



*Université Abderrahmane mira de Bejaia*  
*Faculté des sciences Humaines et Sociales*  
*Département des psychologie et d'orthophonie*

# *Mémoire de fin de cycle*

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN

PSYCHOLOGIE

*Option : Psychologie clinique*

Thème

## *L'estime de soi chez les femmes atteintes du cancer du sein*

*Etude de cinq(05) cas au niveau de L'Association d'Amizour*

Réalisé par

DJEMAOUNE Souad

KIROUANE Ania

Encadré par :

Dr AMRANE Lakhdar

2021-2022

# *Remerciements*

A l'issue de ce travail nous remercions en premier lieu, dieu le tout puissant de nous avoir donné la force et le courage de le mener à terme qui est pour nous le point de départ d'une merveilleuse aventure.

Nous tenons également à exprimer notre profonde gratitude pour notre promoteur AMRANE LAKHDAR pour ses précieux conseils et orientations qui nous ont été précieusement utiles, sa disponibilité, la confiance qu'il nous a toujours témoignée et la sollicitude dont il nous a entourés tout au long de l'élaboration du présent travail.

Nous tenons à mentionner notre gratitude à l'ensemble du personnel de L'ASSOCIATION « TUDERT » qui nous a énormément aidés durant notre stage pratique.

Sans oublier nos enseignants, qui tout au long du cycle d'études à l'université A /mira de Bejaia, nous ont transmis leurs savoirs.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont collaborés de près ou de loin à l'élaboration de ce travaille, qu'ils acceptent nous humbles remerciement.

# Dédicaces

Je dédie ce modeste travail avec une profonde gratitude et avec des mots sincères à :

Mes chers parents qui ont été toujours auprès de moi pour me soutenir, encourager et aider à fin d'assurer ma réussite. Quoi que se fasse, je ne pourrais jamais les récompenser pour les grands sacrifices qu'ils ont consentis et continuent de le faire pour moi.

Mes adorables frères et ma sœur.

Tout(e) mes cousin(e) s sans exception.

Mes copines.

Et ma binôme Ania à qui je souhait la réussite dans son parcours actuel et futur.

*Sonad*

# Dédicaces

Je dédie ce laborieux travail :

A ce qu'est toujours mon meilleur dans la vie : mon très cher père, pour les sacrifices qu'il a consentis pour mon éducation.

Au symbole de douceur, de tendresse, d'amour et affection : ma mère.

Je dédie ce travail à la personne qui est importante dans ma vie et qui m'a accompagné pendant toute la durée de ce semestre est m'a fille MARIA, elle est dans mon ventre.

A ma belle famille et surtout mon mari Abdelhak qui m'a soutenu et qui m'aide durant cette période de mon travail.

A mes frères : Adlan, Lyes.

A mes sœur : Kafia, Hanane, et je n'oublie pas ma belle sœur Latifa.

Je dédie également ce travail a ma nièce Iman, Naima et mes neveu : Abdhraouf, Saïd, Abdeljalil, je leur souhaite plein succès dans leur carrière universitaire.

A m'a binôme : Souad

*Ania*

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>01</b>
---------------------------	-----------

<b>Problématique et hypothèse</b> .....	<b>05</b>
---	-----------

### *La partie théorique*

#### **Le Chapitre I : cancer de sien**

##### **Préambule**

1. la définition du cancer.....	12
-tumeurs bénignes, tumeurs malignes .....	12
2. définition du cancer du sien .....	12
3. les formes cliniques du cancer du sein .....	13
4. la sémiologie de cancer du sein.....	13
5. les facteurs de risque de cancer de sein.....	14
6. le diagnostic du cancer du sein .....	16
7. La prise en charge du cancer du sein .....	17
8. le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer de sein .....	18
9. les effets psychologie du cancer de sein sur les femmes .....	21
10. psychothérapie et soutien psychologique .....	24

##### **Synthèse**

#### **Chapitre II : l'estime de soi**

##### **Préambule**

1. historique .....	28
2. La définition de l'estime de soi .....	31
3. La définition de la confiance en soi .....	32
4. la différence entre confiance en soi et estime de soi .....	32
5. l'importance de l'estime de soi .....	33

6. comment se forme l'estime de soi -----	34
7. la forme de l'image de soi-----	34
8. Le développement de l'estime de soi -----	35
9. les différent piliers de soi -----	36
10. les théories de l'estime de soi -----	37
11. les obstacles de l'estime de soi -----	40
12. la caractéristique d'une personne qui s'estime -----	42
13. la Co-morbidité de la mauvaise estime de soi -----	42
14. la pris en charge de ces troubles -----	43

## **Synthèse**

### ***Partie méthodologique***

## **Chapitre : III la méthodologie de recherche**

### **Préambule**

I-Présentation du lieu de rechercher, le déroulement de la recherche et la population d'étude.<sup>47</sup>

1-présentation du lieu de recherche -----	47
2-le déroulement de la recherche -----	48
2.1. La per-enquête -----	48
2.2. L'enquêté -----	48
3- la population d'étude -----	48
II- les techniques utilisées dans la recherche -----	50
1. la méthode de recherche -----	50
1.1. La méthode descriptive -----	50
2. Les outils utilisés .....	51
2.1 L'entretien -----	52
2.2.. L'entretien semi- directif -----	52

2.3. Guide d'entretien -----	52
2.4. Présentation de l'échelle de Cooper Smith -----	52
2.4.1. Définitions de l'inventaire de l'estime de soi -----	52
2.4.2 Cotation -----	53
2.4.3. La consigne d'administration -----	56
2.4.4. Le temps de passation -----	57
2.4.5. L'analyse et cotation de cotation de l'échelle de l'estime de soi -----	57
2.4.6. Classement et interprétation -----	57

## **Synthèses**

### **Chapitre IV analyse des résultats et discussions des hypothèses**

#### **Préambule**

1. présentation des cas -----	56
2. Analyse générale de l'échelle -----	73
3. discussion des hypothèses -----	76

<b>Conclusion générale -----</b>	<b>78</b>
----------------------------------	-----------

#### **Bibliographie**

#### **Annexes**

## *La liste des tableaux*

**Tableau 01** : Récapitulation de la population d'étude.

**Tableau 02** : la cotation de l'échelle de Cooper Smith forme adulte.

**Tableau 03** : Présente les items positif et les items négatif de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

**Tableau 04** : Présente les sous échelle de l'estime de soi.

**Tableau 05** : valeurs caractéristique des échelles.

**Tableau 06** : la passation du teste.

## *Introduction générale*

La santé est ce qui est de plus cher pour les êtres-humains. C'est Pourquoi la préserver est l'une des priorités majeures des individus et son L'état.

Les états allouent des sommes importantes pour le développement et l'amélioration de la qualité de santé de leurs populations, c'est bien manifeste Adopté dans développement du domaine de l'économie de la santé.

La santé peut être définie comme étant un état et complet de bien-être physique, Mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité. Cependant, la santé de l'individu est affectée par un ensemble de facteurs externes qui agissent soit en sa faveur, soit en sa défaveur en lui causant ainsi un ensemble de pathologies.

Le cancer est l'une des pathologies qui peut atteindre une personne et nuire à sa Santé, et peut cause sa mort. Il existe une multitude de types de Cancer, entre autres le cancer du sein qui fait l'objet de notre étude.

Le cancer du sien est premier cancer féminin en termes d'incidence et de Mortalité. Aussi, le plus fréquent chez les femmes mais rare chez les hommes.

Le terme cancer regroupe un ensemble de maladies caractérisées par une Prolifération limitée de cellule capable d'échapper à une mort cellulaire Programmée ; ce qui entraîne la formation d'une population de cellules Excédentaires pouvant se disperser dans l'ensemble de l'organisme. Ces maladies Peuvent prendre naissance dans chaque partie du corps humain, il existe ainsi Plusieurs types de cancers issus de plusieurs types d'organes de tissus et de cellules Associés à ces tissus. Un cancer correspond à la multiplication anarchique de Cellules anormales, elles peuvent être situées dans n'importe quel organe et Échappent à tout contrôle. (Delehedde(M), 2006, P05).

Il existe beaucoup de moyens thérapeutiques ciblés qui sont aujourd'hui utilisées Pour traite le cancer du sein. A titre d'exemple on peut citer la chimiothérapie, La radiothérapie ainsi que la chirurgie. Mais le choix de l'un de ces traitements est Personnalisé et adapté à chaque patient.

Il est important de ne jamais oublier que le Cancer du sein est curable et que les chances de guérison sont d'autant plus grandes quand la maladie soit détectée à un stade précoce.

Comme il est dit dans le célèbre dicton « un corps sain dans en bonne état ». Quand une personne est en bonne santé, son esprit est sain. Nous pouvons dire que lorsque le corps humain est faible, son état psychologique pourrait l'être aussi

L'estime de soi c'est un aspect important dans notre personnalité sont des valeurs attribuées à notre apparence physique, nos opinions, nos compétences, nos comportements, votre vie professionnelle, ainsi que nos relations amicales, familiales, amoureuses .....une seule facette de nous-mêmes qui soit très élevée ne suffit pas d'avoir une bonne estime de vous.

L'estime de soi est un concept psychologique qui renvoie au jugement global positif ou négatif qu'une personne a d'elle-même .c'est l'évaluation qu'une personne fait de sa propre valeur. L'estime de soi n'est pas qu'une question de regard sur soi, Elle est aussi ce sentiment émotionnel global qui nous envahit lorsqu'on pense à soi. Elle inclut également notre perception des jugements des autres sur soi, et se manifeste à travers nos émotions et nos pensées.

A cet effet, nous avons réalisé notre recherche sur l'estime de soi chez les femmes atteintes de cancer de sein. Dans le but de déterminer l'impact du cancer du sein sur l'estime de soi des femmes touchées.

Pour bien justifier cette recherche, nous avons choisi un terrain d'étude qui s'agit de l'association .ainsi qu'à un plan qui va nous servir de pilier pour justifier les propos que nous avons constaté lors de notre stage.

De ce fait, la présente recherche est partagée en deux parties

**La première partie :** aborde la cote théorique qui contient deux chapitres :

**Le premier chapitre :** comporte la définition du cancer du sein et les éléments principaux pour la compréhension générale du cancer de sein ; ses types, le diagnostic, les différents traitements.

