pas aussi n'importe quoi ? »

Pourtant le malade et son entourage ont besoin d'être sûrs qu'aucune chance n'a été négligée, obligés de se résigner à accepter les insuffisances de la médecine. On peut les reconforter sans faussement les rassurer.

Le malade qui va mourir a besoin de pouvoir compter sur son médecin, être sûr qu'il ne laissera pas tomber, espérer qu'il sera là en cas d'incident ou d'accident imprévu pour le soulager de tout ce qui a besoin d'être soulagé le moment venu. Le comportement des anciens patrons qui « sautaient » au cours de leur visite la chambre des malades pour qui « il n'y avait plus rien à faire » n'est plus acceptable. S'il se voit abandonné, le patient comprendra, mieux que par toute autre indication, qu'il est « condamné », perdu. (Hoerni, B, 2003, p140)

5.3. Les besoins sociaux

La personne qui va mourir a besoin, plus qu'une autre, de ne pas être prématurément isolée, abandonnée, ni par les soignants, ni par les siens. Elle attend encore des plaisirs de rencontres avec ses amis, d'échanges même limités de contacts avec des petits enfants chéris qui perpétueront la vie, ce qui représente des plaisirs d'autant plus appréciés que ce sont les derniers.

Plus qu'une autre elle a besoin de garder l'estime de soi et de voir dans le regard des autres persister sa dignité. Cette dignité dépend un peu de l'intéressé. C'est une qualité intrinsèque inhérente à son humanité. Mais elle dépend beaucoup des autres. Le mourant peut penser qu'il représente pour eux une situation ou un spectacle indigne sinon honteux, dont on se dispenserait volontiers, dont on sera content d'être débarrassé. La majorité des demandes d'euthanasie émanent de considération sociale, et non pas organiques comme douleurs intolérables. La personne mourante a d'autant plus besoin de considération, de respect qu'ils vont moins de soi, que certaines politesses sociales ne sont plus justifiées par des intérêts futurs.

Plus qu'un autre, ce malade en fin de vie a besoin de rester un tant soit peu utile, comme ce grand-père aidant son petit-fils pour un devoir de mathématique deux jours avant sa mort, ou pour donner un avis, un conseil sur ce qui ne le concerne qu'indirectement ou qu'il ne verra pas. Il a besoin de rester influent, de ne pas être dépossédé de tout pouvoir, pour l'avenir de son entreprise, de sa famille, pour garder quelques possibilités de tout pouvoir, pour l'avenir de son entreprise, de sa famille, pour garder quelques possibilités d'intervention qui sont autant de signes de vie. Bien des personnes expriment leurs vœux pour l'organisation de leurs obsèques, le devenir de leur dépouille. Certains souhaits peuvent entraîner quelques difficultés pour les héritiers.

Alors que la croyance en l'immortalité a reculé dans nos régions, les personnes ont besoin de continuer à rêver au futur, y compris après leur mort. Elles espèrent laisser plus de regrets que de soulagement et quelques traces influant sur le devenir des survivants ou simplement rappelant leur mémoire. (Hoerni, B, 2003, p140)

6. Problèmes psychologiques

- Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (diagnostic ou rechute), des troubles psychologiques réactionnels sont très fréquents et se manifestent par des réactions de défense.

- Le patient passe en général par cinq étapes d'adaptation :
 - Le déni : le patient refuse la réalité du diagnostic et/ou sa gravité.
 - La révolte : qui se manifeste par de l'agressivité envers le personnel soignant.
 - Le marchandage.
 - La dépression.
 - L'acceptation : le patient est lucide et résigné devant la réalité de la maladie.
- 10% des patients atteints de cancer souffrent de syndrome dépressif.
- Les facteurs de risque de dépression sont :
 - Patients hospitalisés ou avec une maladie en progression.
 - Présence de symptômes somatique : douleur, dénutrition, anémie.
- Cette dépression peut conduire à un risque suicidaire : les antécédents de dépression sont à rechercher systématiquement.
- Les facteurs de gravité sont :
 - Existence d'une pathologie psychiatrique associée.
 - Scénario précis de suicide.
 - Isolement social ou familial.
 - Impulsivité (prise de toxique en particulier d'alcool, antécédent de tentative de suicide)
- Les deux signes majeurs à rechercher sont :
 - Humeur dépressive
 - Perte d'intérêt durant plus de 15 jours présents.
- D'autres signes sont possibles : sentiment de culpabilité, d'inutilité et de désespoir.
- En l'absence de signes de gravité : prescription en première intention d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine après information du patient en absence de contre-indication.
(Loriot, Y., Mordant, P, 2011, p113)

7. Prise en charge

7.1. Chirurgie

Elle constitue le traitement par excellence du cancer, qu'il soit de développement local ou locorégional, et ceci d'autre plus que les progrès réalisés ces dernières décennies par l'anesthésie et la réanimation ont rendu possible des exérèses larges.

Le traitement chirurgical peut avoir pour objectif soit l'éradication de la tumeur (traitement curatif) soit la réduction du volume tumoral, soit plus modestement le confort du malade pendant sa survie, l'exérèse de la tumeur s'avérant impossible du fait de sa localisation, ou de son extension locale, régionale ou générale (traitement palliatif).

Le traitement chirurgical peut également constituer parfois un complément thérapeutique et, dans de rares cas seulement, un traitement préventif du cancer (lésions précancéreuses).

7.2. Radiothérapie

La radiothérapie constitue un traitement qui utilise la propriété qu'ont les radiations ionisantes de détruire les cellules tumorales, par la rupture des chaînes d'ADN et d'ARN. Ces radiations de type électro-magnétique (rayons-X, rayons-Y) et corpusculaire (électrons) visent à détruire le maximum de cellules tumorales en sauvegardent le plus possible les tissus sains.

Dans l'ensemble la radiothérapie utilise quatre techniques d'irradiation. Le choix de la technique est fonction de la localisation tumorale ainsi que du type histologique de la tumeur.

Le traitement radiothérapique peut être réalisé sous forme de radiothérapie transcutanée, intracavitaire, interstitielle ou métabolique, selon le type de cancer à traiter.

Le protocole d'irradiation préalablement effectué prend en compte le volume tumoral traité et la radiosensibilité de la tumeur considérée.

Il doit comporter :

- Une définition des champs d'irradiation
- Le type de rayonnement à utiliser
- La dose totale de radiations à administrer
- La dose par séance
- Le nombre des séances
- La durée totale du traitement

7.3. Chimiothérapie

La chimiothérapie constitue le traitement médicamenteux du cancer. Cette thérapeutique, qui connaît des progrès de plus en plus marqués, utilise des substances cytotoxiques. Grâce à elle, des résultats très encourageants ont été déjà obtenus dans le traitement du cancer.

Les substances chimiques ainsi utilisées agissent sur la cellule tumorale de différentes manières :

- Soit directement sur l'ADN et l'ARN par les agents alkylants type moutarde azotées
- Soit sur la synthèse de l'ADN, de l'ARN et des protéines par les anti-métaboliques type méthotrexates
- Soit sur le fuseau cellulaire en bloquant la division de la cellule par des drogues type colchicine

Les substances chimiques cytotoxiques agissent sur les cellules tumorales en fonction de la phase du cycle cellulaire dans laquelle celles-ci se trouve :

- Soit sur les cellules quelle que soit leur phase y compris la phase Go (drogues cyclo-indépendantes)
- Soit sur les cellules quelle que soit leur phase à l'exclusion de la phase Go
- Soit sur les cellules situées dans une phase, en épargnant les cellules se trouvant dans les autres phases.

La chimiothérapie constitue un traitement adjuvant qui permet de prévenir les récurrences tumorales, en détruisant les microfoyers néoplasiques (cancer du sein, cancer de l'ovaire) (Yakep, A, 1984, p345)

7.4.Hormonothérapie

Le traitement hormonal repose sur la notion d'hormono-dépendance qui a été observée dans le développement et l'évolution de certaines tumeurs. Utilisé surtout comme traitement palliatif de certains cancers (prostate, thyroïde, sein et certaines leucoses), l'hormonothérapie a permis non seulement d'arrêter, parfois pendant plusieurs années, l'évolution des tumeurs, mais également de provoquer l'involution tant de la tumeur primitive que des métastases.

Le thérapeute peut ainsi être amené soit à administrer des substances hormonales à doses élevées (œstrogènes pour traiter le cancer de la prostate ou du sein par exemple) soit, au contraire, à détruire par la chirurgie ou la radiothérapie l'organe producteur d'hormones (castration, adrénaléctomie, hypophysectomie). Ce dernier traitement suppose toutefois l'administration d'une hormonothérapie substitutive.

L'hormonothérapie offre l'avantage n'entraîner que peu d'effets secondaires ; aussi a-t-on tenté, à juste titre, d'identifier les cancers hormonodépendants.

7.5.Immunothérapie

Les mécanismes de dépendance immunitaire dont nous sommes porteurs diminuent certainement la morbidité cancéreuse nettement plus élevée observée chez les patients en déficience immunitaire spontanée ou induite. L'efficacité de la défense immunitaire serait également confirmée par la régression spontanée de cancers avérés quoique ce phénomène soit exceptionnel. Aussi est-ce à juste titre que l'on a pensé que l'immunothérapie devrait jouer un certain rôle dans le traitement du cancer.

L'immunothérapie constitue un traitement susceptible de compléter la destruction d'une formation tumorale cancéreuse résiduelle post-chimiothérapie. Elle peut être également associée à des drogues anti-cancéreuses dont elle augmenterait l'efficacité thérapeutique tout en diminuant en particulier l'effet immunosuppresseur de ces drogues. (Yakep, A, 1984, p346)

Synthèse

Le cancer, maladie somatique par excellence, n'est pas pour certains sans fondement psychique. S'il impose de soigner un corps malade et une maladie, il appelle aussi à soigner un individu avec ses interrogations, ses sentiments, ses attentes, dont il faut aussi prendre soin. L'angoisse de patient mutilé pourrait ainsi représenter un point de liaison entre soins du corps et soins de l'esprit. La prise en charge des aspects physiologiques et psychologiques reste donc une priorité en termes de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patients atteints de cancer.

Chapitre 3

L'enfant cancéreux et sa famille

Préambule

Apprendre qu'un enfant est atteint d'un cancer est une épreuve très difficile qui entraîne des bouleversements dans la vie quotidienne de chacun des membres d'une famille. Cela peut avoir des retentissements sur divers plans : matériel, psychique, social ou spirituel. Il est important d'en être informé pour se préparer à ces difficultés.

1. Définition du cancer pédiatrique

Les cancers de l'enfant sont des proliférations de cellules anormales (cancéreuses) dans un organe ou dans la moelle osseuse. Il existe plusieurs types de cancer chez l'enfant, et ils sont différents des cancers de l'adulte. On distingue les « leucémies » lorsque le point de départ de la prolifération des cellules cancéreuses est situé dans la moelle osseuse, et les « tumeurs solides », lorsque le point de départ est situé dans un organe. Parfois les cellules cancéreuses passent dans le sang et vont se fixer à distance dans un autre organe, on parle alors de « métastases ».

<http://www.tousalecole.fr/cancer>

2. Le cancer le plus fréquent chez les enfants de (05-15ans)

Les cancers pédiatriques présentent des caractéristiques propres, ne se retrouvant pas dans les tumeurs de l'adulte. Chez les moins de 15 ans, on rencontre principalement des leucémies

2.1. Définition de la leucémie

La leucémie est une forme courante du cancer chez l'enfant. Elles résultent d'une anomalie dans le développement des cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse (cellules précurseurs de l'ensemble des cellules sanguines : globules rouges et blancs, plaquettes). Ces cellules souches peuvent évoluer en deux grands types de cellules :

- Les cellules souches lymphoïdes, qui se transforment ensuite en lymphocytes (types de globules blancs). Trois types de lymphocytes existent : les lymphocytes B, les lymphocytes T et les lymphocytes NK
- Les cellules souches myéloïdes, qui produisent les globules rouges, d'autres types de globules blancs (granulocytes, monocytes) et les plaquettes.

Les leucémies constituent un cancer particulier, car les cellules tumorales envahissent l'ensemble de l'organisme à partir de la moelle osseuse, grâce à la circulation sanguine.

2.2. Les causes du cancer

Dans plus de 90 % des cas, les causes d'une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) restent inconnues. Pour les 10 % restants, les facteurs de risque reconnus sont d'ordre génétique ou toxique et liés :

- A une anomalie génétique telle que la trisomie 21 (mongolisme ou syndrome de Down),
- A l'exposition à certaines substances toxiques (benzène, métaux lourds) et aux radiations ionisantes, Il y a probablement des facteurs de prédisposition génétique, qui font encore l'objet d'études : le jumeau monozygote (vrai jumeau) d'un enfant atteint d'une leucémie risque lui aussi de développer cette maladie, surtout si celle-ci survient dans la première année de vie. " Mais il ne s'agit en aucun cas d'une maladie génétique transmissible.

2.3. Les types de leucémie chez l'enfant

On rencontre principalement des leucémies aiguës, d'évolution rapide, par opposition aux leucémies chroniques plus fréquentes chez l'adulte. Selon le type de globules blancs atteints, on parle de :

- Leucémie aiguë lymphoïde (lymphoblastique) si les lymphocytes (type de globule blanc) sont en cause. La Leucémie Aiguë Lymphoblastique (LAL) représente 80% des leucémies aiguës de l'enfant.
- Leucémie aiguë myéloïde (myéloblastique) (LAM) si les cellules de la lignée myéloïde sont en cause (20%).