**Le deuxième chapitre :** consacré à l'étude de l'estime de soi et l'élément principal pour une compréhension générale de cette notion.

**La deuxième partie** traite le côté pratique qui contient deux chapitres :

**Le troisième chapitre :** est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on aborde les points suivant : la présentation de lieu de recherche, le déroulement de la recherche et la population d'étude et les techniques utilisées dans la recherche.

**Le quatrième chapitre :** contient la présentation des cas, résumé de l'entretien, l'échelle et aussi analyse générale de l'échelle, et enfin on termine par une conclusion général.

# *Problématique*

La santé est ce qui est de plus cher pour les être-humain, c'est pourquoi la préserver est l'une des priorités majeures, à la fois des individus et de l'état. Les Etats allouent des sommes importantes pour le développement et l'amélioration de la qualité de santé de leurs populations, c'est pourquoi, ils ont tous adopté et développé le domaine de l'économie de la santé.

La santé peut être définie comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité « organisation mondiale de la santé ». Cependant, la santé de l'individu est souvent affectée par un ensemble de facteurs externes qui agissent soit en sa faveur, soit en sa défaveur lui causant ainsi un ensemble de pathologie.

Certaines maladies peuvent également parfois se fixer quelques challenges à réaliser et celle pour prouver à eux-mêmes que le cancer ne les a pas atteint dans leurs capacités physiques, sportives, mais également dans leur force de vie. Donc la personne cancéreuse vit comme si de rien n'était. (Valanche(H), 2010, pp111-112)

Le cancer est l'une des pathologies qui peut atteindre une personne et nuire à sa santé. Cette nuisance peut aller jusqu'à la mort. Il existe une multitude de types de cancer, citant comme exemple le cancer de sein qui a fait l'objet de notre étude.

Le cancer du sein s'accompagne très souvent de quelques métastase à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement.

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

Selon l'OMS en 2020, on a recensé 2,3 millions de femmes atteintes du cancer du sein et 685000 décès par cancer du sein dans le monde fin 2020, 7,8 millions des femmes envie s'étaient vues diagnostiquer un cancer du sein cours des cinq années passées. Ce qui fait du cancer du sein le cancer le plus courant a l'échelle du globale.

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

A ce fait nous avons choisi comme thème le cancer du sein pas en tant qu'une maladie organique à proprement dit, mais plutôt sur les conséquences qu'elle peut avoir sur l'aspect psychologique tel que les représentations qu'elles puissent se faire sur elles même.

Ces conséquences psychologiques induisent les femmes cancéreuses à une diminution de la satisfaction corporelle, elles perçoivent leur corps comme indésirable et devient source d'inquiétude et de préoccupation marquées.

Cette baisse de la satisfaction corporelle touche une dimension de l'identité, qui est l'estime de soi. Cette dimension de la personnalité mesure le degré de l'acceptation de soi qui nous permettra d'étudier l'estime de soi chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

L'estime de soi est l'un des concepts psychologiques les plus souvent vulgarisés de notre temps, sans doute qu'il nous aide à comprendre le sens de notre vie à la recherche du bonheur.

L'estime de soi se constitue à partir d'un système de valeur intériorisé dans lequel les valeurs familiales sont renforcées de nouvelles valeurs issues de jeu des interactions des différents rôles tenus par l'individu (identité social) et des rapports interpersonnels entretenus dans les différents réseaux. L'estime de soi dépend de la comparaison effectuée avec autrui, le soi de l'individu se développe à partir des jugements qu'a autrui émit sur lui, cette comparaison a pour résultat une valorisation ou une dévalorisation de l'image de la personne. (Bariaud(F), Bourcet (C).1994, P, 156).

A partir des données illustrées, nous sommes arrivées à cerner le but de notre recherche qui s'agit de répondre aux deux questions suivantes :

**-Question Général :**

**Est-ce que les femmes atteintes un cancer du sein ont un estime de soi o u négative ?**

**-Question opérationnel :**

**Quels sont les facteurs qui définissent le niveau d'estime de soi chez les femmes cancéreuses ?**

Pour répondre à ces questions nous avons émis les hypothèses suivantes :

**-Hypothèse Général :**

L'estime de soi chez les femmes atteinte d'un cancer du sein négative a telle des chances et devenir positive avec le temps et ou d'évoluer le contraire elle resté stagné.

**-Hypothèse opérationnel :**

Le soutien familial et la bienveillance de l'entourage définissent majoritairement le niveau d'estime de soi de la patiente.

**Opérationnalisation des concepts clé :**

**Le cancer :** le cancer est une tumeur maligne, il résulte d'un déséquilibre dans les mécanismes de croissances et de multiplication cellulaire.

**Cancer du sein :**

- Le cancer du sein représente un mamelon rétracté peau de sein rouge grosseur non douloureuse.
- Une multiplication anarchique de celles anomalie au niveau de sein.
- Une maladie qui touche généralement les femmes.
- Une présence d'anomalie au niveau du sein.
- Une multiplication rapide est considérable des cellules malignes au niveau du corps comme la chute des cheveux ou encoure la perte d'un ou des deux seins.
- Une maladie qui se présente sans douleur avant la prise de traitements.
- Le cancer du sein aboutit à des conséquences très sévères.

**L'estime de soi :** l'estime de soi la valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi.

L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est capable de les atteindre. Elle peut découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part et, d'autre part le moi

idéale, le moi-qui devrait-être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent. (Bloche (H) et all.1999 .p, 55)

# *Partie théorique*

# *Chapitre I : Cancer du sein et aspects cliniques*

## **Préambule**

1. la définition du cancer

- tumeurs bénignes, tumeurs malignes

2. définition du cancer du sein

3. les formes cliniques du cancer du sein

4. la sémiologie de cancer du sein

5. les facteurs de risque de cancer de sein

6. La prise en charge du cancer du sein

7. le diagnostic du cancer du sein

8. le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer de sein

9. les effets psychologie du cancer de sein sur les femmes

10. psychothérapie et soutien psychologique

## **Synthèses**

**Préambule**

Le cancer sous toutes les formes clinique occupe une grande place dans le jargon médical et sanitaire, du fait de sa dangerosité, de son étendue et de sa distribution un peut partout dans le monde. Il se développe dans les pays développés mais aussi dans les pays en développement. Il n'épargne personne et tout sexe confondu.

Le cancer du sein est une préoccupation majeure de santé publique. Il est le premier cancer chez les femmes, et également la première cause de décès des femmes par cancer. Prés d'une femme sur huit est atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie. Faut noter, qu'il touche aussi les personne de sexe masculin, contrairement a ce que pensent certaines personnes, les hommes peuvent également développer un cancer du sein mais les risques restent minime : environ 1%. L'incidence de cette pathologie progresse dans le monde dit en développement, du fait d'une plus longue espérance de vie, de l'urbanisation, le changement des habitudes quotidiennes dans le mode de vie et l'exposition à des facteurs environnementaux en perpétuel changement pouvant être néfaste pour la santé.

## 1. Définition du cancer

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

Elle peuvent aussi migrer dans d'autres organes pour donner naissance a des métastases ; les mécanismes en cause sont très nombreux .Dans un premier temps la cellule voit son ADN, son capital génétique modifiée a la suite de l'exposition répétée à un carcinogène lié à l'environnement (virus, irradiation), au mode de vie ( tabac, alcool, alimentation , exposition au soleil) ce peut être aussi le cas lorsqu'une personne présente une mutation congénitale d'un ou plusieurs gènes qui la prédispose a un cancer donné , on sait par exemple que la mutation du gène BRCA1 prédispose au cancer du sein.( Delehedde(M),2006,P05).

### 1.1. Tumeur bénignes, tumeurs malignes

La distinction entre tumeurs malignes nous vient du XIXe siècle grâce a la généralisation de la microscopie a l'étude du monde vivant, le médecin (essentiellement chirurgien jusqu'à cette époque) accéda enfin a l'échelle de la cellule, ce qui lui permet de disposer des critères l'autorisant à différencier les différents types de tumeurs.

Ces critères morphologique qui décrivent l'apparence de la cellule ont contribue à mettre fin a bien des erreurs de diagnostics, ils ont également permis de remettre en cause a posteriori les statistiques. (Delehedde(M), 2006, P05).

## 2. Définition du cancer du sein

Un cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne. (Lupors(E), Leichtnam Dugarin(L), 2007, p 09).

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60ans. Près de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50ans et 60ans. Ce cancer peut aussi apparaître chez l'homme, c'est extrêmement rare (moins de 1/2 des cancers du sein). (Lupors(E), LeichtnamDugarin(L), 2007, p12).

### **3. les formes cliniques du cancer du sein :**

#### **3.1. Le carcinome canalaire in situ (CCIS)**

Ce type de tumeur atteint les canaux lactifères du sein, c'est-à-dire les canaux qui transportent le lait depuis les glandes mammaires jusqu'au mamelon ; ce type de cancer est dit précoce car il est limité au sein lors du diagnostic. (<https://www.pactonco.fr/les-differents-types-de-cancers-du-sein>).

#### **3.2. Le carcinome canalaire infiltrant (CCI)**

Comme le CCIS, ce type de tumeur atteint les canaux lactifères mais il est plus invasif, c'est-à-dire qu'il va se propager et s'étendre jusqu'aux tissus mammaires. Il s'agit du cancer du sein le plus commun. (<https://www.pactonco.fr/les-differents-types-de-cancers-du-sein>).

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

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

Le cancer inflammatoire du sein il s'agit d'une forme rare de cancer du sein. Les symptômes sont généralement un sein rouge et enflé et semble se développer de manière rapide, mais il reste rare. (<https://www.pactonco.fr/les-differents-types-de-cancers-du-sein>).

### **4. La sémiologie du cancer du sein**

On appelle symptômes d'une maladie, toute manifestation anormale provoquée par cette maladie.

- Une masse dure dans un sein, fixe ou mobile, aux contours souvent irréguliers.

- Des ganglions gonflés et durs, non douloureux, au niveau de l'aisselle.
- Des écoulements spontanés au niveau d'un des deux mamelons.
- Une modification d'un mamelon ou de l'aspect de la peau du sein.
- Anomalie du globe mammaire.
- Une modification de la taille ou la forme des seins.
- Ganglions parfois palpés au niveau des aisselles.
- Douleur localisée.
- Peau du sein rouge, œdémateuse ou présentant un aspect de peau d'orange.
- Un mamelon inversé c'est-à-dire tourné vers l'intérieur.
- Ecoulement mammaire teinté de sang. ([Http://e.cancer.fr](http://e.cancer.fr))

## 5. Les facteurs de risques du cancer du sein

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

### 5.1. Les risques familiaux

Le risque familial est le plus important, le fréquemment retrouvé et le plus anciennement connu .Une histoire familiale de cancer de sein est un facteur de risque dont l'importance est variable ; le risque maximal est représenté par l'existence chez une femme de la famille proche d'un cancer du sein bilatéral avec risque relatif. Une femme sur 150serait porteuse d'une anomalie au niveau d'un ou plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein, lui confèrent dès lors un risque cumulé proche de 80%à 80ans, ces cancers surviennent beaucoup plus tôt que les tumeurs sporadiques (parfois avant 30 ans) avec un risque maximal en 40ans et 49 ans. (Saglier(I), 2009, PP6-10).

#### - l'âge et cancer

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

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

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

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

### **5.2. Les risques nutritionnels**

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

Les facteurs de risque nutritionnels dans les cancers du sein commencent à être mieux identifiés permettant d'entrevoir la possibilité de mesure de prévention primaire et même de proposer actuellement une prise en charge diététique en prévention secondaire chez des patients déjà traitées pour un cancer du sein car, la nutrition semble aussi pouvoir influencer le pronostic.(Saglier(I), 2009,PP6-10).

### **5.3. Les risques histologies**

Le risque histologique est maintenant admis que les tumeurs malignes se développent en passant progressivement par différents stades initialement bénin puis atypique et malin. Le risque histologique se définit par la présence d'une lésion histologique bénigne présentant un risque de développement ultérieur de cancer du sein .Le risque le plus élevé est représenté par hyperplasie atypique canarlaire ou lobulaire ; il s'additionne aux autres facteurs de risque connus. (Saglier(I), 2009, PP6-10).

### **5.4. Les risques hormonaux**

Ils correspondent à de multiples facteurs, endogènes ou exogènes.

#### **• Facteur endogènes**

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

**• Facteur exogènes**

La contraception orale à été mise en cause et le traitement hormonal substitutif de la ménopause. (Saglier(I), 2009, PP8-9).

**6. Le diagnostic du cancer du sein**

Un cancer du sein est découvert soit à l'occasion d'un examen systématique par le gynécologue, soit par la patiente elle-même au cours d'une auto examen du sein. Le diagnostic est confirmé par une mammographie, éventuellement complétée par une échographie mammaire et par une ponction du kyste ou du nodule (biopsie), dont le liquide ou les cellules prélevées sont examinées au microscope afin de recherche des cellules tumorales. Les biopsies sont réalisées par voie percutanée, avec des aiguilles spéciales. Elles sont guidées sous échographie ou par un procédé d'imagerie comportant une mammographie et un système de guidage informatisé appelé mammectomie. (Morin(y), paris, 2001, P883).

**6.1. Comment découvrir-t-on un cancer du sein**

Un cancer du sein est le souvent diagnostiqué à quatre occasions :

**6.2. Lors de la découverte des symptômes par la patiente elle-même**

Lorsqu'une femme découvre une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle, il est important de consulter un médecin pour qu'il réalise les examens nécessaires. Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de guérison.

**6.3 .Lors d'une consultation de dépistage**

Lors d'une consultation ou d'un bilan de santé, le médecin généraliste ou le gynécologue propose de chercher une anomalie du sein après avoir expliqué les raisons les conséquences éventuelles de ce dépistage.

**6.4. Lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue :**

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

### **5.5. Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein :**

Lors de la surveillance d'un cancer du sein traité, le médecin vérifie qu'un second cancer du sein ne s'est pas développé. (Leicht-Dugarin(L), 2007, pp18-19).

## **7. La prise en charge du cancer du sein**

Le traitement d'un cancer du sein localisé comprend en principe au minimum une chirurgie, généralement complétée par un plusieurs traitements préventifs de rechute nommés traitement « Adjuvants »

### **7.1. La chirurgie**

La chirurgie reste la pierre angulaire du traitement du cancer du sein localisé, il est exceptionnel qu'elle ne soit pas indiquée. Elle est assurée selon les besoins spécifiques de la patiente, par la chirurgie plastique oncologique ou même exerçant intégralement en chirurgie plastique et reconstructrice. (<https://gustave> Roussy traitement de cancer du sein)

Elle permet le traitement loco régional dit celui de la tumeur primitive et celui des envahissements ganglionnaires potentiels axillaires ; il peut consister en une mammectomie, on peut dire que la chirurgie radicale et ultra radicale a beaucoup perdu au profit de la chirurgie radicale limitée et qui, à son tour se trouve maintenant affrontée au traitement chirurgical non mutilant. (Benzidane(N), 2004, PP16-18)

### **7.2. La radiothérapie**

C'est une autre arme qui permet un traitement loco régionale, utilisant essentiellement une radiothérapie externe par le Cobalt, parfois une radiothérapie de contact par les fils d'Iridim. La radiothérapie après chirurgie (après la cicatrisation ) permet le contrôle des lésions cliniques qui peuvent exister sur la glande mammaire ou bien le lit cicatriciel si non sur les aires ganglionnaires axillaires, mammaires internes et sus claviculaires .(Benzidane(N),2004,PP16-18).

### **7.3. La chimiothérapie**

La chimiothérapie adjuvante a fait ses preuves depuis longtemps pour la prévention des rechutes de cancer du sein (diminution du risque de 5à plus de 50%).Elle a pour but de

supprimer d'éventuelles cellules tumorales résiduelles non détectables. La chimiothérapie peut aussi parfois être utilisée avant la chirurgie pour contrôler vite la maladie, augmenter les chances de garder le sein ou permettre une chirurgie qui n'était pas faisable initialement. (<https://gustave> Roussy traitement de cancer du sein)

Elle a pour but de prolonger le taux de survie par la stérilisation du micro métastases existants au moment du diagnostic, aussi elle peut permettre un traitement conservateur après une chimiothérapie d'induction. (Benzidane(N), 2004, PP16-18).

#### **7.4. Hormonothérapie**

L'hormonothérapie sert à modifier la sécrétion d'hormones ou à bloquer leur action à fin d'empêcher la prolifération des cellules tumorales. Elle est proposée si la tumeur exprime des récepteurs aux hormones et si un bénéfice est attendu sur le risque de rechute, ce qui est fréquemment le cas car ces traitement diminuent de 30à 60%les risques de rechute a la fois sous forme de métastases, de rechute locale ou de nouveau cancer. (<https://gustave> Roussy traitement de cancer du sein).

Elle 2004, PP16-18).

Est utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez les patientes ménopausées, on utilise le tamoxifène à la dose de 20à30MG par jour en cas d'envahissements ganglionnaire et récepteurs hormonaux positifs pendant au moins deux ans. (Benzidane(N),

### **8. Le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer de sein**

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

#### **8.1. Le déni**

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

Il faut réaliser que le diagnostic fatidique « vous avez du cancer » prend du temps à se digérer. Nous devons le comprendre et respecter ce déni car il donne au malade cancéreux du temps pour réunir ses énergies et faire face à la l'adversité mais il faudra a un moment ou l'autre l'amener à admettre sa situation afin qu'il soit au traitement.

Cette prise de conscience devra se faire progressivement mais aussi avec aménagement, car la personne cancéreuse qui nie ses problèmes est placée devant une double difficulté : la menace du cancer et celle de la perte de son image de personne forte et robuste ; c'est beaucoup à encaisser. Il faut aussi savoir que la prise de conscience n'est pas toujours définitive et définitive et qu'il arrive que la personne oscille entre déni et acceptation de la réalité et bien qu'ayant exprimé plus de réalisme, elle retourne pour un temps à sa négation rassurante.

Certains malades peuvent également parfois se fixer quelques challenges à réaliser et celle pour prouver à eux-mêmes que le cancer ne les a pas atteint dans leurs capacités physiques, sportives, mais également dans leur force de vie. Donc la personne cancéreuse vit comme si de rien n'était, en faire encore d'avantage à l'occasion du cancer, semble parfois s'apparenter à un véritable déni de la maladie et de leurs situations. (Valanchon(H), 2010, PP111-112).

## **8.2. La dépression**

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

Tout les femmes ne sont pas égales devant leur adaptation à l'épreuve du cancer et un point critique est de pouvoir poser correctement le diagnostic d'une dépression sévère nécessitent une prise en charge .La dépression majeure touche 25%des femmes atteintes d'un cancer du sein et le clinicien devra être attentif aux éléments suivants : des antécédents de dépression, l'absence du support social (pas de compagnon ou mari, peu d'amis et un environnement professionnel non valorisant).

Si la dépression sévère est plus fréquente dans le cas d'une maladie à pronostic sombre, il serait faux de penser qu'elle ne touche pas les femmes atteintes de petites tumeurs à meilleurs pronostics. Les symptômes dépressifs sont présents chez les femmes hospitalisées pour traitement chirurgie de leur cancer du sein. Ces symptômes ne sont pas influencés par l'âge, le type de chirurgie et le pronostic de la maladie, mais nous pensons que le choc de l'annonce du

cancer du sein a déjà une grande part de responsabilité dans cette morbidité psychologique en confrontant l'individu à l'idée de mort. (Zelek(L), Zerinque(N), 2010, pp117-118).

### **8.3. Anxiété**

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

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

L'anxiété, quel que soit son degré, peut interférer non seulement avec la qualité de vie de la patiente mais également avec celle de son entourage proche, cette manifestation fréquente qui doit être évaluée et prise en charge, il y a un grand nombre de femmes qui expriment du cancer du sein et un autre nombre qui partent de l'angoisse de mort ou encore de mutilation. L'anxiété est souvent un processus normal d'adaptation à la maladie mais si cet état se prolonge ou s'intensifie, il requiert un traitement adapté.

Un des facteurs de risque d'anxiété est l'absence de communication avec les professionnels de santé, l'information fournie par les équipes médicales dans sa forme et son contenu peut donc largement contribuer à la diminution de cet état psychologique. (Zelek(L), Zerinque(N), 2010, pp117-118).