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2551702,leucemie-enfant-types-symptomes-guirison>

2.4. Les symptômes

La leucémie aiguë survient de manière brutale et se manifeste par une insuffisance de la moelle osseuse et la prolifération de cellules anormales, l'une étant le résultat de l'autre. L'insuffisance médullaire se répercute sur les trois types de cellules sanguines. On observe alors :

- Pâleur, fatigue, difficultés respiratoires (dyspnée), palpitations (tachycardie) et malaise général, c'est un signe de manque de globules rouges (anémie),

- Des infections récidivantes telles que angines, bronchites, infections des gencives (gingivite), c'est un signe de manque de globules blancs normaux,
- De petits saignements dans l'épaisseur de la peau (pétéchies), des pertes de sang au niveau des gencives, du nez, etc., c'est un signe de manque de plaquettes.

Les signes de prolifération cellulaire s'observent notamment par :

- Une augmentation de volume du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques,
- Des douleurs osseuses ou articulaires, au point que l'enfant peut se mettre à boiter (elles sont dues à la prolifération de cellules leucémiques dans la moelle des os concernés).

Il est rare qu'un enfant présente l'ensemble de ces anomalies. Elles peuvent souvent se résumer à un ou deux symptômes.

2.5.Traitements

Pour traiter la leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant, on utilise avant tout la chimiothérapie. Ce traitement est classiquement divisé en plusieurs étapes :

- ❖ **L'induction** : C'est la phase initiale du traitement. Elle a pour but de réduire fortement la quantité de cellules cancéreuses. Il s'agit d'un traitement relativement intensif qui dure 3 à 4 semaines.
- ❖ **La consolidation** : Elle débute dès l'obtention de la rémission complète c'est à dire l'absence de symptômes et de signes cliniques (on ne détecte plus de cellules cancéreuses dans le sang ni dans la moelle osseuse). Cette phase du traitement fait appel à des médicaments différents de ceux utilisés lors de l'induction.
 - "Le taux de guérison des leucémies ne cesse de s'améliorer,"
- ❖ **L'intensification**
 - Elle fait suite à la consolidation et reprend habituellement les médicaments utilisés lors de l'induction.
 - "Ces phases de traitement constituent le traitement " lourd ", qui dure entre 6 et 12 mois, avec des conséquences sur la vie familiale et la scolarité, poursuit le Dr Rénard. En effet, l'enfant est souvent à l'hôpital et ne peut pas aller à l'école. Heureusement, l'école à l'hôpital ainsi que de nombreux intervenants prennent le relais pour aider l'enfant et sa famille durant cette période difficile."
 - Le traitement d'entretien (dans les cas de leucémie aiguë lymphoblastique uniquement)

- Il vise à éviter une éventuelle reprise de la maladie et dure environ 2 ans. À l'arrêt du traitement, on procède pendant plusieurs années à une surveillance régulière qui consiste en un examen médical et une prise de sang.

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2551702,leucemie-enfant-types-symptomes-guiron>

3. Le vécu psychologique de l'enfant cancéreux

3.1. Impacts de la maladie sur la vie de l'enfant

Au début de la maladie, l'enfant est bien sûr extrêmement affecté, a du mal à comprendre ce qui lui arrive. La maladie est alors vécue comme une énigme cachée à l'intérieur de son corps. Face à cette inconnue, il peut ressentir de l'anxiété, voire développer des symptômes de dépression. Ces émotions peuvent, par exemple, se traduire par une perte du désir d'aller à l'école. Parfois, en réponse à l'anxiété et à la frustration de voir ses capacités réduites, il arrive que l'enfant ressente de la colère, qu'il dirige alors contre ses parents, son médecin ou son traitement, à défaut de pouvoir la diriger contre une cause qu'il ne maîtrise pas. Il arrive également qu'il vive sa maladie comme une punition et qu'il ressente de la culpabilité à l'idée de faire souffrir sa famille.

La maladie et l'hospitalisation privent l'enfant des occasions de jouer avec d'autres enfants. Les autres enfants peuvent aussi rejeter ou se moquer de lui à cause de ses différences physiques ou de ses incapacités. Un enfant peut se rendre compte que la maladie modifie son corps, surtout si les changements surviennent au cours de l'enfance et ne sont pas présents depuis la naissance.

<https://www.vidal.fr/sante/enfants/maladies-chronique-handicap/enfants-maladie-chronique>

Les enfants scolarisés peuvent être le plus affectés par l'incapacité à aller à l'école, qui est perçue comme un lieu de formation et d'échange de connaissances, où les élèves y passent la moitié de leurs temps. Elle est considérée comme un milieu social qui permet à l'élève de s'instruire, de se former et de développer ses compétences cognitives afin de s'adapter à son environnement. (Benchallal, A, 2020, p1275)

3.2. Les réactions psychologiques de l'enfant face à sa maladie

Plusieurs facteurs influencent les réactions de l'enfant face à sa maladie dont la gravité de la maladie, la souffrance qui s'ensuit, l'obligation de manquer l'école, de s'éloigner de la maison ou de ne plus participer à certaines activités sportives.

En effet la réaction de l'enfant face à sa maladie (cancer) elles vont dépendre de l'âge de l'enfant, son histoire, ainsi que les caractéristiques de la maladie. Ces réactions sont multiples mais les plus fréquentes sont les suivantes.

1. L'anxiété

Elle est souvent masquée par une apparente maîtrise de la maladie et une pseudo-hypermaturité qui rassure les parents. Pour eux, si l'enfant comprend sa maladie et en sait aussi long que les médecins, il ne peut pas être anxieux. Mais il reste souvent des moments où l'anxiété apparaît au premier plan, à l'occasion d'une reprise. Evolutive ou d'un moment thérapeutique particulier (lors d'une chimio par exemple). L'enfant peut être agité, excitable, instable, dans une quête affective permanente. L'autre est investi comme celui qui pourrait calmer un peu l'hyper vigilance de l'enfant vis-à-vis de son corps malade. Parfois on observe des réactions de déni et de refus de traitement (Epelbaum, C., Ferrari, P, 2016, p449).

L'anxiété est une réaction de peur devant sa maladie et peut permettre à l'enfant de demeurer prudent dans certaines circonstances. Il arrive toutefois qu'un enfant, réagisse de façon exagérée ou la nouveauté. Si l'anxiété prend trop d'ampleur ou nuit à la vie quotidienne de votre enfant, il est important de trouver des façons d'atténuer ses craintes.

L'anxiété est une émotion courante chez les enfants cancéreux. Déjà, le processus qui mène au diagnostic est une source d'anxiété. Si l'enfant doit être hospitalisé, il a de fortes chances qu'il soit confus et terrifié. Savoir que son corps est endommagé et que des cellules cancéreuses se répandent à l'intérieur fait peur. Les prises de sang, les biopsies, les ponctions lombaires, les aspirations de moelle osseuse, la chimiothérapie et les autres tests font vite partie de leur vie, mais ces jeunes ne comprennent pas tout à fait pourquoi ils subissent ça, ni ce que le médecin et leur famille peuvent attendre d'eux. Donc plusieurs questions qui bousculent dans leur tête par exemple, est ce que ça va faire mal ? Est-ce que je vais avoir des cicatrices ? Est-ce que je vais mourir ? Donc tout ça conduit l'enfant à une anxiété.

<https://www.hospitalpourenfants.com/infos-sante>

2. L'agressivité

Elle est souvent liée à l'angoisse. Elle est dirigée vers les proches et /ou vers l'équipe médicale. Elle est souvent relayée par celle de la famille qui projette la sienne sur l'équipe soignante avec laquelle une certaine rivalité peut apparaître. La confiance sera alors bien difficile à rétablir si les réactions agressives des parents et de l'enfant ne sont pas désamorçées

d'emblée par une écoute qui nécessite une certaine distance et une réponse qui n'est pas immédiate et directe (Epelbaum, C., Ferrari, 2016, p449)

L'enfant peut ressentir de la colère face à la fatalité. Devoir tout d'un coup faire des choses qui ne font pas partie de la réalité des gens de son âge (prendre des médicaments, passer des tests, rester à l'hôpital) ou encore voir son intimité envahie par les médecins, les infirmières et ses parents suscite des sentiments d'impuissance et de frustration.
<https://www.hospitalpourenfants.com/infos-sante>

4. L'impact du cancer de l'enfant sur la famille

4.1.L'annonce du cancer

Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilité. La maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de reconforter le patient, prendre part aux décisions médicales aux soins et parallèlement, s'efforcer d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une situation médicale en évolution constante.

La situation générée par l'affection cancéreuse comporte une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation de la personne malade et aussi de celle de sa famille. Il s'agit des crises associées aux premiers symptômes, au diagnostic, aux traitements, au retour à domicile, à la phase terminale et au décès. Le concept de stress- qui rend actuellement le mieux compte de l'impact émotionnel du cancer sur le psychisme d'un individu- peut être également appliqué à la famille du patient cancéreux.

Les problématiques développées ci-dessous concernant la famille nucléaire désigne la cellule familiale composée des parents et de leurs enfants. La famille étendue désigne le réseau familial comprenant les grands-parents, oncles, tantes et neveux. (Delvaux, N, 2006, p83)

4.2.Les réactions de la famille face à la révélation du cancer de leur enfant

Le diagnostic de cancer précipite la famille dans une crise émotionnelle aiguë. Cette crise est principalement déclenchée par la menace de perdre un proche et la remise en question des

fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille. Cette situation induit des sentiments de peur, d'aliénation, de vulnérabilité, d'impuissance et de culpabilités. (Delvaux, N, 2006 P83)

Les premières réactions (choc, sentiment de culpabilité) :

- **Choc :** Selon Evans (1976), une personne est en état de choc lorsque, placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. (Lamarche, C. 1985, p38)

L'annonce d'une maladie grave touchant un enfant résulte un choc émotionnel important chez ses parents.

- **La culpabilité :** La culpabilité comprend un sentiment de responsabilité personnelle, assorti d'une forme de détresse éprouvée envers autrui. (Graton, A., François, R, 2017, p39)

La maladie de l'enfant provoque un sentiment de culpabilité des parents. Ils se sentent souvent que sa maladie c'est leur faute car ils n'étaient pas à la hauteur dans leur rôle de protéger l'enfant contre tout ce qui est mal, ou en cas de diagnostic retardé, les parents s'accusant de ne pas pu remarquer à temps sa maladie. Ils peuvent également persuader que la maladie de leur enfant est une punition méritée pour toutes sortes de pensées honteuses ou de méfaits.

5. Le partage des rôles et des responsabilités au sein de la famille

Le bouleversement familial se manifeste ensuite au niveau de son fonctionnement. Lorsque survient la maladie, la répartition des rôles au sein de la famille et l'organisation de la vie quotidienne doivent être en effet souvent modifiées. Le malade, devenu incapable d'assumer certains rôles habituels est remplacés par d'autres membres de la famille. Le succès de la mise en place de cette nouvelle organisation contribue à favoriser l'adaptation individuelle intra- et extrafamiliale. Il repose sur une perception adéquate des réalités présentes et futures et nécessite un accord de tous les membres de la famille sur la nouvelle répartition des fonctions. Il est important de déterminer qui, dans la famille, est susceptible de remplacer partiellement ou totalement le malade. (Delvaux, N, 2006, p93)

Synthèse

La maladie grave de l'enfant confronte la famille à des situations nouvelles, complexe et bouleversante, car avoir un enfant atteint de cancer est l'un des plus grands défis qu'une famille peut affronter, qui nécessitent des capacités d'adaptation importantes et remise en question des fonctions et des rôles de chacun.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 4

La méthodologie de recherche

Préambule

Dans chaque recherche scientifique il nécessite de suivre une méthodologie, c'est le fil conducteur qui nous guide tout au long de notre étude. Ce chapitre va nous montrer la méthode sur laquelle nous nous sommes basés pour effectuer notre recherche, notre démarche sur le terrain, la population d'étude ainsi que les outils de recherche que nous avons utilisés.

Notre travail de recherche dont le thème s'intitule « la résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux », Nous allons essayer de donner une description objective du vécu Psychologique de ces mamans.

1. Méthode utilisée dans la recherche

La recherche en psychologie comme dans tous les autres secteurs de l'investigation scientifique, implique la mise en œuvre d'une méthode, c'est-à-dire d'un ensemble de principe et de règle de planification de la démonstration inductive et de l'administration de la preuve. (Beauvois, J., Roulin, J., Tiberghien, G, et, 1990, p15)

Le chercheur doit adopter une méthodologie de recherche qui convient à sa thématique, La méthode est la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but.

1.1. La méthode descriptive

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthodes corrélationnelle, méthode normative développementale, enquête). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

A pour objectif « d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (Chahraoui, KH, 2003, p125)

1.2. Etude de cas

On se base sur l'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives et historique, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

L'étude de cas fait partie de méthodologie descriptive et historique. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas est

naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens font souvent référence. (Chahraoui, KH, Bénony, H, 2003, p125-126)

« Selon Lagache, l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'une être humain concret et complet aux prises avec une situation ». (Pardinielli., Fernandez, 2005, p59)

L'objectif de l'étude de cas

L'étude de cas sert à connaître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaire, échelles clinique, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, des causes, le développement de l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Chehraoui, KH, 2003, p123)

Pour réaliser notre travail de recherche nous avons choisi l'étude de cas comme méthode de recherche elle nous laisse toujours près de la réalité clinique et elle nous donne la possibilité de décrire, d'observer, et d'analyser la résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux.