### **8.4. Troubles paniques**

Le diagnostic de trouble panique doit être porté quand la patiente présente dans ses antécédents trois attaques de panique au moins, les attaques de panique sont des crises d'angoisse massives de survenue brutales, de durée brève (quelques minutes à une heure) associées des cognitions de type catastrophiques assez évocatrices ; conviction du sujet

qu'il va mourir, devenir fou, perdre connaissance). Ces attaques de paniques peuvent survenir dans des circonstances déclenchantes particulières (claustration, vue du sang et autres) et être alors associées à un trouble phobique, elles peuvent aussi s'accompagner de conduites d'évitement, la différence avec le syndrome de stress post traumatique repose sur l'anamnèse et sur les circonstances de déclenchement comme sur la nature des circonstances entraînant ces conduites d'évitement : dans le premier cas c'est le rappel, même en pensée, de l'événement traumatique par exemple : annonce ou réveil post mastectomie qui génèrent l'angoisse ; dans le deuxième, la situation redoutée est non traumatique par elle-même mais phobogène pour un sujet donné. (Morere(J),2007,P269) .

## **9. Les effets psychologiques du cancer du sein sur les femmes**

### **9.1. Psychologie de la perte**

De façon générale, l'annonce de la chute des cheveux et de la future mastectomie va suivre de près celle du diagnostic de maladie cancéreuse, il s'agit pour les patientes d'intégrer des informations particulièrement violentes et non représentables par la pensée puisque il touche l'intégrité de la femme. En effet, cela modifie brutalement un équilibre psychique et psychologique et il va sans dire que c'est une remise en question complète de la femme par rapport à sa féminité, car c'est son symbole qui est atteint. Les termes de « perte » et « chute » peuvent présenter d'autres pertes souvent invisibles liées à la maladie. La chute peut également évoquer l'effondrement du moi face à l'avenir compromis.

La psychologue Annie Decoster explique que la perte des cheveux va modifier profondément l'estime de soi du sujet et surtout entraîner un ébranlement de l'identité avec parfois une phobie du miroir plus ou moins transitoire. Cette tête chauve appartient elle à un homme ou à un nourrisson ou bien encore un vieillard ? La perte des repères identitaires au niveau des signes de féminité entraîne une rupture dans son rapport à soi-même mais aussi dans son rapport aux autres. L'effet traumatique, le travail d'intégration puis le réaménagement psychique vont accompagner les différentes étapes de la chute ou de la perte en général ;(Sein ou cheveux).

Le bouleversement intérieur va se traduire aussi dans son rapport à la prothèse mammaire et capillaire ; mettre ou ne pas mettre ? En présence de qui ? Quand ? pourquoi ? La métamorphose psychique l'oblige à se confronter à un vieillissement prématuré.

Cette expérience particulière de la perte va s'inscrire dans une histoire personnelle singulière en rapport avec l'âge, la personnalité mais également en rapport avec toutes les différentes relations antérieures en particulier le lieu identitaire. (Dahlem(M), 2008, p11).

## **9.2. Traitements du cancer du sein et chute des cheveux (image du corps)**

Pendant la période du traitement, rares sont en effet celles qui peuvent continuer à vivre normalement sur le plan professionnel, familial ou encore amical.

Dans certaines conditions les thérapeutes induisent presque toujours chez les femmes atteintes d'un cancer du sein une véritable crise identitaire, elles ne se reconnaissent plus, la Chimiothérapie et ses effets secondaires les obligent à vivre dans un état second et à renoncer à leurs différents investissements sociaux et professionnels. L'un des effets secondaires du traitement chimio thérapeutique, le plus connu et le plus cité par les femmes est la perte des cheveux (alopécie). A tel point que pour beaucoup, cancer et perte des cheveux sont considérés comme des synonymes, le follicule pileux qui forme la base du cheveu est composé de cellules à multiplication rapide, elle sont par conséquent très sensibles. Dans ces conditions, les cheveux ne peuvent pousser et souvent ils cassent et tombent dans les semaines qui suivent la première séance du traitement, de même cils, sourcils et poils pubiens peuvent également tomber. La perte des cheveux est très souvent redoutée par les femmes atteintes du cancer, elle est pénible physiquement ; la chute des cheveux est parfois douloureuse mais surtout psychologiquement puisque elle constitue une atteinte à leur intégrité physique et un symptôme angoissant de l'empoisonnement du corps, les femmes qui poursuivent un traitement de chimiothérapie ont eu toujours peur de prendre un peigne à la main devant le miroir, elles sont toujours en larmes et leurs cheveux tombent et elles arrivent même à briser le miroir et n'osent plus se regarder.

Pour ces raisons, certaines femmes ont expliqué préférer parfois se raser la tête des leurs premières mèches de cheveux tombées. Il s'agit certes là d'un instant douloureux très difficile. Pour ces femmes, il vaut mieux avoir un crâne chauve et nettoyé que de voir continuellement tomber leurs cheveux, perte dégoûtante et signifiant un rappel brutal de l'intoxication de leurs corps par chimiothérapie. La chevelure, est pour une femme dit Daniel Deschamps : « une valorisation narcissique de son sexe ». En occident elle est l'apanage du sexe féminin. Dans ces conditions, ces femmes qui sont atteintes ressentent presque

toujours. la perte de cheveux consécutive à la chimiothérapie comme la perte de leurs vitalités sexuelles puisque la chevelure est véritable symbole de féminité .

Certaines femmes redoutent presque autant et parfois d'avantage que la perte de leurs sein certes, la perte de leur cheveux. Perdre ses cheveux est une atteinte terrible pour une femme a son identité sexuelle et sexuée mais, c'est aussi, pensent-elles fréquemment, prendre le risque d'être identifiée à une malade cancéreuse, un individu portant sur la tête un foulard destiné à cacher sa cavité est en effet devenu au cours des années l'archétype mémé, l'image stéréotypée de la personne atteint d'un cancer . Les femmes craignent ainsi que ce nouveau statut social de malade ne continue à les définir bien au – delà de la repousse de leurs cheveux.

Les traitements chimio thérapeutiques dévoilent ce qu'elles auraient souhaité continuer à cacher ; la présence du cancer dans leurs corps et leur vie, ces thérapeutiques rendent le sujet malade au sens social du terme car elles contribuent par la perte des cheveux et l'immobilisme qui leurs sont traditionnellement associés, à stigmatiser, socialement l'individu comme porteur d'une malade. Cette perte est une véritable blessure narcissique pour ces femmes, ce processus de perte des cheveux est un événement redouté et douloureux pour toute les femmes, d'autant que l'entourage ne mesure toujours pas la détresse que peut provoquer ce qu'il est considéré parfois comme un simple effet secondaire ; perdre ses cheveux c'est ébranler sa féminité, c'est donner à voir la maladie à l'extérieur, c'en est ainsi un rappel qui est constant, quand on demande aux patientes de classer par ordre d'importance des dizaines d'effets négatifs liés au cancer ou à ses différents traitements c'est bien souvent l'alopecie qui arrive en première position.

A l'annonce de la maladie, la première association d'idée qui s'opère chez les patientes est bien ce lien indispensable cancer-chimiothérapie-perte de cheveux, les médecins et parfois à l'entourage, sont toujours étonnés d'entendre et de voir l'importance donnée par les patientes de la perte visible de leur chevelure. En effet, avec la perte des cheveux c'est la maladie qui s'affiche et qui s'en prend au visage de la féminité or l'argument souvent avancé pour prendre son mal en patience est le suivant : « qu'est-ce que la perte des cheveux en comparaison du risque de perdre la vie ? »

Les femmes elles même tentent de s'en convaincre, mais, cette question rationnelle sur le plan médical, n'entend pourtant pas la dimension psychique de la perte et ce qu'elle peut

ouvrir parfois comme béance intérieure chez les patientes, par la suite ces femmes expliquent que c'est comme si leur intégrité s'était effritée, comme si leur identité devait se résumer à ce regard qu'elles posent sur elles face au miroir, reflétant l'image d'une femme qui n'en est plus tout à fait une comme les autres tous ses sentiments influencent sur les femmes, sur le plan relationnel et les sentiments d'estime de soi donc de solidité narcissique qu'il leur faut parfois des années pour reconstruire ce qu'a infligé la perte même une fois les cheveux repoussés et l'entourage est rassuré. (Valanchon(H), 2010,96-98).

### **9.3. Altération et perturbation de l'image de soi**

Le cancer du sein est considéré comme étant agressif pour le corps puisque il peut facilement modifier l'apparence, plusieurs types de conséquences peuvent être dénombrés ; perte ou modification d'une partie du corps, ablation, amputation, cicatrice, défiguration, changement de sensation, impression d'être incomplet, difficulté d'ajustement aux prothèses, limitation de certaines habilités (difficulté à se déplacer, altération de la démarche, difficulté à aligner ses bras) et effets secondaires de certains traitements (perte de cheveux, fatigue, décoloration de la peau) toutes ces perturbations influencent sur toute la vie, elles sont considérées comme une confusion dans la représentation mentale du moi. (Periera (L), 2009, P26).

### **9.4. Le premier regard sur soi**

La patiente découvre ces endroits de son corps, elle n'y voit plus son sein et c'est un choc très terrible, il n'y a pas d'antalgique pour apaiser l'angoisse de ce premier regard sur c'est alors une affreuse errance psychique qui commence pour les patientes, le sentiment d'être trahi par ce corps, de se reconnaître. Ce premier regard sur soi est cependant un premier pas vers la réconciliation avec son corps, car imaginer la cicatrice est encore plus terrible, ce face à face est traumatisant mais nécessaire. L'important est que les femmes puissent rapidement reprendre leur autonomie. (Periera(L), 2009, P26).

## **10. Psychothérapie et soutien psychologique et accompagnement**

Les modalités d'intervention thérapeutiques auprès des patientes d'un cancer du sein de natures diverses, se caractérisent par des techniques employées (cadre théorique) et les modalités d'application (individuelle ou collective). De la relation avec l'ensemble des professionnels de santé peut également être apporté par les proches du patient. Les prises en

charge thérapeutiques dépendront de l'intensité de la détresse de son type de la demande du patient. L'augmentation des possibilités de prise en charge doit, pour garantir son efficacité, s'assortir d'une politique de dépistage et de sélection des patients.

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

Le soutien de famille ou de proches ou d'une aide spécialisée est très précieux pour mieux affronter ces bouleversements. L'aide spécialisée peut prendre toutes sorte de formes ; consultations d'un psychothérapeute, d'un psychiatre, la participation à un groupe de soutien, un travailleur social ou encore une infirmière, ou rencontrer d'autres patients c'est-à-dire la participation à une psychothérapie de groupe qui diminue généralement le stress, procure une plus grande appréciation de la vie. (Moreré(J), 2008, p303).

**Synthèses**

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

# *Chapitre II :*

## *L'estime de soi*

### **Préambule**

- 1 .historique
2. définition de l'estime de soi
3. La définition de confiance en soi
4. la différence entre confiance en soi et estime de soi
5. l'importance de l'estime de soi
6. comment se forme l'estime de soi
7. la forme de l'image de soi
8. Le développement de l'estime de soi
9. les différents piliers de soi
10. les théories de l'estime de soi
11. les obstacles de l'estime de soi
12. la caractéristique d'une personne qui s'estime
13. la Co-morbidité de la mauvaise estime de soi
14. la prise en charge de ces troubles

### **Synthèse**

**Préambule :**

L'estime de soi est l'évaluation qui reflète le degré selon lequel la personne croit qu'elle réussit bien dans les domaines ou elle aspire à bien faire.

Elle est la manière dont une personne s'évalue généralement ; dans ce chapitre nous allons procéder à une meilleure compréhension de ce concept tant convoité

**1. Historique**

Pour mettre en évidence tous les auteurs qui se sont consacrés à l'étude et à la compréhension du concept de soi.

Les auteurs qui se sont consacrés, à l'étude et à la compréhension du concept de l'estime de soi et tous ceux qui ont porté leur pierre à l'édifice pour la compréhension de ce sujet.

Ce retour au passé nous a semblé important et primordial afin de comprendre et situer les débuts des recherches autour de ce thème.

En effet, il est important de connaître les avancées réalisées dans ce domaine et les lacunes rencontrées. L'échine dorsale de notre travail est le concept de l'estime de soi. Cela impose donc une bonne connaissance et bonne compréhension de ce dernier. Cela demande, aussi de connaître toutes les définitions de ce concept et les divergences qui ont existé ou qui subsistent encore. Cet historique nous a permis et de connaître l'évolution de ce concept au fil du temps ainsi qu'une définition plus exhaustive de ce dernier.

**1.1. William James**

Le pionnier de la psychologie américaine a défini l'estime de soi comme suit « l'estime que nous avons de nous-mêmes dépend entièrement de ce que nous prétendons être et faire », pour lui l'estime de soi correspond au taux de réussite que la personne a atteint au cours de sa vie.

**1.2. Sigmund Freud (1856-1942)**

S. Freud s'est intéressé au moi qui est selon lui tiraillé par la tentation du ça et les interdictions du surmoi ce qui le rend éphémère et le conduit à des accès d'angoisse et pour atténuer ces angoisses Freud a expliqué cela par le recours à des mécanismes de défense. Freud à

considérer, le moi comme l'ego et selon lui l'estime de soi ne se développe jamais car le moi est constamment sur la défensive et sachant que l'estime de soi n'a pas d'assise spirituelle et religieuse elle serait donc fragile et instable.

A partir de ce moment et dans le but d'assurer l'équilibre entre le moi et le soi, apparaît une dichotomie bien distincte ; celle de Freud qui considère l'inconscient comme une menace d'instincts libidinaux. Jung considère le moi inconscient comme l'organisateur de l'activité psychique et a partir de la Freud attribue un rôle très réducteur à la spiritualité ce qui désavantage lourdement la conception de l'estime de soi et du soi.

### **1.3. Alfred Adler (1870-1937)**

Pour lui, l'être humain cherche constamment à lutter contre le sentiment d'infériorité en développant un sentiment de supériorité, et selon sa théorie de la personnalité, plus la personne est affaiblie par ce sentiment d'infériorité plus il rêve d'une puissance demeurée et d'un sentiment de domination ; pour lui la personne née avec une basse estime de soi et aspire à une haute estime de soi en devenant dominant et orgueilleux ce qui est faux car cette théorie ne reconnaît pas une estime de soi acceptable, normale et juste.

### **1.4. Carl Rogers (1902-1987)**

Sur ce sujet, il écrit «la grande majorité des cas, se méprisent et se considèrent dénués d'importance et indigènes d'amour».

Donc pour lui, les clients ont tendance à ne pas s'accepter et à se détester. Et l'acceptation inconditionnelle du client par le psychothérapeute va l'aider à s'accepter et mieux accepter ses défauts.

### **1.5. Virginia Satir (1916-1988)**

Selon elle, l'estime de soi est excellente et important paramètre dans la thérapie familiale et un critère de santé mentale, ainsi elle estime que la réussite d'une famille se trouve dans la reconnaissance mutuelle de ses membres de l'estime de soi et elle affirme que dans une famille saine, la liberté laissée à ses membres pour exprimer leurs émotions est un paramètre d'une bonne estime de soi.

**1.6. Eric berne (1910-1970)**

Selon lui ,et dans son ouvrage « des jeux et des hommes ».le comportement d'affection et d'attention et les remarque positives des éducateurs pourraient augmenter l'estime de soi et la confiance en chez les enfants ; il précise qu'une personne qui a une faible estime de soi aurait tendance à manipuler son entourage soit en se faisant passer pour une victime, soit en devenant dominant, par contre la personne qui a une bonne estime d'elle-même reste honnête et sait se défendre.

**1.7. La psychologie analytique de Carl g. jung (1875-1961)**

Ce psychologue a essayé de faire ressortir un lien entre l'estime de soi et l'estime du soi ; il a été l'un des premiers à montrer la relation entre la psychologie et la spiritualité mais les travaux qui ont suivis ont été hélas peu concluant. Carl Jung a défini le soi comme l'imgo dei. Il en fait la clé de voute de sa psychologie, laquelle vise en définitive à faire qu'un individu devienne « soi-même ».

**1.8. Nathaniel brande**

Fut l'un des premier à s'intéresser au concept d'estime de soi et cela dès les années cinquante.au début, il a travaillé sur les effets négatifs de l'absence d'estime de soi comme l'anxiété, la dépression, l'abus d'alcool, etc. pour lui, l'estime de soi reflète les aptitudes et les compétences et l'importance à accorder à sa valeur personnelle ;il parlera aussi « de la confiance à réussir et être heureux, du sentiment de notre valeur personnelle, du pouvoir d'affirmer nos besoins et nos volontés, de la possibilité de réaliser nos valeurs et de jouir du fruit de nos efforts ». Cette psychologie explique aussi les moyens pour acquérir cette estime de soi et place la spiritualité loin du moi qui se croit très fort mais qui devient finalement très vulnérable.

**1.9. Les autres contemporains français**

Le 232 février 2001, apparait un article qui explique comment une vague d'épanouissement personnel a inonde la France. Plusieurs chercheur ont contribué dans l'éclaircissement du concept de l'estime de soi parmi eux : Christophe André et François Lelord avec leur livre « l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres » qui sera largement utilisé dans s

notre travail ainsi que le livre « estime de soi, confiance en soi » de Josiane de saint Paul (Mombourquette, 2013, p.17).

Ce bref historique témoigne de l'intérêt et l'importance accordés au concept de l'estime de soi et ce depuis très longtemps ainsi il que les divergences apparues lors de son étude ; il apparait très clairement que l'estime de soi est un concept qui a fait couler beaucoup d'ancre et qui n'est pas une découverte récente ; bien au contraire et les études contemporaine à son égard en témoigne.

## 2. Définition de l'estime de soi

**2-1 Selon Josiane de Saint-Paul :** « l'évaluation positive de soi même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain, une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimé et d'être heureuse, l'estime de soi est également fondée sur le sentiment de secrété que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage, pourra faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie »(de saint-paul.1999).

**2-2 Selon Daniel Laporte :** « l'estime de soi est la certitude intérieure de sa propre valeur, la conscience d'être un individu unique, d'être quelqu'un qui a des forces et des limites ». (Daniel Laporte, 2002.p.39)

**2-3 Selon Cooper Smith :** « l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur l'estime de soi est la manière dont une personne se considère, se donne de la valeur en tant qu'un individu.

L'individu, pour s'attribuer cette valeur comparé ses aspirations personnelles avec ses réussites actuelles. Il est important de signaler que l'estime de soi n'est pas le reflet des capacités réelles du sujet mais de celle qu'il croit avoir ou pas.

Evidemment, l'estime de soi ne dépend pas que de soi, mais également de la façon dont nous pensons que les autres nous perçoivent. Les personnes concernées sont les proches comme la famille, les enseignants, les autres » (Cooper Smith, 1984, p.128).

**2-4 Selon G.Duclos :** « définit l'estime de soi comme étant la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitude et de croyance qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, ses difficultés et ses limites personnelles. Elle présente une valeur positive qu'on se reconnaît globalement en tant qu'un individu et dans chacun des domaines importants de la vie. L'estime de soi est cyclique, parfois instable et toujours variable à l'image de la vie (Duclos germain, 2005, p.2).

### **3. la définition de la confiance en soi**

En ce qui concerne la confiance en soi, les choses sont un peu plus simples. La plupart des gens s'accordent à dire que c'est ce que ressent une personne qui sait qu'elle peut compter sur elle-même.

Alors que l'estime de soi est le produit d'un jugement, d'une évaluation cognitive de nous-même, la confiance en soi est sentiment. Si la confiance est définie par Larousse comme : « saintement d'assurance et de sécurité ». La confiance en soi est donc « un sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi ». Elle renvoie particulièrement à l'un des aspects essentiels de l'estime de soi une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence. On la définira donc comme le sentiment d'assurance et de sécurité de celui qui peut se fier à lui-même (de saint Paul, 1999, p08).

### **4. LA différence entre confiance en soi et estime de soi :**

C'est une chose que d'avoir confiance en soi. C'en est une autre que d'avoir confiance en autrui, envers l'avenir et l'humanité, les dirigeants politiques ou le projet d'entreprise auquel on participe, s'ajoute à ces deux notions celle de la confiance ou de la loyauté que l'on inspire soi-même à autrui.