2. Lieu de la recherche

Nous avons effectué notre stage pratique au niveau de l'Association de bienfaisance d'aide au malade cancéreux sous le nom « Tudert » qui se situent à la wilaya de Bejaia spécifiquement à Amizour, cette association a été créée en 28 juin 2015 par les cadres de la santé, de la solidarité, et de la solidarité civile qui contiennent 1455 des adhérents, 2161 des malades dont 40 sont des psychologues. L'association se compose de 4 salles, Dans le but d'accompagner les malades cancéreux dans le processus de prise en charge multidisciplinaire.

3. Groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des mamans d'enfant cancéreux au sein de l'association « Tudert » d'aide aux malades cancéreux. Notre groupe de recherche est composé de six mamans. Ces enfants sont âgés entre 5ans 15ans.

Tableau n°1 : les caractéristiques de groupe de recherche :

Les cas	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Situation familiale	L'âge de l'enfant malade
Fahima	39ans	Illettré	Femme au foyer	Mariée	5ans
Malika	43ans	Illettré	Cuisinière	Mariée	8ans
Aicha	40ans	Secondaire	Commerçante	Dans le divorce	13ans
Karima	40 ans	Illettré	Femme au foyer	Mariée	5ans
Fadhila	47ans	Illettré	Femme au foyer	Mariée	15ans
Nadia	39ans	Primaire	Coutière	Mariée	14ans

4. Les critères de sélection

4.1. Les critères d'inclusion

- Des enfants présentant tout type de cancer : nous n'avons pas pris en considération le type de cancer car nous s'intéressons à leurs mamans.
- Les enfants âgés entre 5ans et 15ans : parce que nous travaillons avec les mamans ayant un enfant cancéreux.
- Mamans prête à coopérer à notre recherche.

4.2. Les critères d'exclusion

- Les sujets qui n'ont pas une mère : parce que nous travaillons avec les mamans.
- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération car cette maladie touche toutes les classes sociales.

5. Les outils de la recherche

Dans ce qui suit nous allons présenter les outils que nous avons appliqués dans notre travail de recherche.

L'entretien : C'est une rencontre entre au moins deux sujets, dont l'un est un professionnel exerçant dans le cadre de cette rencontre une de ces fonctions professionnelles et dont l'autre reconnaît cette fonction et règle dans l'entretien son attitude sur cette reconnaissance. Ainsi, l'entretien est une relation sociale dans les fonctions et les rôles des participants, les objectifs de la rencontre et les règles qui la régissent sont en grande partie prédéterminés par sa fonction sociale. (Bouvet, C, 2018, p9)

5.1.L'entretien clinique

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociale, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes, il apparaît donc comme un outil tout à fait et remplaçables et unique c'est l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés.(Chahraoui, KH, 2005, p11-12)

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. (Bouvet, C, 2018, p14)

5.2.L'entretien semi-directif

Une recherche peut être conduite uniquement à partir d'entretiens exploratoires non-directifs (pour prendre connaissance d'un terrain) mais généralement, après quelques entretiens de ce type, on passera à une technique un peu plus directive, comme celle de l'entretien semi-directif ou guidé. Dans ce type d'entrevue, l'enquêteur s'est fixé des zones d'exploration et veut

obtenir que le sujet traite et approfondisse un certain nombre de thèmes (Berthier, N, 2006, p78).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais un moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

5.3. Le guide d'entretien

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer »

Le guide d'entretien comprend les axes de la thématique à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, tout fois celles-ci ne sont pas posées de manière directive. (Chahraoui, KH., Bénonny, H.1999, P68-69)

Le guide d'entretien doit également inclure les axes concernant le thème de recherche et des questions préparées à poser de manière semi-directive, il est composé de 5 axes :

1. Les données personnelles des mamans
2. Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant
3. Le vécu psychologique des mamans face au diagnostic de leurs enfants
4. Les informations relatives la résilience des mamans
5. Les informations concernant l'avenir de la maman et son enfant

6. Définition et application de l'échelle

En psychologie, la notion d'échelle concernant la mesure. Elle est utilisée lorsque ce qui est mesuré est ordonnable en une suite de niveaux. Les relations entre classes successives peuvent

être basées seulement sur un ordre, mais aussi sur des relations de distance (échelle d'intervalle) ou même de rapport. <https://carnets2psycho.net>

Nous avons eu recours à une seule échelle durant notre recherche : échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993).

6.1. Définition et application de l'échelle de résilience de Wagnild & Young

Il s'agit du premier instrument élaboré par Wagnild et Young (1993) dans le l'objectif était la mesure de la résilience. Il s'agit d'une échelle auto-administrée comprenant 25 items répartie en deux dimensions soit la « compétence personnelle » et la « satisfaction de soi de la vie ». Le premier fait référence plus spécifiquement à la confiance en soi, l'indépendance, la détermination, la maîtrise de soi, la capacité à faire aux situations difficiles et persévérance. Les items suivants sont des exemples rattachés à cette dimension : « Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement m'en sortir » ; « je suis une personne déterminée ». La deuxième dimension quant à elle fait référence à l'adaptabilité, l'équilibre, la flexibilité et une perspective de vie équilibrée. Les items suivants sont des exemples propres à cette dimension : « je prends les choses comme elles viennent » ; « je ne m'attarde pas sue les choses qui sont hors de mon contrôle ».

Cette échelle était traduite en plusieurs langues et elle est utilisée auprès de diverses populations ayant été confrontées à des situations adversité, dont les adolescents à risque, les adolescents sans abri, les immigrants, les femmes violentées, les mères adolescents, et les personnes âgée. (Tourigny, S, 2016, p31)

6.2. La consigne

« Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en tournant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord) ». (Ionescu, S., Ionescu, J, 2001, p61)

6.3. Le mode de passation

Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). (Beaudoin, 2013, p.58).

Elle est bidimensionnelle : Compétences personnelles (17 items) et acceptation de soi et de la vie (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild et Collins, 2009). Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes. (Omolmo, 2016).

6.4.Le score

Le score total varie entre 25 et 175. Un score plus bas que 121 est considéré comme un caractère peu résilient, entre 121 et 145 indique un caractère modérément résilient et un score au-dessus de 146 est jugé comme un caractère résilient ou très résilient (Wagnild & Collins, 2009). (Beaudoin, 2013, p58)

6.5.Validité de L'ER

La mesure intégrale a été validée auprès de populations adultes de Chine, d'Italie de Finlande et du Japon, de populations diverses d'Espagne, et d'une population de personnes âgées (80-90 ans) des États-Unis. On l'a également validée auprès d'une population d'adolescents du Nigeria. Les résultats de la validation initiale de la mesure comportaient une structure à facteur unique et une excellente cohérence interne. Depuis l'élaboration de l'échelle, d'autres études ont démontré la validité de son concept et la fiabilité de sa reproductibilité. La version abrégée de la mesure a été validée auprès de populations adultes du Brésil, de Chine, de Finlande, d'Italie, du Japon et du Nigeria. La validité de l'échelle de résilience de Wagnild et Young est solide sa validation dans bon nombre de contextes internationaux en font un instrument d'usage pertinent dans le contexte multiculturel du Canada et pour de multiples groupes d'âge. (Liebenberg, L., al, 2017)

Enfin, cet outil psychométrique que nous venons d'exposer est censé de nous permettre de mesurer le degré de la résilience, et de produire ainsi une mesure chiffrée, comme il permet aussi de placer le sujet de notre recherche dans la dimension explorée pour en donner un indicateur d'un caractère peu à très résilient. Cet outil permet alors de mesurer le degré à partir des indicateurs qui sont les items.

Nous allons s'attarder dans les prochains linges sur les étapes du déroulement de notre recherche.

7. Le déroulement de la recherche

7.1. La pré-enquête

C'est une étape très essentielle pour toute recherche, elle nous a permis de réunir les informations vitales sur les caractéristiques de notre population d'étude, elle a pour but d'apporter les données nécessaires pour notre guide d'entretien, aussi elle nous a permis de préciser la définition des objectifs, et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et élaborer nos hypothèses.

La pré-enquête permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste (Salès, W-E, 2006, p8).

« Elle constitue une procédure assez pertinente à porter dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'expliquer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologie permanente ». (Cario, R, 2000, p11)

Au début de notre recherche nous avons effectué notre pré-enquête au sein de « l'association d'aide malade cancéreux » d'Amizour à Bejaia. Nous nous sommes présentés le début mars 2021, en tant qu'étudiantes en psychologie clinique. Nous avons d'abord été accueillies par le vice président de l'association monsieur Azibi Mabrouk, on lui a expliqué le but de notre recherche et il nous a orientées vers la psychologue de l'association qui nous a donné son accord pour entamer la pré-enquête. Il nous aura fallu une semaine pour obtenir les papiers nécessaires, nous avons commencé notre stage le 28 mars 2021 nous nous sommes présentées sur les lieux deux fois par semaine pendant un mois.

La psychologue de l'association nous a aidées en affichant les dossiers des cas qui conviennent à notre recherche, dans le but de vérifier l'efficacité de notre guide d'entretien, nous l'avons testé sur trois mamans.

7.2. Les Attitudes du clinicien

Dans notre recherche nous avons adopté une attitude de neutralité bienveillante et donc à ne pas porter des jugements ou de critique, et de mettre en confiance le sujet et le laisser s'exprimer. Nous étions basées sur l'écoute attentive, et respectant les moments de silence.

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non-directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

Non-directivité

La notion d'attitude clinique est proche de la conception rogérienne de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante :

La non- directivité : c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée.

Respect

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect de sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et les enseignants chercheurs en psychologie.

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues » code de déontologie des psychologues 1996

Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection ; du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernée. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette potion éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négatives mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques.

Neutralité bienveillante

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler des jugements, de critiques ou de

désapprobation à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou la distance mais doit s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

Empathie

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur de sujet dans sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de :

« Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si » ... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire. »

L'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et son efficacité.

En résumé, nous pouvons dire que l'attitude clinique relève tant d'un dispositif technique que d'une véritable approche déontologique. Toutefois, l'attitude clinique est Très liée à la personne du clinicien et implique donc une certaine maîtrise de soi et une sérénité par rapport aux problèmes rencontrés, ce qui n'est pas toujours évident dans certaine situation ; c'est pourquoi le clinicien, pour maintenir cette « bonne distance » avec le sujet, devra analyser et clarifier ses propres contre attitudes et émotion. (Chahraoui, KH., Bénony, H, 1999, P17-19)

7.3.L'enquête

La méthode de l'enquête consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leurs comportements ou leurs opinions, en utilisant des questions ou des interviews. La manière dont les questions sont formulées est décisive dans la mesure où elle peut induire les réponses des sujets. (Chahraoui, KH., Bénony, H.2003, P131-132)

Notre enquête s'est déroulée du 28 mars 2021 jusqu'au 28 mai 2021 avec l'aide de l'association (Tuderth) qui nous a donné les coordonnées des cas qui corresponde à notre recherche, après avoir le consentement éclairé de chaque cas on s'est déplacées à domicile dans des différents régions de la Kabylie (Bejaia, EL-Kseur, Tichy).

En effet, ce sont nos sujets de recherches qui proposent la journée et l'heure de la passation, donc on s'est déplacées et on a essayé de créer un cadre de travail adéquat pour un bon déroulement de notre entretien.

Comme notre thème de recherche l'indique, la résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux, on a pu constituer un groupe de recherche, nous avons expliqué notre travail et notre objectif le plus de clarté possible.

Notre groupe de recherche constitué de six cas, et afin de recueillir les informations nécessaires à notre recherche, nous avons commencé par passer l'entretien semi directif aux mamans avec cette consigne « nous allons vous poser quelque question concernant vous et la maladie de votre enfant et comment viviez-vous cette situation ».

La durée de l'entretien varie d'une personne à une autre du 30minute à 45minute. La langue employée dans notre guide d'entretien et le kabyle parce que nos sujets ne comprennent pas la langue française, donc nous avons dû traduire les questions.

L'autre outil de travail de recherche a été l'échelle de Wagnild&Young1993, qui nous a permet de mesurer le degré de la résilience chez ces mamans.

7.4.Limites et difficultés rencontrées

Durant notre recherche, nous avons rencontré quelques difficultés qui sont les suivants :

- Le manque de centres spécialisés pour les enfants cancéreux à Bejaia.
- Le manque de documentation traitant de notre thème au niveau de la bibliothèque de L'université.
- Le manque d'études antérieures.
- Difficultés de faire un entretien dans de bonnes conditions.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique nous a permis d'avoir une bonne organisation de notre travail de recherche, il comporte les étapes et les techniques qu'on a suivies durant notre étude. Ce qui nous a facilité la compréhension de déroulement de la démarche clinique et l'importance de l'étude de cas en psychologie cliniques

Chapitre 5

Présentation, Analyse
des résultats et
discussion des
hypothèses

Préambule

Dans cette partie du travail, nous allons faire la présentation de nos cas clinique et l'analyse des résultats obtenus par l'utilisation de l'entretien, et par l'échelle de résilience (Wagnild&Young, 1993) pour mesurer le degré de la résilience, ces outils dont la pertinence n'est plus à prouver et dont l'analyse vous permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises à notre problématique de recherche.

1. Présentations et analyse des résultats

Cas N°1

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Fahima

Madame Fahima âgé 39 ans, femme au foyer, illettrée et mère de trois enfants (une fille de 11 ans et deux garçons de 10 et 5 ans), dont le plus petit benjamin est cancéreux.