En revanche, nous avons tendance à faire confiance aux autres et à les juger en fonction de notre propre niveau de confiance en notre propre niveau de confiance en soi et d'estime de soi. Enfin, fait plus volontiers confiance à une personne qui a une grande estime de soi, ce qui peut générer des cercles vicieux ou vertueux.

Toutefois, la confiance en soi n'est pas synonyme d'estime de soi. La confiance est une valeur importante, pure, intrinsèque, un choix stratégique courageux. Il faut avoir confiance ou en autrui lorsqu'on décide de prendre le risque de se rendre vulnérable aux conséquences de son propre comportement ou de celui des autres sans se sentir intimidé, sans crainte inhibitrice des conséquences. (Dolan & Arselinault, 2009, p.91)

## **5. l'importance de l'estime de soi**

Adopter une attitude positive envers soi a été, depuis longtemps, considéré comme un facteur important par un grand nombre de la personnalité de théoriciens (ROGERS, MURPHY, HORNEY, ADLER), mais rare sont ceux qui en ont réellement étudié les conséquences. Cette importance accordée à l'estime de soi est aussi reconnue par de nombreux psychologues travaillant dans des domaines cliniques et sociaux.

Cependant peu d'études ont été faites sur les composantes spécifiques auxquelles se rapporte l'estime de soi ou pour établir en quoi elle constitue un déterminant effectif et actif de la personnalité. Dans un livre fondamental sur ce sujet, « the self concept » Ruth Wyllie fait le point sur les travaux dans ce domaine. Ainsi, il apparaît que les personnes qui demandent une aide psychologique, déclarent fréquemment qu'elles souffrent d'un sentiment d'incapacité et d'infériorité.

Ces personnes se considèrent comme incapable d'améliorer leur situation et comme manquant de ressources intérieures nécessaires pour supporter ou réduire l'anxiété suscitée par les événements stressants de la vie quotidienne.

Les cliniciens ont observés que les personnes qui doutent de leur valeur ne peuvent accéder à une vie affective harmonieuse par crainte de dévoiler leurs insuffisances et donc d'être rejeté. Elles évitent toute relation affective trop impliquant et finissent par se sentir isolées.

Des études sur la motivation suggèrent que la volonté sur un statut social élevé ou obtenir une forte reconnaissance sociale, provient pour une large part, du désir de conserver une image positive de soi-même.

Des travaux expérimentaux indiquent qu'une personne qui a peu d'estime d'elle-même est moins apte à percevoir les tentatives d'influences ou d'intimidation.

Au contraire, les personnes qui ont une haute estime de soi d'elles-mêmes se font une idée très affirmée de leur capacité et douleur individualité. (Centre de psychologie appliqué 1984.P.7)

## 6. Comment se forme l'estime de soi

L'estime de soi est le produit du jugement que porte la personne sur elle-même et suppose l'existence d'un concept de soi, une idée de qui « je suis » et un idéal de moi ». Une représentation de qui je veux être, pour comprendre comment se forme l'estime de soi ? qui est la produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi.

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi, il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement. C'est petit à petit que ce concept va se former à partir de l'interaction avec la mère et les autres membres de personne qui l'entourent, ces derniers constituent son cadre de référence.

Cet apprentissage précoce est essentiel mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend toute sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles et fait de nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évaluer. (Saint Paul j.1999.p23).

## 7. la formation de l'image de soi

La reconnaissance du rôle de l'interaction avec les autres et de l'entourage, dans la construction de l'image de soi a été très tôt affirmée. Cooley en 1902, l'un des premiers théoriciens des processus de l'interaction social, a fortement marqué la psychologie sociale avec sa conception du soi comme miroir. Prise dans le sens global de personnalité psychologique, la notion de soi, reprise et réélaboree par Mead en 1934, incluait pour Cooley, comme l'un de ses aspects particuliers, l'image externe que l'on donne et l'évaluation que l'on s'en fait. La notion de soi comme miroir intègre trois éléments dans le concept de soi social

1. L'image de notre présentation aux autres
2. La conscience du jugement qu'ils portent sur nous.

### 3. Les sentiments positifs ou négatifs qui en résultent.

L'image de notre présentation aux autres se développe au sein de ce que l'on appelle les groupes primaires constitués par l'entourage proche, familial ou amical, auquel l'individu est rattaché par le sentiment d'appartenance communautaire, s'y rapportant en termes de « nous ». Les groupes secondaires sont constitués sur la base d'une similitude de pratique (travail, religion, organisation politique,)), et l'individu ne s'y trouve relié que par la participation à une entreprise commune. Il va de soi que ces deux types de groupes ont une incidence différente selon l'âge et l'engagement social dont résultent les fonctions diverses assignées, comme nous l'avons vu plus haut, à l'apparence corporelle (Moscovici, 2000, p.51).

## 8. Le développement de l'estime de soi

L'estime de soi se construit sur deux grands besoins ; le sentiment d'être aimé et celui d'être compétent. À la lumière de nombreuses études en psychologie développementale, il est possible d'affirmer qu'un enfant de parents disponibles, aimants et qui encourage ses efforts de maîtrise, va construire un bon modèle interne de soi, c'est-à-dire une bonne estime. Un lien fort a été démontré entre le soutien parental tel qu'il est perçu par un jeune et l'estime qu'il a pour lui-même : le désintérêt perçu des parents est significativement associé à la faible estime de soi de l'enfant. Par ailleurs, des études montrent également qu'un soutien parental inconditionnel « quoi que tu fasses, nous t'aimons ». s'il permet une estime de soi solide, ne prépare pas l'enfant à savoir susciter l'amour des autres. L'éducation doit alors le préparer à la vie en société afin qu'il se sente à l'aise dans les groupes ou il trouve sa place sans agressivité, en sachant susciter l'affection des autres.

Une étude a montré qu'il existe cinq domaines essentiels pour la constitution de l'estime de soi des enfants et des adolescents qui sont : l'aspect physique, les compétences sportives, la popularité auprès des pairs, la réussite scolaire et un comportement correspondant aux normes de son groupe, l'importance que l'enfant accorde à la réussite dans tel ou tel domaine aura une influence sur sa propre estime de soi.

Tout comme le jugement des personnes importantes à ses yeux : ses parents, ses pairs et ses amis proches. L'influence respective de ces différentes sources de renforcement de soi

varie avec l'âge. Chez les très jeunes enfants, le jugement des parents est celui qui exerce le plus d'influence mais à partir de l'âge de 3 ans, il est en perd au profit du jugement des pairs.

Bien que les bases d'estime de soi soient construites pendant l'enfance, l'évolution se poursuit pendant l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, la vie sentimentale ponctuée de réussite et d'échecs est liée directement à l'estime de soi, Freud s'est dit « dans la vie amoureuse, ne pas être aimé rebaisse le sentiment d'estime de soi, être aimé l'élève. » (Petit Larousse de psychologie, p300)

## **9. Les différents piliers de soi**

### **9.1. L'amour de soi**

Résultante de la qualité et de la cohérence des nourritures affectives reçues par l'enfant, il donne des relations épanouissantes avec les autres une stabilité affective, résistance à la critique ou au rejet. L'absence de ce pilier entraîne des doutes sur les capacités personnelles à être apprécié par autrui, la conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre même en cas de réussite matérielle. (André Christophe, Lelord François 2007).

### **9.2. Être fier de soi**

C'est augmenter son sentiment de valeur personnelle à la suite d'un succès. L'estime de soi a besoin d'être nourrie et par des réussites. (André Christophe, Lelord François, 1999, P.196).

### **9.3. Confiance en soi**

C'est une composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

La confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou la vision de soi, dont elle serait une séquence. C'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordial dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'action pour se maintenir ou se développer. (André Christophe, Lelord François).

## 10. Les théories de l'estime de soi

### 10.1. La théorie de William James

On peut dire que la théorie développée par William James est un principe d'interprétation du vécu selon lequel le soi est à la fois objet de la connaissance et un processus dynamique créateur d'émotions et d'action. Il compose par quatre notions qui structurent ce modèle :

1)-la dichotomie entre le « soi-je » et le « soi-moi » ; le soi est une entité à l'intérieur de laquelle il existe une dichotomie : le « je » et le « moi ». Selon W. James, le « moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement. Le « je » qui connaît ne saurait, lui-même, être un agrégat : c'est à la métaphysique qu'il appartiendra de nous dire enfin quel est ce connaissant que l'expérience exige comme explication dernière des faits de connaissance » (James, 1909, p.277 et 278). Le « je » serait le soi en tant qu'agent actif, le sujet de la connaissance. Il est considéré comme le soi subjectif. Le « moi » serait le soi en tant qu'objet de la connaissance la composante passive, le contenu étudié de l'expérience. On peut le voir comme le soi objectif. C'est ce « moi » qui prendra plus tard le nom de concept de soi.

2)-L'hypothèse d'un concept de soi multidimensionnel et hiérarchique.

3)-L'existence d'un soi social.

4)-la définition de l'estime- concept de soi en tant que rapport des réalisations aux aspirations et qui est fonction de l'importance subjective d'une activité donnée.

James affirme que dans la personne totale coexistent nécessairement et de manière indissociable, le « je », sujet actif de l'expérience, et le « moi », contenu de cette expérience. Ainsi, le « soi-moi » objet de l'investigation, c'est-à-dire le concept de soi, est décomposé en trois dimensions.

-le « moi » matériel qui constitue le corps, les vêtements, la famille, le foyer, la propriété.

-le « moi » social qui est la reconnaissance que l'individu tient d'autrui significatifs. Cet aspect du moi peut aussi représenter les jugements d'une autorité supérieure ou de Dieu.

-Le « moi » spirituel qui renvoie à, l'être intérieur de l'homme, ses facultés psychiques.

Ce dernier note que ces différents « soi-moi » pourraient ne pas parler de la même voix : « tel jeune homme, modeste avec ses parents et ses maîtres sacre et tranche du forban avec des amis lurons .... De là résulte un morcellement de la personnalité en différents moi qui peuvent se démentir les uns les autres » (André Christophe, Delord François, p.231, 232).

Pour James, l'évaluation de soi reflète les différents « moi » pondéré en fonction de leur importance subjective. L'individu, dans l'impossibilité de se présentera tout moment dans sa totalité. Sélectionne ce qu'il pense ou ressent être son soi le plus fort, le plus vrai, et le plus profond sur lequel il misera pour son salut, cette multiplicité peut être harmonieuse ou discordante. Il aborde le conflit entre les différentes « moi » comme l'incompatibilité des rôles potentiels qu'une personne pourrait désirer jouer à l'âge adulte. Ainsi l'auteur fantasmant sur ses propres désirs d'être « à la fois un joli homme bien chair et algale habille, un athlète de renom, un businessman gagnant cent million tous les ans ..... » Avoue que tous ces rôles ne peuvent coexister dans une même personne.

A propos de l'estime de soi qu'est le rapport des succès sur les prétentions, pour James l'estime de soi n'est pas tant fondée sur une échelle de réussites ou d'échelle que sur le rapport relatif de la réussite sur l'aspiration. Dans cette perspective relativiste, les accomplissements objectifs sont réévalués en fonction d'une grille de lecteur interne.

Selon Cooper Smith, le sentiment de soi que nous développons dépend de l'importance des investissements mis en jeu dans la réalisation de ce que nous avons décidé d'être ou de faire. Les différentes « moi » donnent naissance, par l'intermédiaire du « je » à des sentiments et les émotions qu'il nomme sentiment de soi. Ces derniers suscitent deux de type d'action. Les premiers relèvent de la préservation de soi et du maintien dans le présent ; les secondes de la recherche de soi et de sa sauvegarde dans l'avenir.

On remarquera que cette théorie dans la structuration, a véritablement ouvert la voix aux modèles du concept de soi les plus avancés en posant les hypothèses suivantes.

-la multi dimensionnalité du soi.

-sa hiérarchie interne.

L'articulation dynamique entre le soi qui voit (je) et le soi qui est vu (moi) et ses conséquences immédiates :

- a) Les dimensions évaluation versus descriptive.
- b) Le processus versus la structure.
- c) L'estime de soi versus le concept de soi.
- d) L'influence prépondérante de l'estime de soi sur le concept de soi dans l'évaluation relativiste de la situation. (Famose Jean Pierre, Florence Guérin, 2002, p.16...18)

## 10.2. La théorie de Charles Cooley

Le soi selon, cette théorie considéré comme étant principalement une construction social, menée à travers échanges linguistique (l'interaction symbolique) avec d'autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré.

Toute la théorie du soi miroir de Cooley tient dans ce distique désormais célèbre chez les chercheurs anglo-saxons : « chacun pour chacun un miroir permet à l'autre de se voir. Pour lui, les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regard et dans laque il détecte leurs opinions sur lui-même.

L'auteur prétend donc que nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes. L'individu finit par intégrée et s'approprier ces jugements. Cette idée de soi a trois composantes :

- Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous
- Nous imaginons le jugement que porte l'autre à notre égard après nous avoir observés
- Nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autre et nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.

Pour Cooley, l'intériorisation des opinions d'autrui sur le soi est un élément fondamental de la pensée. Elle se fait en fonction de modalités qui excluent toutes influences fugaces, disparates, par des autrui signification. Ainsi, comme le rapporte S. Harter en citant Cooley, un individu possédant : « un respect de soi équilibré aura une façon stable de penser son image de soi, et ne risquera pas d'être déstabilisé par des phases d'approbations ou de critique. « Famose Jean Pierre, 2002, p.18 ».

### 10.3. La théorie de George Herbert Mead

Mead(1934), met l'accent avec plus d'insistance sur l'interaction sociale et se focalise tout particulièrement sur l'utilisation du langage. Tandis qu'une expérience facile peut être observée seulement par l'autre (l'exception du miroir), de comportement vocal peut être entendu à la fois par celui qui parle et par l'auditeur. Par conséquent, c'est à travers l'utilisation du langage que l'individu développe l'habilité à prendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais groups auquel il appartient : » nous apparaissent comme nous même dans notre conduite dans la mesure où nous adaptons l'attitude que les autres ont envers nous-mêmes pernoise rôle de l'autre généralise.

Le chercheur a travaillé sur l'enfance et a reconnu deux stades dans les constructions de soi : le rôle (imitation des adultes) et le jeu (intégration des règles) (Famose Jean Pierre, 2002, p.19).

## 11. les obstacles de l'estime de soi

Les obstacles de l'estime de soi :

### 11.1. Avoir un idéal de soi inaccessible

Lorsque l'idéal de soi est trop éloigné de la réalité, il ne permet pas de s'estimer et l'image de soi n'est jamais satisfaisante : les succès vécus comme des demi-échecs et il émerge une impression de ne jamais en faire assez, d'où le cercle possible de la culpabilité. Peut être l'enfant a-t-il eu une interprétation des paroles ou des attentes des adultes qui éduquaient, peut être n'a-t-on pas occupé la place idéale que les parents désignaient, peut être est-on chargé de « réparer » la propre estime de ses parents. La vie est aussi dominée par les médias qui imposent une représentation sociale idéalisée : que ce soit l'image du couple, de la famille ou celle de la réussite professionnelle.

Être perfectionniste ou mettre la barre trop haute :

Le perfectionnisme se traduit par une insatisfaction et une critique inférieure, ainsi que par le fait qu'on ne se donne pas le droit à l'erreur. Cela s'accompagne d'une certaine rigidité, d'une exigence excessive, de stress et d'émotion.

### **11.2. Se dévaloriser**

La liste de tous les défauts que l'on se trouve peut être longue. L'imagination et la créativité sont toujours fertiles dans ce domaine ! Ce défaitisme est l'expression de la timidité, du manque d'assurance, plutôt que d'une vision lucide de soi. Les autres nous voient d'une manière plus globale que nous le faisons devant le miroir ou face à la difficulté. C'est pour autant comme cela que naissent les complexes sur le plan physique ou intellectuel. Se regarder globalement et un peu loin du miroir, c'est mieux. Se regarder à travers les yeux de ceux qui nous aiment, c'est encore mieux.

### **11.3. Anticiper l'échec ou la difficulté.**

Face à des enjeux forts, certains se mettent eux-mêmes en difficulté en anticipant les difficultés ou l'échec. C'est comme s'ils bâtissaient leur propre scénario catastrophe avec des images, du son, des sensations...et tout ce film imaginaire les envahit et leur fait perdre leurs compétences intellectuelles et cognitives impossible alors de se respecter et de s'apprécier dans ce cadre là.

### **11.4.Être inhibé**

Parfois, c'est comme si une partie de soi refusait d'avancer, de dire, de faire, de poser des actes, de se mettre en valeur. Comme si l'émotion nous bloquait. Porter notre attention sur nos soucis, nos peurs, nos manques favorise l'anxiété et induit la difficulté et un déficit d'estime de soi qui empêche d'aller de l'avant.

### **11.5. Avoir un processus de pensées inapproprié**

Certains PROCESSUS de pensée sont plus moins appropriés pour se mettre en mouvement et confiance par rapport à l'avenir. Penser en terme de « tout ou rien » crée plus de difficultés pour s'estimer, s'apprécier et résoudre les problèmes. La généralisation est un processus qui se repère avec l'emploi de mots ou d'expressions comme : « jamais », « encore », « toujours », « tous les hommes sont... ». Cela entraîne un mode de pensée erroné vers un mode culpabilisant ou passif. Comment est-il possible alors de se respecter soi même.

### 11.6. Manquer de conscience de soi

Entendre les secrets des périodes difficiles, écouter son corps et les messages qu'il nous adresse : voilà clé de la sagesse ! Il s'agit d'apprendre à accueillir les doutes, les questions, les difficultés, à leur donner leur place et à les respecter sous peine qu'ils nous submergent davantage, la première chose à faire est de se poser, de s'écouter sans rien juger afin de mieux s'occuper de soi et de se respecter. D'accueillir aussi le présent, les petits et grands bonheurs, les cadeaux de la vie.... Bien se connaître, accéder à ses saintement et ses désirs, c'est retrouver le chemin de l'estime de soi. (Nicoleau-Michaux & Couzon, 2012, p22).

## 12. La caractéristique d'une personne qui s'estime

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui ont estime de soi et confiance en soi, parmi eux on cite :

- Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur.
- Elles sont dignes d'être aimées.
- Elles sont dignes d'être respectées.
- Ces personnes se sentent compétentes.
- Elles ont le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre.
- Elles ont aussi le sentiment de responsabilité de ce qui leur arrive, en particulier de leur propre bonheur.
- Ces personnes savent qu'elles veulent (Sant Paul j 1999,21).

## 13. la Co-morbidité de la mauvaise estime de soi

L'altération de l'estime de soi peut engendrer beaucoup d'autres atteintes comme :

**-la dépression** ; est l'une des pathologies plus répandue lorsqu'il y'a un mauvais terrain d'estime de soi ; d'ailleurs, les travaux de Beck ont démontré que lors de l'altération des deux paramètres de l'estime de soi qui sont ; le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être autonome ; le passage à la dépression est très aisé.

**2. Le complexe** : les personnes qui présentent des complexes se trouvent être des personnes avec une mauvaise estime de soi ce qui entretient ce complexe et fait entrer le sujet dans le registre de la dysmorphobie avec l'apparition d'un sentiment d'infériorité constant.

**3. L'alcoolisme** : la plupart des alcooliques chroniques présentent une baisse estime de soi, une patient a écrit un texte sur son mal voici un extrait : « j'ai honte de ce que je suis devenue ; lorsque je m'éveille le matin, j'évite les miroirs. Mais je ne peux m'empêcher de penser à ce que je refuse d'y voir, d'autre l'observent quotidiennement : une femme précocement vieillie, à la peau couperosée, à la main tremblante, qui se parfume et se maquille trop pour cacher son aspect et son haleine. Dès que je pense à moi, j'ai honte. Alors, l'alcoolisme est une maladie qui permet d'éviter un certain nombre de sentiments d'auto dévalorisation, parce que plus la personne porte un regard négatif sur soi, plus elle cherche à oublier ses sentiments d'échec, et plus elle a tendance à boire ». (ANDRE C et LELORD F, p148-198).