L'entretien s'est déroulé seulement avec madame Fahima vers 13h à son domicile, il a duré 45 minutes, nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes en master 2 en psychologie clinique, nous avons d'abord pris le temps pour lui expliquer l'objet de notre recherche. Madame Fahima était gentille, compréhensive, elle avait l'air à l'aise, elle à accepter de répondre à nos questions facilement.

Axe1 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

15 jours avant l'annonce de la maladie de l'enfant, Fahima a remarqué quelques symptômes, elle a exprimé de la façon suivante « j'ai senti que y a quelque chose qui ne va pas chez mon enfant », des douleurs abdominales, des vomissements, changement de couleur des urines, ils sont devenus rouge, fièvre intense, puis ils ont consulté un médecin généraliste qui leurra demandé de faire des analyses et un scanner, après les résultats, finalement il s'agit d'un type de cancer appelé lymphome de Burkitt abdominal dépister à l'âge de 4 ans.

Pour la maman ce type de cancer se propage rapidement dans le corps mais il est guérison. Elle a expliqué pour son enfant qu'il est malade il doit faire attention à lui quand elle a dit « j'ai lui expliqué qu'il est différent des autres, qu'il est malade mais il ne comprend pas de quoi s'agit-il sa maladie par ce qu'il est encore petit ».

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

La maman affirme que son fils a des changements de comportement depuis sa maladie il est devenu agressive avec les membres de la famille surtout quand ils parlent sur sa maladie devant lui, aussi il présente une anxiété face au médecin.

La maman décrit la maladie de son enfant, comme quelque chose de nouveau pour eux, elle disait qu'elle n'a jamais vu ou entendu parler de cette maladie, et son fils est le premier qui est atteint dans leur village.

Mme Fahima déclare qu'ils sont trouvés des difficultés par rapport aux soins de leur enfant, par ce qu'ils vivaient dans un village, d'où le manque de moyens, donc ils étaient obligés de se déplacer vers la ville pour être près de l'hôpital, ainsi par rapport au Covid-19 pendant le confinement.

Axe2 : Le vécu psychologique des mamans au diagnostic de leurs enfants

Mme Fahima a annoncé qu'avant le diagnostic, elle avait le doute que son fils attient une maladie grave vu les signes qu'elle avait remarqués.

Durant l'annonce de diagnostic, la maman était seule et c'était trop difficile pour elle, au début elle n'a pas accepté, elle était complètement découragée, « j'étais sous le choc, ma première pensée c'est que je vais perdre mon enfant, c'était insupportable ». La maman durant cette période a vécu beaucoup des sensations d'anxiété, d'angoisse et de culpabilité « c'est un enfant non désiré, c'est pour ça que je me blâme, je me sens coupable et je me disais que sa maladie est une punition pour moi » « ou peut-être à cause de mon négligence ».

Pendant l'hospitalisation de l'enfant, la maman n'arrive pas à faire l'équilibre entre les soins à l'hôpital et le maintien de la familial « quand j'étais à l'hôpital, j'ai passé 4 mois je ne savais pas ce qui s'est passé dans ma maison, j'ai tout abandonné ».

Ce qui concerne la relation de Fahima avec son enfant est fusionnel, il est trop attaché à elle par rapport à son père « il aime son papa, mais il est beaucoup plus attaché à moi, il ne peut pas s'éloigner de moi ».

Axe3 : Les informations concernant la résilience

Au début, Madame Fahima a exprimé sa détresse « j'avais trop de peine pour mon enfant, j'étais vraiment triste et démoralisé ». Mais avec le soutien et l'aide par des mots rassurants qu'elle a eu de la part de sa famille et sa belle-famille « ne t'inquiète pas il va guérir, on va tout faire pour lui », Mme Fahima elle a pu se reconstruire après cette épreuve douloureuse.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

En ce qui concerne la résilience, Mme Fahima a un grand potentiel de résilience, plusieurs ressources apparaissent clairement chez elle, d'abord l'entourage est bienveillant « J'ai vraiment de la chance de les avoir tous à mes côtés, je me sens bien entouré, ils donnent aussi beaucoup d'amour et d'affection à mon fils », un mari compréhensif, leur relation est stable et la communication est optimale.

Malgré tout ce qu'elle a vécu Mme Fahima, elle arrive à voir les choses de manière positive, de gérer les problèmes de façon raisonnable et de surmonter l'intensité de cet événement, « je trouve des solutions à mes problèmes avec la communication, le dialogue, je ne suis pas impulsif mais raisonnable, je ne fais pas les choses avant de réfléchir mille fois ». La maman utilise certaines stratégies pour diminuer son stress quand elle a exprimé, « Quand je suis trop stressé et triste, je fais la prière, je lis le courant et cela me fait du bien sur le moment ou bien je me préoccupe des tâches ménagères ».

Axe4 : les informations concernant l'avenir de l'enfant et la maman

Ce qu'elle souhaite à l'avenir que la guérison de son petit-fils et qu'elle puisse reprendre sa vie habituelle, elle nous disait, qu'elle a encore de l'espoir. Et concernant l'avenir de son l'enfant, la maman a des craintes, elle a peur qu'il garde les traces de sa maladie dans le futur.

Résumé de cas de Fahima

A partir du discours de Mme Fahima, nous remarquons qu'au début elle a éprouvé une souffrance psychologique intense comme la détresse, la culpabilité, l'anxiété et l'angoisse. Mais avec les soutiens qu'elle a eus de la part de sa famille, elle a pu surmonter et s'adapter à la maladie de son enfant.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild & Young

Tableau n°2 : Résultat de Mme Fahima

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Total
1							7	111
2					5			
3							7	
4			3					
5						6		
6		2						
7		2						
8	1							
9							7	
10				4				
11					5			
12					5			
13							7	
14						6		
15				4				
16							7	
17					5			
18							7	
19			3					
20				4				
21							7	
22					5			
23		2						
24			3					
25					5			

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young, d'après ces résultats nous constatons que Mme Fahima a obtenu un score total de 111, et cela indique un caractère peu résilient.

Synthèse

D'après le résultat total obtenu de cette échelle, qui est 111, ce résultat signifie que notre sujet présente un caractère peu résilient, mais possède des ressources internes adéquates et des compétences personnelles qu'il lui permet de gérer de manière efficace son stress pour faire face aux obstacles de la vie et dépasser sa souffrance, parce qu'il est totalement en accord avec les items suivants « lorsque je fais des projet, je les mène à terme », « je peux compter sur moi que sur les autres » , et on remarquons qu'il est en désaccord avec l'item « je m'aime bien », ce qui montre que Mme Fahima a un manque d'estime de soi.

Cas N°2

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Malika

Malika est une femme âgée de 43 ans, qui est illettrée, cuisinière dans une crèche, mariée et avec trois filles (17 ans, 15 ans, 8 ans) dont la petite benjamine atteint d'un cancer.

L'entretien avec Malika s'est déroulé vers 10h à son domicile, il a duré 50 minutes nous sommes présentés comme étant des étudiantes en master 2 en psychologie clinique, nous avons d'abord lui expliquer l'objet de notre recherche. Madame Malika était gentille, elle a accepté de participer à notre travail sans aucun inconvénient, elle s'est sentie très à l'aise à notre présence.

Axe1 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

Mme Malika a commencé à nous décrire les symptômes qu'elle a remarqué chez sa fille à l'âge d'un an, la petite fille ne marche pas, elle a maux de tête répétitifs, des vomissements et ses comportements ont changés. Après les analyses et l'IRM qui ont fait pour la fille, ils ont découvert qu'elle est atteinte de cancer dans le cerveau.

Elle nous a raconté que sa fille a subi plusieurs opérations au niveau de cerveaux, ce qui a gravé l'état de santé de la fille, elle a perdu la parole et devenue bigleuse, mais avec les soins elle a récupéré seulement la parole.

Mme Malika déclare que c'est elle qui a expliqué à sa fille qu'elle est malade, quand nous a exprimé « ma fille se pose des questions sur la raison de ne pas pouvoir jouer avec ses paires,

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

donc j'étais obligé de lui expliquer sa maladie », par la suite, la fille s'est habituée à sa maladie, elle dit pour ses pairs qu'elle ne pourra pas faire et jouer comme eux.

Axe2 : le vécu psychologique des mamans au diagnostic de leurs enfants

Après le diagnostic de la maladie de la fille, la maman n'a pas été au courant, son mari lui a caché la vérité, il lui a dit seulement qu'elle a de l'eau dans sa tête, mais après les consultations, le médecin lui a expliqué que sa fille atteinte d'une tumeur cérébrale.

Au moment de la déclaration de médecin la maman était seule, elle nous a dit « c'était très dur, c'est une déchirure et un choc énorme pour moi, j'ai perdu conscience, surtout lorsque le médecin m'a dit prépare toi pour tout » elle disait que c'était vraiment difficile « je suis devenu folle et je ne veux voir personne, ni entendre leur question sur cette maladie » ce qui montre que la maman a utilisé la stratégie de l'évitement.

Ce qui a renforcé l'état de tristesse de la maman c'est son mari, parce qu'elle a beaucoup de problèmes avec lui, et il néglige la maladie de sa fille, lorsqu'elle a exprimé « je fais tous ses soins seule, il ne m'aide pas, il me laisse toute la responsabilité », elle ajouta « on se communique pas du tout », ce qui montre que la maman vive la maladie de sa fille et ces difficultés tout seule. Elle a affirmé que peu à peu, elle a accepté la maladie de sa fille lorsqu'elle a vu des cas plus graves.

La maman déclare que n'a pas pu faire l'équilibre entre ces soins à l'hôpital et le maintien de sa vie familiale, elle a trouvé des difficultés.

Elle a décrit sa relation avec sa fille, comme une relation détachée, la fille est attachée beaucoup plus à son papa en disant « elle m'aime mais elle aime beaucoup plus son père ».

Axe3 : les informations concernant la résilience

En abordant les questions qui concernent sa résilience « la plupart du temps, je me sens triste et démoralisé, surtout quand je pense à la maladie de ma fille et mes problèmes avec mon mari », la maman n'a pas trouver de soutien de la part de son mari, elle nous a dit qu'elle a besoin de partager ça avec son mari et elle souhaite qu'il soit à son écoute. Elle déclare même qu'elle réfléchissait souvent à des solutions qu'elle pourrait employer pour résoudre ces problèmes avec son mari. La maman arrive-t-elle à partager ce qu'elle ressent avec sa belle-sœur, elle l'aide à se soulager, ainsi que ces frères et sœurs.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Passent à la question qui concerne les stratégies qu'elle utilise pour diminuer son stress et surmonter cet évènement, elle disait qu'elle s'occupe de quelque chose en lieu de penser.

La maman disait qu'elle ne trouve pas de difficultés dans les soins de sa fille, au contraire elle trouve toujours des moyens et d'aides dans son environnement social, par exemple les associations.

Axe4 : les informations concernant l'avenir de l'enfant et la maman

Ce qu'elle souhaite à l'avenir seulement la guérison de sa fille. Mme Malika a des craintes de raconter la vérité de la maladie à sa fille quand elle grandira, en revanche, elle est assurée que sa fille va réussir dans l'avenir et elle pourra réaliser ces projets, par ce qu'elle est intelligente.

Résumé de cas de Malika

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mme Malika semble présenter des indicateurs significatifs d'un mauvais vécu psychologique et elle vivait une période douloureuse. Mme Malika est affectée émotionnellement à cause de l'absence de soutien de son mari mais elle a trouvé des soutiens de la part de ces frères et sœurs.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild et Young

Tableau n°3 : Résultat de Mme Malika

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Totale
1							7	123
2							7	
3							7	
4	1							
5							7	
6							7	
7						6		
8	1							
9							7	
10				4				
11							7	
12				4				
13	1							
14	1							
15				4				
16						5		
17							7	
18							7	
19							7	
20							7	
21				4				
22	1							
23		2						
24							7	
25						5		

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young, d'après ces résultats, nous constatons que Mme Malika a obtenu un score total de 123 et cela indique un caractère modérément résilient.

Synthèse

D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède des compétences personnelles en répondant sur la dimension totalement en accord pour les items suivants : « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « en général je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », ainsi elle contient certaines capacités de faire face aux difficultés, avec une estime de soi modérée, en cochant sur la dimension quatre dans les items suivants « je suis une personne déterminée », « je prends les choses comme elles viennent ».

Cas N°3

Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de Mme Aicha :

Mme Aicha est une femme âgée de 40 ans, divorcée et elle a un niveau d'instruction : secondaire, commerçante et mère de 3 enfants (une fille de 17 ans et deux garçons de 13 ans et de 3 ans). L'enfant âgé de 13 ans atteint le cancer.

L'entretien avec Aicha s'est déroulé vers 12h à son domicile, il a duré 40 minutes, nous nous sommes présentés, comme étant des étudiantes en master 2 en psychologie clinique, nous avons d'abord lui expliqué l'objet de notre recherche. Mme Aicha a accepté facilement de participer à notre travail et elle se montre intéressée.

Axe1 : les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

À partir de l'âge de 9 ans, Mme Aicha a remarqué quelque symptôme chez son fils, son corps est couvert de taches, un sommeil profond, de la fatigue, la tête déformée, un changement de comportement de temps en temps et il développe un trouble de mémoire, exprimé de façon suivante « il est toujours faible, il dort toujours et il ne peut pas faire beaucoup de choses, il n'arrive pas à retenir ces leçons ».

D'après les analyses et l'IRM effectué qui a annoncé la maladie, le type de cancer est neurofibromatose, il a 11 tumeurs au cerveau, c'est un type de cancer très rare et qui n'a pas de guérison, c'est là où le combat avait commencé pour elle, « j'essayais de tout savoir sur cette maladie et surtout de chercher les points positifs qui porteront de l'espoir à mon enfant », la

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

maman a expliqué pour son fils qu'il est malade il doit faire attention à lui, mais sans lui dire les détails.

Axe2 : Le vécu psychologie des mamans au diagnostic de leurs enfants

Pendant L'annonce du diagnostic, Mme Aicha était accompagnée avec son mari, elle était sous le choc, exprimé de façon suivante « j'ai senti une boule dans ma gorge qui me coupe la respiration, c'est la fin du monde pour moi et je n'oublierai jamais ce jour-là. », sa vie est complètement bouleversée au moment de l'annonce du diagnostic.

Ce qui a compliqué l'état de choc de la maman c'est son mari qui n'a jamais souffert après la maladie de son fils, comme elle disait « mon mari n'a jamais souffert, il m'a laissé la responsabilité toute seule ». Mme Aicha a souffert de deux côtés : le cancer de son fils et la souffrance avec son mari qui l'a laissé affronter la vie toute seule, ce qui a poussé la maman à demandé le divorce, donc la famille et complètement bouleversée et détruite.

Mme Aicha entraîne une relation particulière avec son enfant, il est trop attaché à elle, c'est sa seule source de sécurité, en revanche pour lui, son papa est comme un étranger.

Durant cette séance, Mme Aicha à beaucoup pleuré, elle disait que « à chaque fois me parlent de sa maladie, ça me faisait très mal et je pleure beaucoup ».

Axe 3 : Information concernant la résilience des mamans

Au début, Mme Aicha affirme qu'elle était en état de détresse pendant cette période, « Malgré que je rigole, je fais tout mais toujours à l'intérieure je suis triste, et je n'arrive pas à oublier », ainsi que son environnement défavorable par ce qu'elle n'a pas eu de soutien familial, elle a perdu le contact avec son entourage ; Sa relation avec son conjoint est au péril, elle est menacée par le divorce. Ainsi que la perte de sa mère pendant son enfance, puis après le décès de son père et la trahison de sa sœur.

L'adaptation de Mme Aicha est un paramètre qui contribue au processus de résilience, malgré les problèmes et les souffrances qu'elle a vécu par son mari et la maladie de son fils qui a chamboulé sa vie elle a pu surmonter cet événement, comme elle a dit « je prie toujours le dieu de me répondre et je crois au dieu » et voir les choses de manière positive et pour elle chaque personne à sa façon de gérer ces problèmes, elle disait « je n'ai pas de stress, je m'énerve mais j'arrive toujours à résoudre mes problèmes et je donne plus l'importance pour les choses ».

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe4 : Information concernant l'avenir de l'enfant et la maman

Ce qu'elle souhaite à l'avenir que son enfant puisse se rétablir pour reprendre sa vie habituelle, et pour l'avenir de son fils, la maman a des craintes, d'après ses mots ; « je demandais toujours au bon dieu sa guérison ». Malgré ses craintes, elle croit toujours au bon dieu.

Résumé de cas de Aicha

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous Synthétisons qu'avec son état et toutes les expériences qu'elle a subi, Mme Aicha avec son Optimisme qu'elle possède a montré qu'elle est une femme résistante, « Tous ce qu'elle nous Arrive on l'accepte », l'origine de cette résistance vient de ses stratégies adaptatives, notamment religieuses, nous pouvons dire que malgré les situations difficiles, Mme Aicha a pu dépasser sa souffrance grâce à ses capacités et ses croyances positives, ainsi que tout le soutien social.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild et Young

Tableau n°4 : Résultat de Mme Aicha

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Totale
1							7	141
2							7	
3							7	
4							7	
5							7	
6							7	
7							7	
8	1							
9					5			
10					5			
11							7	
12					5			
13							7	
14							7	
15				4				
16							7	
17					5			
18							7	
19							7	
20					5			
21							7	
22	1							
23							7	
24				4				
25						6		

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'RS-R, d'après ces résultats nous remarquons que Mme Aicha a obtenu un score total de 141 et cela indique un caractère modérément résilient.

Synthèse

À partir des résultats et du score total que Mme Aicha a enregistré, qui est de 141, cela signifie un caractère modérément résilient, nous déduisons que notre sujet possède des compétences personnelles en répondant sur la dimension totalement en accord pour les items 3,13 «je peux compter sur moi plus que sur les autres », « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficiles ». Ainsi elle a des capacités adaptatives, en couchant sur la dimension sept (7) dans l'item « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je trouve souvent quelque chose qui me fait rire », « ma vie a un sens », Cela montre que Mme Aicha arrive à s'adapter facilement aux nouvelles conditions, elle apprécie sa vie et elle contient un sens de l'humour en soi. Tandis que, la Dimension très en désaccord pour l'item 8 « je m'aime bien », Cette réponse explique Une sensation de haine envers soi.

Cas N°4

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Karima

Madame Karima âgé 40 ans, femme au foyer, illettrée et mère de deux enfants (5ans, 3ans) dont l'inné est atteint d'un cancer.

L'entretien avec madame Karima s'est déroulé vers 10h à son domicile, il a duré une heure, nous nous sommes présentés, nous avons expliqué l'objet de notre recherche. Madame Karima nous a accueillis chaleureusement chez elle et elle a accepté de répondre à nos questions d'entretien et de répondre aux items de notre échelle.

Axe1 : les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

Mme Karima a commencé par nous raconter la naissance de son fils, en disant que c'est un enfant prématuré à 7 mois, et par la suite le vécu de sa grossesse qui était difficile pendant toute la période de la gestation. A l'âge de 3ans Mme Karima a remarqué que son fils a des difficultés et des douleurs à uriner et des vomissements.

Après l'échographie abdominale et scrotale, le médecin annonce le diagnostic pour son mari, il s'agit-il d'un cancer au niveau de la vessie.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Elle nous disait « avec l'explication du médecin, j'ai compris que c'est une maladie guérissable », Mme Karima avait des craintes sur les soins de son fils par ce qu'ils n'ont pas les moyens.

Elle a expliqué à son fils qu'il est malade, mais il est encore petit pour qu'il puisse comprendre la vérité de sa maladie.

Axe2 : le vécu psychologique des mamans au diagnostic de son enfant

Mme Karima nous raconte « c'est mon mari qui m'a mis au courant de la maladie de mon fils », c'était très difficile pour elle, quand elle exprime « j'étais choquée », elle ajouta « je ne voyais rien, tout est noire pour moi ».

Au moment de l'annonce, Mme Karima n'a pas pu supporter l'intensité de l'évènement, le diagnostic de son fils a été influencé sur son état de santé, ce qui a causé d'attraper le diabète. Elle nous disait qu'elle n'a pas imaginé avoir un enfant malade, pour la maman impossible l'enfant réel remplace l'enfant imaginaire, elle fuie la réalité et devant l'impuissance de changer la situation, des sentiments de tristesse et de désespoir apparaissent.

La maman décrit sa relation avec son enfant, qu'ils sont très attachés l'un à l'autre, c'est une relation fusionnelle.

Axe3 : les informations concernant la résilience

Mme Karima déclare qu'elle lui a fallu un peu du temps pour qu'elle puisse s'adapter à cette situation et accepter la maladie de son fils, avec l'aide de son mari, elle raconte qu'elle se sente plus en confiance dans sa vie de couple et avec le soutien de ses sœurs et ses parents, elle a pu se relever et mieux faire face à la situation.

D'après les mots de Mme Karima, la maladie de son enfant n'a pas affecté la vie de son couple, « je partage tout avec mon mari, on se comprend souvent » au contraire cet évènement a renforcé les liens de son couple. La maman fait preuve d'adaptation aux complications de la vie mais avec un peu du temps. Lorsqu'elle était à l'hôpital avec son fils elle a pu faire l'équilibre avec sa maison.

Ensuite nous avons entamé la question sur les stratégies en cas de stress, elle nous a dit « je lis le coran pour diminuer mon stress ».

D'après les paroles de Mme Karima nous remarquons la présence du sens de l'humour qu'est fréquemment répertorié comme une caractéristique des individus résilients.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe4 : les informations concernant l'avenir de l'enfant et la maman

En répondant à la question qui renvoie à sa perception de l'avenir Mme Karima souhaite que la guérison de son fils et elle espère que des belles choses ainsi que la réussite pour ses deux enfants.

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole à dire, s'il y a des choses à rajouter, elle nous a répondu « je n'ai rien à rajouter ».

Résumé de cas de karima

D'après les données de l'entretien semi directif que nous avons effectué avec Mme Karima, nous avons remarqué que c'est une femme sensible et qu'elle a vécu des moments très difficiles dans sa vie, avec le soutien de son mari, elle vit une relation saine et solide, cela lui a permis de favoriser l'émergence du processus de résilience.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild et Young

Tableau n°5 : Résultat de Mme Karima

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Totale
1							7	146
2						6		
3							7	
4							7	
5							7	
6							7	
7							7	
8						6		
9				4				
10				4				
11					5			
12				4				
13							7	
14							7	
15				4				
16							7	
17						6		
18							7	
19						6		
20				4				
21				4				
22				4				
23							7	
24							7	
25					5			

Mme Karima a obtenu un score total de 146, selon le manuel, ce résultat révèle le caractère résilient.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse

A partir de score total que Mme Karima a enregistré, qui est de 146, cela signifie un caractère résilient. De la sorte, nous déduisons que notre sujet contient des capacités de résilience, c'est une personne qui possède des compétences personnelles ; elle a coché sur la dimension « totalement en accord » pour les items suivants : « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « s'il le faut, je peux me débrouiller seule », ainsi notre sujet a une reconnaissance de ses réalisations au cours de sa vie ; elle a coché totalement en accord avec cet item « je suis fière d'avoir réalisé des choses de ma vie ».

Cas N°5

Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de Mme Fadila

Mme Fadila âgé de 47 ans, mariée, femme au foyer, mère de deux garçons et illettré, dont le premier garçon (Nassim) âgé de 15 ans est atteint du cancer.

L'entretien avec la maman s'est déroulé dans sa maison vers 10h30 il a duré 30minute nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes en master 2 en psychologie clinique, nous avons d'abord lui expliquer l'objet de notre recherche et Mme Fadila a accepté facilement de participer à notre travail.

Axe1 : les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

À partir de l'âge de 12 ans Mme Fadila a remarqué quelque symptôme chez son fils, d'après la parole de la maman « des maux de tête, des vomissements et il n'a pas d'équilibre », elle a directement consulté plusieurs pédiatres mais ils n'ont pas détecté sa maladie au départ, après avoir consulté un généraliste qui lui a demandé de faire IRM cérébro-Médullaire, il s'agit d'une tumeur cérébrale, Récidive tumorale cérébro méningée frontale gauche, ils l'ont transféré en urgence à l'hôpital pour faire une opération.

Mme Fadila quand elle a expliqué pour son fils qu'il est malade, l'enfant n'a pas accepté sa maladie, il dit « je préfère de mourir mieux que de vivre avec cette maladie », la maman se sent découragé quand elle entendu ça et pour elle s'est une maladie mortelle.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe2 : Le vécu psychologie des mamans au diagnostic de leurs enfants

Au moment de l'annonce de diagnostic Mme Fadila était seule, elle n'a pas accepté l'état de santé de son enfant, elle nous a révélé qu'elle avait réagi avec des larmes aux yeux, provoqué par le choc d'entendre l'annonce, elle nous souligne, « je pleure tout le temps » la maman a vécu tout ça, comme un cauchemar mais également du désespoir, de l'anxiété ou une grande tristesse.

Pendant l'hospitalisation de l'enfant, la maman n'arrive pas à faire l'équilibre entre les soins à l'hôpital et le maintien de la vie familial car à ce moment elle voyait que lui, d'après ses dires « j'oublie carrément les autres ». Mme Fadila entraîne une relation inséparable, proche et particulière avec son enfant, « je prends soins de lui plus que ses frères, il a besoin de ses parents plus que les autres, il me voit comme une base de sécurité », elle décrit son fils comme un enfant très calme.

Axe 3 : Information concernant la résilience des mamans

Mme Fadila se sente toujours triste et démoralisé par rapport à la maladie de son fils, et aussi par rapport à son mari qui est sous traitement psychiatrie et qui n'arrive pas à l'aider, elle ajoute qu'elle se sente pas en confiance dans sa vie de couple, ce qu'elle l'a poussé à chercher de l'aide auprès des personnes, à qui elle peut se confier, qui l'ont beaucoup aidé à dépasser cette situation difficile, y compris dans sa vie de famille et quelle était soutenu surtout par ses frères et ses sœurs avec lesquels elle partage ses affects et qu'ils ont aidé dans les soins de son fils.

La maman affirme que l'aide porté par son entourage, l'ont aidé à surmonter le choc causé par cet évènement et cet environnement favorable, lui a permet de s'adapter progressivement à la maladie de son enfant.

La maman des fois à la tendance à voir les choses de manière positive, quand elle a l'espoir de la guérison de son fils et quand elle a un problème ou elle perd l'espoir elle refuge à la religion ou elle retrouve la force, elle disait « heureusement, qu'il y a dieu » et qu'elle est pratiquante.

Mme Fadila arrive toujours à résoudre les problèmes elle nous a dit « je suis obligé de tout faire toute seule et de faire face à tous les problèmes, c'est moi l'homme et la femme ».

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Elle nous a dit qu'elle exprime souvent ses émotions en pleurant, cela lui permet de s'extérioriser et de se sentir mieux après, pour elle personne ne peut accepter ce type d'évènement facilement, mais c'est avec le temps bien sûr que tout rentre dans l'ordre.

Axe4 : Information concernant l'avenir de l'enfant et la maman

La maman déclare qu'elle est une personne optimiste, qui pense à l'avenir de ses deux fils, elle veut que de la paix et elle souhaite à l'avenir de voir son fils malade se marier un jour et qu'il exercera un métier comme une personne normale, malgré que la maman a toujours des craintes, en disant « j'ai des craintes mais je garde toujours l'espoir ».

Résumé de cas de Fadila

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien avec Mme Fadila, nous constatons que malgré les difficultés qu'elle a subies et l'évènement douloureux qui a influencé fortement sur sa vie, elle arrive toujours à résoudre les problèmes et à dépasser les difficultés.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild et Young

Tableau n°6 : Résultat de Mme Fadila

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Totale
1							7	143
2							7	
3						6		
4							7	
5							7	
6				4				
7							7	
8	1							
9				4				
10				4				
11							7	
12							7	
13						6		
14							7	
15					5			
16							7	
17							7	
18					5			
19						6		
20					5			
21				4				
22				4				
23					5			
24							7	
25							7	

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young, d'après ces résultats, nous constatons que Mme Fadila a obtenu un score total de 143 et cela indique un caractère modérément résilient.

Synthèse

En conclusion, nous pouvons révéler que notre sujet présente un caractère modérément résilient avec un score total de 143, nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre comme ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie, en répondant sur la dimension totalement en accord comme pour les items suivants « j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire », « En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles » toutefois, dans ses réponses sur d'autres items où elle a coché sur la dimension quatre (4), « ma vie a un sens », « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle », indiquent que Mme Fadila n'est pas sûre de ses ressources qui vont lui permettre de dépasser les circonstances difficiles, toujours elle a des doutes sur ses capacités

Cas N°6

Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de Mme Nadia :

Mme Nadia est une femme âgée de 39 ans, mariée, elle a un niveau d'instruction : primaire, elle travail couturière mère de 4 enfants (quatre filles 15ans, 14ans, 4ans, 1 ans) la fille âgée de 14 ans atteinte du cancer.

L'entretien avec Mme Nadia s'est bien passé, s'est déroulé vers 14h à son domicile, il a duré 55 minutes, nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes en master 2 en psychologie clinique, nous avons d'abord lui expliquer l'objet de notre recherche. Mme Nadia a accepté facilement de participer à notre travail et elle se montre intéressée.

Axe1 : les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant

Mme Nadia a commencé à nous décrire les symptômes qu'elle avait remarqué chez sa fille au début de sa maladie, elle nous disait « elle s'isole, elle avait des maux de la tête, des crises, elle ne fait pas attention sur ce qu'elle fait et elle perd l'équilibre » Mme Nadia déclare que ils n'ont pas imaginé que ces symptômes sont organique, c'est pour ça ils l'ont ramené chez un

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

« raki », puis après ils ont consulté un médecin et après l'IRM cérébrale, il s'agit finalement d'un cancer dans le cerveau.

Elle décrit la maladie de sa fille comme une maladie mortelle et elle a des complications sur le malade.

Mme Nadia affirme que c'est elle qui a mis sa fille au courant de sa maladie, elle disait « elle n'a pas accepté, surtout avec la chimiothérapie elle a perdu ces chevaux, elle pleure tous les jours » elle ajouta « ce qui me dérange le plus c'est le regard des autres »

Axe2 : Le vécu psychologie des mamans au diagnostic de leurs enfants

Mme Nadia raconte que le moment de l'annonce du diagnostic était accompagné de son mari, pour elle c'est un moment d'effraction, d'effondrement elle nous a dit : « c'était très dure, c'est une déchirure ». Elle a décrit son ressenti à ce moment, par un choc émotionnel, un sentiment d'impuissance, elle disait que c'était vraiment difficile à accepter la maladie de sa fille et en rajoutant que son mari était tout le temps auprès d'elle.

Mme Nadia arrive à faire l'équilibre entre les soins à l'hôpital et le maintien de vie familiale elle disait toute la famille a besoin de moi ».

Par ailleurs, la fille de Mme Nadia entretient une relation particulière avec sa maman, elle partage tout avec elle, mais elle est trop attachée à son papa.

Axe 3 : Information concernant la résilience des mamans

Mme Nadia affirme qu'à chaque fois qu'elle pense à la maladie de sa fille se sente triste et démoralisé. Mais parfois elle voit les choses de manière positive car elle fait confiance en dieu ce qu'elle lui permet de patienter, de tenir et de supporter cette épreuve difficile.

Mme Nadia confirme que son mari était source de sa force pour faire face à cet évènement, elle disait qu'ils partagent tout entre eux et que l'un aide l'autre et malgré leur tristesse face à la maladie de leur fille, elle affirme que cela n'a jamais changé leur relation. Ainsi qu'elle reçoit de soutien de la part de ses deux sœurs.

Mme Nadia trouve des stratégies pour faire face et diminuer son stress, par la prière et elle lit le coran, cela l'aide à dépasser son stress et ces pensées négatifs.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe4 : Information concernant l'avenir de l'enfant et la maman

Mme Nadia elle ne voyait rien pour l'avenir de sa fille, elle disait « je sais qu'il viendra un jour ou elle ne sera pas là, elle va mourir elle va mourir » mais elle demande toujours au bon dieu sa guérison et une longue vie pour sa fille.

Mme Nadia déclare qu'avant la maladie de sa fille elle avait des projets a réalisé dans l'avenir mais après l'annonce de la maladie elle a perdu l'envie.

Elle a des craints sur l'avenir de sa fille elle déclare « j'ai peur que ma fille ne va pas se marier et elle ne pourra pas réaliser ces projets à l'avenir »

Résumé de cas de Nadia

D'après les données de l'entretien que nous avons effectué avec notre cas, on constate que Mme Nadia présente un état de stress face à la maladie de sa fille, mais elle essaye toujours d'être courageuse devant elle.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild et Young :

Tableau n°7 : Résultat de Mme Nadia

Items	Très en désaccord 1	2	3	4	5	6	Totalement en accord 7	Totale
1				4				120
2						6		
3							7	
4						6		
5							7	
6				4				
7							7	
8				4				
9	1							
10				4				
11				4				
12					5			
13							7	
14				4				
15			3					
16	1							
17							7	
18							7	
19							7	
20				4				
21				4				
22				4				
23							7	
24					5			
25	1							

Mme Nadia a obtenu un score total de 120, selon le manuel, ce résultat révèle le caractère peu résilient.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse

D'après les résultats de l'échelle de résilience, nous déduisons que Mme Nadia est peu résiliente, cela a été bien clair à travers le score qu'elle a enregistré, qui est de 120. Nous déduisons que notre sujet possède des compétences personnelles, lorsqu'elle a coché dans les items suivants sur la dimension sept « je peux compter sur moi plus que sur les autres », « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés » qui lui ont permis de compter sur soi, afin de surmonter sa souffrance, ainsi nous avons constaté chez elle une acceptation de soi « habituellement j'arrive à m'adapter facilement », qui lui a permis de s'adapter à son état actuel. Nous concluons par dire que malgré la souffrance et les difficultés qu'elle a vécues, Mme Nadia a montré sa capacité de résister et de faire face.

2. Discussion et analyse des hypothèses

Dans cette partie, nous allons exposer une synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de résilience, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre à la question de notre problématique.

Notre objectif est de tenter d'identifier si y'a présence d'un processus de résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux ou si un environnement favorable favorise l'émergence de la résilience.

On reprend nos hypothèses pour pouvoir discuter des résultats obtenus dans la partie pratique.

Première hypothèse « Les mamans qui ont un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser les évènements et cela grâce à leur entourage familial »

Cas de Mme Fahima :

D'après l'analyse de notre cas Mme Fahima, on a constaté que malgré l'évènement blessant et la souffrance psychique qu'elle a vécue, elle a pu surmonter l'intensité du choc.

D'après ces dires « ils étaient tous là pour moi afin de me soutenir dans cette période difficile, d'ailleurs, j'ai pu supporter ça à cause de mon entourage, mon mari, mes parents, mes cousins, mes voisins, mes sœurs et mes frères, ils ont fait face avec fierté et ils m'assurent sa guérison ».

L'environnement familial et social a favorisé l'émergence du processus de résilience ; on a constaté qu'elle présente une relation forte et unie avec son conjoint, ainsi sa voisine qui a joué un rôle important en l'encourageant et en soutenu moralement.

Le facteur de soutien a joué un rôle essentiel pour surpasser cet évènement, et favorise le bien-être et l'estime de soi.

Donc à partir de là on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'évènement et cela grâce à leur entourage familial.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas de Mme Malika :

Mme Malika entretient une relation très distante avec son mari, elle n'a pas trouvé de soutien de sa part, elle vivait la maladie de sa fille toute seule et malgré le soutien de sa belle-sœur, mais elle se sent toujours qu'elle a besoin d'étayage de son mari à l'aider à tenir le coup pour se sentir mieux, de se dégager du vécu bouleversant et les circonstances de vie difficiles.

Ainsi qu'une mauvaise communication dans le couple peut avoir des conséquences malheureuses sur la relation et sur l'estime de soi et le bonheur de chacun des partenaires, ce qui est le cas pour Mme Malika.

D'après ses dires, Mme Malika elle a un certain repli sur soi et le sentiment de ne pas être compris et cela a perturbé son sommeil « je ne dors pas, je passe les nuits à pleurer ».

Malgré l'absence de soutien de son mari, Mme Malika a trouvé un environnement familial favorable pour surmonter cet événement ; ses parents qui l'ont aidés tout en longueur de cette période difficile, ses frères qu'ils ont soutenus à surmonter cette épreuve et ses sœurs qui ont redonné son sourire, remonter son moral avec leurs encouragements.

Donc à partir de là on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de dépasser l'événement et cela grâce à leur entourage familial.

Cas de Mme Aicha :

On constate d'après l'entretien clinique semi directif et l'échelle de la résilience que Mme Aicha n'a pas trouvé un environnement favorable qui va lui permettre de surmonter l'événement, c'est une personne qui essaye d'être résiliente sans l'aide de son entourage familial.

Mme Aicha a perdu le contact avec son entourage ; Sa relation avec son conjoint est au péril, elle est menacée par le divorce. Ainsi que la perte de sa mère pendant son enfance, puis après le décès de son père et la trahison de sa sœur, tous ces événements mènent Mme Aicha à dire qu'elle a perdu le goût de la vie.

Elle s'est retrouvée seule face à son combat, elle n'a pas trouvé de soutien de la part de sa famille.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Mais malgré son vécu douloureux et sa situation difficile, elle a pu réussir dans sa vie professionnelle et être une bonne commerçante, cela démontre une certaine mentalisation chez elle.

À partir de là, on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'évènement et cela grâce à leur entourage familial.

Cas de Mme Karima :

Pour ce qui concerne ce cas, nous avons constaté que Mme Karima a trouvé un environnement favorable qui a exercé une influence positive sur elle et ce qui lui a permis de développer sa capacité pour faire face et se reconstruire après l'évènement traumatisant.

Après un choc émotionnel aigue de l'évènement inattendu, qui est l'annonce de la maladie de son fils, Mme Karima a attrapé le diabète, elle a souffert d'impuissance, mais grâce au soutien qu'elle a eu de la part de son entourage qui a joué un rôle important dans la bonne adaptation et faire face.

Il existe des liens affectifs très fort et solide entre Mme Karima et son mari, « je partage tout avec mon mari, je trouve que nous sommes assez complémentaires », son encouragement en le soutenant favorise les compétences personnelles de Mme Karima et privilège l'émergence de processus de la résilience.

Donc, à partir de là, on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'évènement et cela grâce à leur entourage familial.

Cas de Mme Fadhila :

D'après l'analyse de notre cas Mme Fadhila, on constate que malgré l'évènement difficile qu'elle a vécu, elle a pu surmonter et dépasser et cela grâce à son entourage.

Le facteur de soutien a joué un rôle primordial chez notre cas, cela l'entoure, le rassure, lui apporter de la douceur et lui a donné de la force pour faire face et surmonter l'épreuve difficile et mieux s'adapter et vivre les perturbations causées par la maladie de son fils.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Malgré que le mari de Fadhila soit malade, mais elle a eu le soutien affectueux de la part de ses parents, qui l'ont aidée et accompagnée tout en longue de la période difficile, En lui disant « qu'ils y a des gens qui ont vécu des choses pires que ça » et « nous sommes toujours à tes cotés », ce qui lui apporte de bien-être.

Elle a eu une bonne relation avec ses parents. La présence des personnes comme les parents à une grande valeur sur la satisfaction morale.

Donc à partir de là, on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'évènement et cela grâce à leur entourage familial.

Cas de Mme Nadia :

D'après l'analyse de notre cas Mme Nadia, on constate que malgré l'évènement qu'elle a vécu mais elle a pu surpasser et cela grâce à son environnement favorable.

Elle entretient une bonne relation avec son entourage, elle reçoit souvent leur encouragement, leur solidarité et leur aide.

L'étayage à son environnement a joué un rôle fondamental dans sa réorganisation et la construction des ressources internes nécessaires au développement de la résilience.

La présence de la famille de Mme Nadia (mari, parents, sœurs) lui donne de la force et lui a permis de surmonter cet évènement, elle a trouvé du soutien surtout de la part de son mari qu'il a aidé à tenir le coup pour se sentir mieux, « la relation avec mon mari se fonctionne très bien je reçois toujours de soutien de sa part », « on partage tous les moments difficiles ensemble

Donc, à partir de là, on confirme notre première hypothèse, que les mamans ayant un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser l'évènement et cela grâce à leur entourage familial.

La deuxième hypothèse « Les mamans ayant un enfant cancéreux développent un processus de résilience, à des degrés différents ».

Effectivement nos six cas ont confirmé notre hypothèse, ils développent un processus de résilience à des degrés différents de plus peu résilient au plus résilient c'est-à-dire majeure, on les résumant comme suit :

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas de Mme Fahima :

Après avoir analysé l'entretien de Mme Fahima, on a déduit qu'elle présente un caractère peu résilient, depuis la maladie de son enfant, son caractère et sa personnalité sont légèrement fragilisés, durant cette période Mme Fahima a vécu beaucoup des sensations d'anxiété, d'angoisse et de culpabilité et elle a aussi des craintes par rapport à l'avenir de son fils, mais elle a pu s'adapter à sa maladie et cela grâce à ses compétences personnelles qui ont lui permis de gérer de manière efficace pour faire face aux obstacles de la vie et dépasser sa souffrance, Les résultats obtenus dans l'échelle de résilience L'RS-R sont de 111 points, ce qui signifie qu'elle présente un caractère peu résilient.

Cas de Mme Malika :

D'après avoir analysé l'entretien de Mme Malika, ont constaté qu'elle présente un caractère modérément résilient, Malika n'a pas accepté facilement la maladie de sa fille c'était une période douloureuse, elle se sent souvent triste et démoralisé surtout quand elle pense à la maladie de sa fille, mais elle possède des compétences personnelles en répondant sur la dimension totalement en accord pour l'item suivant « je peux compter sur moi plus que sur les autres », ainsi elle contient des capacités de faire face aux difficultés, sa confiance en elle lui permet de traverser des périodes difficiles, les résultats obtenu dans l'échelle de résilience L'RS-R sont de 123point, ce qui signifie qu'elle présente un caractère modérément résilient.

Cas de Mme Aicha :

Dans l'analyse du questionnaire de résilience, Mme Aicha présente un caractère modérément résilient, d'après ses dires, son adaptation est un paramètre qui contribue au processus de résilience, malgré les problèmes et les souffrances qu'elle a vécu par son mari et la maladie de son fils qui a chamboulé sa vie, mais elle a pu surmonter cet événement comme elle a dit « je prie toujours le dieu de me répondre, et je crois au dieu », on n'a constaté également chez la maman un grand espoir pour la guérison de son enfant puis, les résultats obtenus dans l'échelle de résilience L'RS-R sont de 141 points, ce qui signifie qu'elle présente un caractère modérément résilient.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas de Mme Karima :

Dans l'analyse de l'entretien, Mme Karima présente un caractère résilient, elle déclare qu'elle lui a fallu un peu du temps pour qu'elle puisse s'adapter à cette situation et accepter la maladie de son fils, avec l'aide de son environnement favorable et le soutien positif de son mari et de sa famille, Mme Karima présente un humour qu'est fréquemment répertorié comme une caractéristique des individus résilients, notre sujet contient des capacités de résilience, c'est une personne qui possède des compétences personnelles, les résultats obtenus dans l'échelle de résilience L'RS-R sont de 146 points, ce qui signifie qu'elle présente un caractère résilient.

Cas de Mme Fadila :

D'après l'analyse de l'entretien de Mme Fadila, on constate que la patiente présente un caractère modérément résilient, elle a vécu la maladie de son enfant comme un cauchemar, mais également du désespoir, de l'anxiété ou une grande tristesse, elle se sent toujours démoralisée par rapport à la maladie de son fils, malgré les difficultés qu'elle a subies et cet événement douloureux qui a influencé fortement sa vie, elle arrive toujours à résoudre les problèmes, et à dépasser des difficultés. Les résultats obtenus dans l'échelle de résilience L'RS-R sont de 143 points, ce qui signifie qu'elle présente un caractère modérément résilient.

Cas de Mme Nadia :

En nous recourant à l'analyse des données recueillies à partir de l'entretien clinique avec Mme Nadia, nous constatons qu'elle présente un caractère peu résilient, Mme Nadia affirme qu'à chaque fois qu'elle pense à la maladie de sa fille se sent triste et démoralisée et c'est un moment d'effraction et d'effondrement, elle a dit « c'était très dure, c'est une déchirure », elle le décrit comme un choc émotionnel, mais parfois elle voit les choses de manière positive car elle fait confiance en Dieu ce qu'elle lui permet de faire face, de tenir et de supporter cette épreuve difficile, elle possède des compétences personnelles, elle peut compter sur elle plus que sur les autres pour surmonter sa souffrance. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle de résilience est de 120 points signifie qu'elle présente un caractère peu résilient.

Donc, nous constatons d'après les résultats obtenus à travers l'échelle de résilience, des entretiens semi-directif et d'après la concrétisation des hypothèses secondaires, que certaines mamans ayant un enfant cancéreux développent un processus de résilience.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Enfin, les résultats obtenus démontrent chaque cas à sa spécificité, son fonctionnement ainsi que son environnement.

Tableau N°8 : tableau récapitulatif des résultats des sujets dans l'échelle de résilience Wagnild et Young :

Prénom	Fahima	Malika	Aicha	Karima	Fadhila	Nadia
Score total	111	123	141	146	143	120
Signification	Caractère peu résilient	Caractère modérément résilient	Caractère modérément résilient	Caractère résilient	Caractère modérément résilient	Caractère peu résilient

On résume que d'après ce tableau, deux de nos cas présentent un caractère peu résilient, tandis qu'un seul de nos cas présente un caractère résilient. Mme Karima a obtenu le score le plus élevé 146 points et Mme Fahima a obtenu le score le plus basse 111 points, en revanche le reste de nos cas présentent un caractère modérément résilient.

Synthèse

En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de résilience on peut conclure, que les mamans ayant un enfant cancéreux présentent un niveau de résilience qui se diffère d'un cas à un autre. Nous synthétisons que nos sujets de recherche ont confirmé nos hypothèses (partielles et général), c'est-à-dire ces mamans développent un processus de résilience.

Donc suite aux résultats recueillis, notre hypothèse partielle intitulée « les mamans qui ont un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser les événements et cela grâce à leur entourage familial » a été confirmée pour Mme Fahima, Malika, Karima, Fadila, Nadia, car ils ont eu un soutien de la part de leurs familles, ils ont pu donc surmonter les effets négatifs de l'évènement vécu. Et infirmé pour Mme Aicha par ce qu'elle n'a pas trouvée un environnement favorable qui lui permette de surmonter l'évènement.

Ainsi, notre hypothèse générale « les mamans ayant un enfant cancéreux développent un processus de résilience, à des degrés différents ». Qui est confirmé pour tous nos cas. Mais le degré varié d'une maman à une autre, Ce qui est le cas pour Mme Karima qui présente un caractère résilient, Mme Malika, aicha et Fadhila présentent un caractère modérément résilient, et un caractère peu résilient pour Mme Nadia et Fahima.

Chapitre 5- Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Dès lors, nous constatons que chez nos sujets de recherche, la qualité de leur résilience dépend de leur confiance en soi, leurs bonnes capacités d'adaptation et de leurs compétences personnelles.

En effet, ces résultats concordent avec les études qui ont déjà été faites sur les parents d'enfant cancéreux, nous allons les exposer dans les prochaines lignes.

L'équipe Phipps (2015) ont menés une étude comparative dont le but d'examiner l'ajustement a été réalisée auprès d'un échantillonnage qui se compose de 305 des parents d'enfant atteint de cancer, comparativement à celui 231 parents d'enfant en bon santé, en mesurant le syndrome et les symptômes de stress post-traumatique ainsi que le développement personnel. Les résultats obtenus indiquent une forte résilience chez les parents confrontés au cancer pédiatrique. Bien que ces dernières aient désigné le cancer de leur enfant comme l'évènement le plus traumatique le plus rencontré, ils s'adaptent au contexte sans développer de signe pathologique ou de détresse psychologique important, aucune des résultats obtenus à-propos de stress post-traumatique ne les distingue significativement des autres parents. (Evelyne, B, 2017, P199-214)

Une autre étude menée par Kim (2017) part de l'idée que l'épreuve de la maladie dans une famille peut être l'occasion de favoriser un développement personnel. Il se préoccupe des variables permettant aux mères d'enfants souffrant de cancer ce type de développement, auprès d'un échantillon qui se compose 222 mères concernées par le cancer pédiatrique a permis de mettre en évidence l'implication de l'optimisme. (Evelyne, B, 2017, P199-214)

Une étude quantitative de Lavee et Mey-Dan, en (2003), sur les changements maritiaux chez des couples de parents d'enfants traités pour un cancer, a permis de conclure qu'une amélioration de la communication entre les parents constituait une ressource chez beaucoup de couples. Il en est de même dans une étude qualitative auprès d'un échantillon similaire où la communication ouverte apparaissait comme un élément important de la résilience familiale. (Martin, J., Péloquin, K., Flahault, C., Muise, L., Vachon, M-F. et Sultan, S, 2014, P223-229)

Conclusion

Tout au long de notre recherche qui a porté comme thème : « la résilience chez les mamans ayant un enfant cancéreux » nous avons élaboré une hypothèse qui est « les mamans ayant un enfant cancéreux développent un processus de résilience, à des degrés différents ». Afin d'arriver à la confirmation de cette hypothèse, nous avons adopté une méthodologie bien déterminée qui est la démarche de recherche : la pré-enquête, enquête et la méthode descriptive, en ce qui concerne les outils d'investigation : l'entretien semi-directif, qui répond aux exigences de notre thème ainsi que l'application de l'échelle de résilience L'RS-R de (Wagnild&Young, 1993) pour bien mesurer le degré de la résilience des mamans ayant un enfant cancéreux.

Le chapitre précédent nous a permis de suivre les réactions psychologiques des mamans avec l'analyse des données récoltées par les entretiens. On n'est arrivé à déterminer les facteurs qui ont permis l'apparition de processus de résilience. On a aperçu que ces mamans ont vécu plusieurs réactions psychologiques, pendant l'annonce de diagnostic la majorité des cas ont été sous le choc, le refus d'acceptation de la réalité, la peur de perdre leur enfant, ainsi se sentent coupable devant la maladie. Puis arrivent-elles à s'adapter progressivement avec le soutien de leur entourage, les capacités internes de surmonter les difficultés, et l'estime de soi.

Au cours de notre stage pratique ainsi que des entretiens effectués avec nos cas et surtout l'application de l'échelle de résilience, nous avons pu confirmer et vérifier de façon très claire et précise notre hypothèse de recherche. Notre première hypothèse « les mamans ayant un enfant cancéreux développe un processus de résilience, à des degrés différents » dont les résultats obtenus des entretiens, montrent la présence d'un processus de résilience chez les mamans, mais le degré de leur résilience se diffère d'un cas à un autre.

La deuxième hypothèse « Les mamans qui ont un enfant cancéreux ont eu la capacité de surmonter et de surpasser les événements et cela grâce à leur entourage familial », elles ont trouvé l'étayage au sein de leur famille et également un soutien dans leur entourage qui peut les aider à surmonter les événements douloureux.

Notre recherche, nous a permis de vivre une expérience surtout humaine ; on a pu ressentir ce qu'une maman d'un enfant cancéreux peut sentir et vit quotidiennement, et toutes les souffrances qu'elle a vécu.

Alors on suggère aux médecins qu'ils doivent être attentif à la manière, dont ils vont aborder le sujet de l'annonce du diagnostic, afin d'éviter un traumatisme supplémentaire pour les parents de l'enfant concerné, et il doit adapter son vocabulaire en fonction de degré de compréhension des parents, il va notamment renforcer la relation avec les parents tout au long de la prise en charge de l'enfant.

Pour conclure notre travail, il faut connaître que nous avons traité dans ce modeste travail un thème d'actualité très sensible, en essayant de mettre l'accent sur le cancer de l'enfant, son influence sur l'état psychique de la mère pendant et après cet événement, et de contribuer à mettre en place les stratégies individuelle (estime de soi) de et collective (le soutien familial) en lien avec le processus de résilience.

On invite nos camarades étudiants en psychologie clinique à approfondir ultérieurement dans notre sujet de recherche et à mettre l'accent sur les maladies somatiques chroniques et leurs influences sur le psychique des malades et de leur proche.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- Abide, L. (2009). « *Epidémiologie des cancers en Algérie* ». Springer Link, 98- 103.
<https://link.springer.com>
- Aggoune, S. (2020). « *la Chimiothérapie anti cancéreuse en pédiatrie* ». revue de l'INFPF, 2602-7909. [Www.infpf.dz](http://www.infpf.dz)
- Anaut, M. (2005). « *la résilience surmonter les traumatismes* ». Espagne : Armand colin.
- Anaut, M. (2008). « *la résilience surmonter les traumatismes* » (2eme éd).Espagne : Armand colin.
- Anaut, M. (2015). « *psychologie de la résilience* » (3eme éd). Paris, France : Armand colin.
- Badra, M.M. (2005). « *la résilience : le réalisme de l'espérance* ». France : Erès.
- Badra, M.M. (2016). « *la résilience des enfants abandonné en Algérie* ». France : Erès.
- Beauvois, J., Roulin, J. et Tiberghien, G. (1990). « *Manuel d'études pratiques de psychologie* ».
- Benchallal, A. (2021). « *l'effet des niveaux de l'intelligence émotionnel sur le sentiment d'efficacité personnelle chez les adolescents scolarisé* ». OEB Univ.Publish.Co, 8(1), 1275.
- Bouvet, C. (2018). « *de la pratique de l'entretien clinique* » (2eme éd). Malakoff, France : Dunod.
- Beaudoin A. (2013), « *transition vers la parentalité : Humour et résilience* », université du Québec.
- Cario, R. (2000). « *victimologie de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration social* ».Paris : Harmattan.

- Chahraoui, K., Bénony, H. (2003). « *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* ». Paris, France : Dunod.
- Chahraoui, K., Bénony, H. (1999). « *L'entretien clinique* » (1éd). Paris, France : Dunod.
- Cyrulnik, B., Philippe, D. (2006). « *psychanalyse et la résilience* ». Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., Gérord, J. (2012), « *résilience connaissances de base* », Paris, édition Odile Jacob.
- Delage M. et Cyrulnik B. (2010). « *famille et résilience* ». Paris : Odile Jacob.
- Delehedde, M. (2006). « *qui sait-on du cancer ?* ». France : EDP science.
- Delvaux, N. (2006). « *l'expérience du cancer pour les familles* ». France : Deboek.
- Epelbaum, C., Ferrari, P. (2016). « *réaction psychologique à la maladie chez l'enfant* ». Paris : Flammarion.
- Evelyne, B. (2017). « *A la recherche de la résilience familiale* ». *Inshea*, 79-80. [Www.cairn.info](http://www.cairn.info)
- Evelyne, J. (2006). « *le vécu de l'enfant atteint d'une maladie cancéreuse, diagnostic et première hospitalisation* ». Belgique : Hulp.
- Ferrari, P. Epelbaum, C. (1995). « *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ». Paris : Flammarion.
- Graton, A., François, R. (2017). « *comprendre le lien culpabilité réparation : un rôle potentiel de l'attention* ». France : Necplus.
- Hoerni, B., Soubeyran, P. (2003). « *Abord clinique en cancérologie* ». France : Springer.
- Ionescu, S. (2001). « *intervention éco systémique individualisée axée sur la résilience* ». *Revue Québécoise de psychologie*, 22(1), 163-183.

- Jean, M.k., Xavier, R. (2009). « *Méthodologie de recueil d'informations* » (4eme éd). Bruxelles, Belgique : Deboeck.
- Lamarche, C. (1985). « *les parents d'un enfant handicapé* ». santé mentale au Québec, 10(1), 36-45. <https://www.erudit.org>
- Liebenberg, L. (2017). « *comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience* ». Revue exhaustive de la littérature. 1-7 canada.
- Lighezzolo, J., Tychev, C. (2004). « *la résilience se reconstruire après le trauma* ». Paris, France : in press.
- Lorient, Y., Mordant, P. (2011). « *cancérologie* ». France : Elsevier Masson.
- Martin, J., Péloquin, K., Flahault, C., Muise, L., Vachon, M.F.et Sultan, S. (2014). « *vers un modèle de la résilience conjugal des parents d'enfant atteints par le cancer* »
- Nicole, B. (2006). « *les techniques d'enquête en sciences sociales* » (3em éd). Paris, France : Armand colin.
- Patrick, B.S., Reynier, C. (2008). « *cancer et recherche en science humaines* ».Toulouse : Erés.
- Pedinielli, J.L., Fernandez, L. (2005). « *l'observation clinique et l'étude de cas* ». paris : Armand colin.
- Pedinielli, J.L., Fernandez, L. (2006). « *la recherche en psychologie clinique* ». Lyon.
- Quevauvilliers, J. (2009). « *Dictionnaire médical avec atlas anatomique* » (6eme éd). Italie : Masson.
- Salès, W.E. (2006). « *Méthodologie de l'enquête. Psychologie sociale* », 45-77.
- Schahrazed, L. (2020). « *les chiffres glaçants du cancer* ». Zair Aily.
- Senon, J.L. (2012). « *trauma et résilience* ». Paris : Dunod.
- Tisseron, S. (2017). « *la résilience* » (6eme éd). Paris : Que sais-je.

- Wainsten, J.P. (2012). « *Le Larousse médical* ». Italie, Larousse.
- Yaker, A. (1984). « *Cancérologie générale* ». Office des publications universitaires.

Les sites internet

- <https://www.news-medical.net>.
- <https://www.passeportsante.net>.
- <https://www.sante-sur-le-net>.
- <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2551702,leucemie-enfant-types-symptomes-guiron>.
- <https://www.hospitalpourenfants.com/infos-sante>
- <http://www.tousalecole.fr/cancer>
- <https://www.vidal.fr/sante/enfants/maladies-chronique-handicap/enfants-maladie-chronique>
- <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-echelle.html>
- <http://depot-e-uqtr.ca>
- <https://www.larousse.fr>
- <https://www.em-cosulte.com>

Thèses

- Tourigny, S.C. (2016). « *l'évaluation de la résilience* ». thèse pour l'obtention de doctorat en psychologie, université de Québec. <https://dept-e.uqtr.ca>
- Omolmo, E.K. (2016). « *variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez les femmes camerounaise confrontées à une forte adversité* », thèse présenté à l'université du Québec à trois rivières.

Annexes

Annexe n°1

Le guide d'entretien

Information personnelle :

- Age :
- Sexe :
- L'état civil : mariée..... /divorcée.....
- Niveau de scolarité : secondaire..... / professionnel...../collégial.....
Universitaire
- Emploi :

-Axe 01 :

-Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :

- Pouvez –vous nous parler des symptômes que vous avez remarques dans les débutants de la maladie de votre enfant ?
- Qu'elle type de cancer que votre enfant atteint ?
- Est-ce que vous pouvez nous parler de la maladie de votre enfant ?
- Comment avez-vous mis votre enfant au courant de sa maladie ? et qui s'est chargé de l'informer, le père /la mère ou une autre personne (laquelle) ?

-Axe 02 :

Le vécu psychologique des mamans du diagnostic de leurs enfants :

- Pouvez-vous me parler des réactions vis-à-vis de l'annonce du diagnostic ?
- Pouvez-vous me parler de votre ressenti à ce moment-là ?
- Étiez-vous accompagné par un membre de votre famille ?
- Comment pouvez-vous faire l'équilibre entre les soins à l'hôpital et le maintien de votre vie familial ?
- Comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?
- Pouvez-vous nous parler de votre relation avec votre enfant ?

-Axe03

Les informations concernant la résilience :

- Vous-vous sentez triste ou démoralisé ?
- Vous arrive-t-il de partager ce que vous ressentez avec d'autres personnes ?
- Avez-vous tendance à voir les choses de manière positive ?
- Quand vous rencontrez des problèmes comment réagissez-vous et comment les gérer ?
- Quelle sont les personnes auxquelles vous êtes très attachée et qui vous aide à être résilient ?
- Pouvez-vous me parler des stratégies que vous avez utilisées pour diminuer Votre stresse ou pour surmonter cet événement ?

-Axe04

Les informations concernant l'avenir de la maman et de son enfant :

- Comment vous imaginez votre avenir ?
- Vous souhaitez quoi à l'avenir ?
- Avez-vous des craints par rapport à l'avenir de votre enfant ?
- Est-ce que vous voyez que votre enfant va réaliser des projets dans le futur ?
- Pourra-t-il aller à l'école et participer à ces activités favorites,
- Ya-t-il quelque chose que vous voulez en rajouter et qu'on n'a pas cité dans l'entretien ?

Annexe n°2

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7						
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (Totalement En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.							
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.							
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.							
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.							
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)							
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.							
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement							
8- je m'aime bien.							
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.							
10- je suis une personne déterminée.							
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.							
12- je prends les choses comme elles viennent.							
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.							
14- je sais m'auto-discipliner.							
15- je m'intéresse à diverses choses.							
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.							
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.							
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.							
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.							
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.							
21- Ma vie a un sens							
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle							
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.							
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.							
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.							

Annexe n°3

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7						
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (Totalement En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.							X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.					X		
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.							X
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.			X				
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)						X	
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.		X					
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement		X					
8- je m'aime bien.	X						
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.							X
10- je suis une personne déterminée.				X			
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.				X			
12- je prends les choses comme elles viennent.					X		
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.							X
14-je sais m'auto-discipliner.						X	
15-je m'intéresse à diverses choses.				X			
16-je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.							X
17-Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.					X		
18-En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.							X
19-D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.			X				
20-Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.				X			
21-Ma vie a un sens							X
22-je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle					X		
23-lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.		X					
24-j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.			X				
25-ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.					X		

Annexe n°4

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7						
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (Totalem En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.							X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.							X
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.							X
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	X						
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)							X
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.							X
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement						X	
8- je m'aime bien.	X						
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.							X
10- je suis une personne déterminée.				X			
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.							X
12- je prends les choses comme elles viennent.				X			
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	X						
14- je sais m'auto-discipliner.	X						
15- je m'intéresse à diverses choses.				X			
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.					X		
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.							X
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.							X
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.							X
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.							X
21- Ma vie a un sens				X			
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle	X						
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.		X					
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.							X
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.					X		

Annexe n°5

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7					
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6 7 (Totalem En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.						X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.						X
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.						X
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.						X
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)						X
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.						X
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement						X
8- je m'aime bien.	X					
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.					X	
10- je suis une personne déterminée.					X	
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.						X
12- je prends les choses comme elles viennent.					X	
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.						X
14- je sais m'auto-discipliner.						X
15- je m'intéresse à diverses choses.				X		
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.						X
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.					X	
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.						X
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.						X
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.					X	
21- Ma vie a un sens						X
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle	X					
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.						X
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.				X		
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.						X

Annexe n°6

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7					
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6 7 (Totallement En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.						X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.					X	
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.						X
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.						X
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)						X
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.						X
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement						X
8- je m'aime bien.					X	
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.				X		
10- je suis une personne déterminée.				X		
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.					X	
12- je prends les choses comme elles viennent.				X		
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.						X
14- je sais m'auto-discipliner.						X
15- je m'intéresse à diverses choses.				X		
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.						X
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.					X	
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.						X
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.					X	
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.				X		
21- Ma vie a un sens				X		
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle				X		
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.						X
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.						X
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.					X	

Annexe n°7

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7						
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (Totalement En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.							X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.							X
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.						X	
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.							X
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)							X
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.				X			
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement							X
8- je m'aime bien.	X						
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.				X			
10- je suis une personne déterminée.				X			
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.							X
12- je prends les choses comme elles viennent.							X
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.						X	
14- je sais m'auto-discipliner.							X
15- je m'intéresse à diverses choses.					X		
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.							X
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.							X
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.					X		
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.						X	
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.					X		
21- Ma vie a un sens				X			
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle				X			
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.					X		
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.							X
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.							X

Annexe n°8

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

Lisez attentivement les énoncés et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord	Veuillez inscrire une note allant de 1 à 7						
	1 (Très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (Totalem En accord)
1- Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.							X
2- En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.						X	
3- je peux compter sur moi plus que sur les autres.							X
4- l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.						X	
5- s'il le faut, je peux me débrouiller seul(e)							X
6- je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.				X			
7- Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement							X
8- je m'aime bien.				X			
9- je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	X						
10- je suis une personne déterminée.				X			
11- je me demande rarement quel est le sens des choses.				X			
12- je prends les choses comme elles viennent.					X		
13- je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.							X
14- je sais m'auto-discipliner.					X		
15- je m'intéresse à diverses choses.			X				
16- je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	X						
17- Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.							X
18- En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.							X
19- D'habitude, je m'examine une situation sous tous ses angles.							X
20- Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.				X			
21- Ma vie a un sens				X			
22- je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle				X			
23- lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.							X
24- j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.					X		
25- ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.	X						

Résumé

Notre recherche porte sur la résilience des mamans ayant un enfant cancéreux, cette dernière a pour objectif de décrire et d'explorer le processus de la résilience des mères d'enfant atteint un cancer spécifiquement leur capacité de surmonter cet évènement.

Pour vérifier notre hypothèse générale et notre hypothèse partielle, nous nous sommes présentés au sein de l'association d'aide aux malades cancéreux. Nous avons illustré notre recherche avec six cas cliniques.

Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi directif, et une échelle de résilience de Wagnild et Young 1993 (RS-R).

Nous avons procédé par l'entretien semi directif, afin de récolter les données nécessaires pour chaque cas. Ensuite on est passé à la mesure des ressources la résilience qui incluent les variables de nos hypothèses par l'utilisation de l'échelle de Wagnild et Young.

Cette recherche a révélé un degré de résilience différent d'un sujet un autre, ce qui nous a permis de confirmer notre hypothèse générale.

Mots clés : la résilience, mamans, enfant cancéreux

Abstract

Our research focuses on the resilience of mothers having cancerous children, the aim of which is to describe and explore the process of resilience in mothers of children with cancer specifically their ability to overcome this event.

To check out our general hypothesis and our partial hypothesis, we presented ourselves to the association for the aid of cancerous patients. We have illustrated our research with six clinical cases.

To carry out this work, we opted for the clinical method of the descriptive type by case study, as well as the semi-directive clinical interview, and a resilience scale of Wagnild and Young 1993 (RS-R).

We proceeded with a semi-structured interview, to collect the necessary data for each case. Then we moved on to the resilience resource measure which includes the variables of our hypotheses by using the Wagnild and Young scale.

This research revealed a different degree of resilience from one subject to another, which allowed us to confirm our general hypothesis.

Keywords : Resilience, Mothers, Cancerous Child