**4. Les traumatismes psychologiques** : pourraient être à la fois la cause et la conséquence d'une mauvaise estime de soi, les sujets à basse estime de soi sont habités par un sentiment de honte, d'humiliation et de culpabilité, ce qui accentue davantage leur problème d'estime de soi et renforce leur sentiment de mal-être et provoque une souffrance encore plus profonde. (André &Lelord, 2008, p.11)

## **14. la prise en charge de ces troubles**

Le travail sur l'estime de soi est au fond le but direct ou indirect de toute psychothérapie, elle aide la personne à mieux se connaître et mieux s'exprimer et à modifier les comportements quotidiens. Parmi l'une des psychothérapies qui traitent le problème d'estime de soi, on cite ;

La thérapie comportementale et cognitive ; son objectif est d'apprendre au patient des méthodes pour modifier ses comportements et ses pensées et d'expérimenter des nouvelles façons d'être. Pour les problèmes d'estime de soi, il cherchera, selon les cas, à aider à agir davantage, à avoir moins de pensées dévalorisantes sur lui-même, à s'affirmer davantage face aux autres. Le premier travail consiste en une thérapie de groupe par affirmation de soi. Dans ce type de groupe réunissant environ huit patients, on travaille par jeux de rôle mettant en scène des situations de la vie courante. Les participations sont entraînées à développer des façons de communiquer qui correspondent à leurs besoins.

Le patient travaille également, lors des séances individuelles de thérapie cognitive, sur ses croyances avec son thérapeute pour identifier comment ses croyances le poussent à adopter

des pensées peu valorisantes et d'en prendre conscience. (CHASSEZ, De J et SERANO, L, p244).

## **Synthèse**

Pour conclure, l'estime de soi un besoin pour l'individu que se soit pour son bonheur et son équilibré et aussi est l'outil de notre liberté et notre autonomie psychologique.

Selon Maslow, elle découle du besoin de se sentir à la fois reconnu et se sentir compétant.

L'estime de soi positive agit comme un moteur d'action. Pour être positive, il est nécessaire d'être satisfait de ce l'on est et ce que l'on fait. Mais avoir le sentiment d'être efficace, encor faut-il que le rapport entre nos prétentions et succès soit équilibré

Alors l'estime de soi est une notion complexe qui influe énormément sur nos émotions, nos pensées et notre comportement, elle est facteur clé dans nombreux domaine de notre existence.

## *Partie pratique*

# *Chapitre III : La méthodologie de recherche*

## **Préambule**

I-Présentation du lieu de recherche, le déroulement de la recherche et la population d'étude.

1. présentation du lieu de recherche
2. le déroulement de la recherche
3. la population d'étude

II- les techniques utilisées dans la recherche

1. La méthode descriptive
2. l'entretien clinique
3. Présentation de l'échelle de Cooper Smith

## **Synthèses**

## **Préambule**

Dans ce chapitre, nous allons présenter les différentes étapes qu'on a suivies pendant notre recherche qui est l'estime de soi chez les femmes atteinte un cancer du sein. Au cours de notre chapitre on va aborder la méthodologie de la recherche, descriptions de lieu de recherche, présentation du groupe. Les outils de la recherche, ainsi que nous avons choisi le test de « Cooper Smith » qui nous permet d'évaluer l'estime de soi chez les femmes qui on subi une ablation d'un ou des deux seins, enfin le déroulement et la pratique.

## **I .la présentation du lien de recherche, le déroulement de la recherche et la population d'étude**

### **1.1. Présentation du lieu de recherche :**

Notre étude s'est accomplie au sein d'association « TUDERT » dans la ville du AMIZOUR wilaya de Bejaia, et nous avons commencé le stage pratique 06/03/2022 jusqu'à 21/04/2022.

C'est une association de bienfaisance créée le 28 juin 2015 par des cadres de la santé, de la solidarité et de la société civile ou le but est d'accompagner les malades cancéreux dans le processus de prise en charge multidisciplinaire.

### **1.2. La structure du service :**

C'est une association qui comprend :

1. Un Bureau de président de l'association.
2. Un Bureau de psychologue.
3. Un Pharmacie.
4. Un Bureau des paramédicaux.
5. Une grande salle d'attente.
6. Un sanitaire.

## 2. Le déroulement de la recherche :

### 2.2. La pré-enquête

La pré- enquête est l'une des étapes les plus importants dans toutes les recherche en science humaine et sociale. Car elle permet de recueillir des informations des idées vis-à-vis du thème de recherche mais avoir aussi des renseignements sur le terrain concernant la population visée.

Elle permet aussi de cerner le thème de la recherche, de vérifier sa fiabilité.

Des rencontres ont été réalisés avec un consentement libre et éclairé avec les patients atteints du cancer du sein. Ensuite on les informe sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien à fin de s'informer sur leurs situations et aussi appliquer le test d'estime de soi.

Afin de vérifier l'efficacité de notre guide d'entretien nous l'avons teste sur quelques cas, qui ne font pas partie de notre groupe de recherche. Cela nous a permis d'apprendre éclairé des rectifications a notre guide à fin de mieux répondre a notre objectif ,de recherche.

### 2.3. L'enquête

« L'enquête, c'est la phase de vérification systématique des hypothèses. Elle compose la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats ». (Blanche et Gotman, 2007, pp 24-25).

Elle consiste à poser des questions a un vaste échantillon propos de leur comportement ou de leur opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews ». (Chahraoui et Benony, 2003, pp.131-132).

Notre enquête s'est déroulé a l'association « Tudret » de la daïra d'Amizour de la wilaya de Bejaia de 06 /03 /2022 au 21avril 2022 deux jour par semaine. Notre group recherche se compose de quatre (05) cas.

Nos entretiens avec 5 sujets ont été réalisés au niveau du bureau de la psychologue. Dans un élément de confiance après explication et présentation des personnes participantes (consentement libre et éclairci).

### 3. La population d'étude

Pour élaborer cette recherche, on a choisis (05) cas de femmes atteintes du cancer du sein, dont trois femmes(04) mariées, et une (01) célibataire. Durant notre recherche, nous avons fixé des critères de sélection concernant nos cas qui sont les suivants :

- **La sélection des cas de notre étude**

Elle dépend d'un certain nombre de critères, qui sont :

- **Condition physiques**

Elles, sont des femmes qui ont une ablation du sein, et elles ont une stabilité physique et psychologique.

- **L'Age :**

Il s'agit de (05) femmes dont l'âge varie entre 36 ans et 51 ans avec un âge moyen de 45 ans.

**Tableau N°1 : Récapitulation de la population d'étude**

Nom	Age	Situation familiale	Niveau d'instruction	Situation familiale	Age d'apparition de la maladie
Fahima	51	Femme au foyer	2année au lycée	marie	48ans
Saida	36	Femme au foyer	4année moyenne	Célibataire	33ans
Taous	50	Femme au foyer	Illettrée	Marie	38ans
Lila	42	Femme au foyer	4année moyenne	Marie	38ans
Yamina	46	Femme au foyer	Illettrée	Marie	41ans

## **II. les techniques utilisées dans la recherche**

### **1. La méthode de recherche**

#### **1.1. La méthode descriptive :**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes (étude de cas, observation systémique ou naturaliste, méthode corrélacionnelle, méthode normative et développementale, enquête).

Elle consiste intervenir en milieu naturel et tente de donner, à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Chahraoui, KH. BenonyH.2003 .P125).

### **2. Les outils utilisés**

#### **2.1. L'entretien**

L'entretien peut être défini dans un premier temps, selon le Petit Robert, comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet-dans le sens, évidemment, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet 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 irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés.

La manière de mener un entretien dépend d'un certain nombre de facteurs : des objectifs de l'entretien (visée diagnostique, thérapeutique, de recherche ou d'orientation) ; des modèles théoriques et de la formation du clinicien ; de la personnalité, de l'âge du sujet et des aspects de l'interaction au cours de l'entretien ; de la demande et des conditions de l'entretien.

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique qui est liée à une consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels.

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. (Chahraoui. Kh, Benony.H, P11, 14).

Plusieurs types d'entretien sont à la disposition des psychologues cliniciens, dans notre étude, on a choisi l'entretien semi-directif ou le chercheur doit préparer un guide d'entretien, comportant certaines questions qui correspondent au thème sur lequel il a mené son étude.

## **2.2. L'entretien semi-directif**

Dans Ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide ; il a en tête questions qui correspondent à un thème sur lequel il se propose de mener son investigation.

Ces questions ne son pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet.

Aussi 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. Il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui. KH, Benony, P16).

### 2.3. Le guide de l'entretien :

#### **Axe 1 : les informations générales.**

- Nom.
- Prénom.
- Age.
- Situation d'instruction.
- Situation professionnel.
- Nombre d'enfant.

#### **Axe2 : les informations concernant le cancer du sein**

- Quelle sont les symptômes que vous ressentez ?
- Avez-vous déjà eu une affection bénigne du sein ?
- Comment voyez-vous le cancer du sein avant et après d'être atteinte ?
- Comment voyez-vous le cancer du sein avant et après d'être atteinte ?
- Avez-vous déjà un cancer du sein dans votre famille.
- Etes-vous ménopause ?
- Avez-vous déjà été opéré des seins ?
- Comment voyez-vous le soutien de votre famille ?
- Comment voyez-vous avant et après votre ?
- Quel âge avez-vous quand vous l'avez découvert ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction lors de l'annonce de votre maladie ?
- Avez-vous le changement dans ta vie quotidienne, relationnelle, intime (sexuelle) ?

#### **Axe 3 : les informations sur l'estime de soi.**

- Quel sont les nombres des jours d'hospitalisation ?
- Comment vous sentez physiquement après l'ablation ?
- Est-ce que vous vous aimez se changement dans votre corps ?
- Avez-vous confiance en vous-même et votre compétence ?
- Pensez-vous que vous de la valeur ?
- Pensé-vous que vous être digne d'être aimé ?

- Avez-vous l'impression d'être libre et Independent ?
- Avez-vous honte de vous-même ?
- Avez-vous le sentiment d'être différent des autres ?

## **2.4. Présentation de l'échelle de l'estime de soi de Copper Smith forme adulte**

### **2.4.1. Définition de l'inventaire de l'estime de soi**

Pour mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'études, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de psychologie appliquée(CPA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi Cooper Smith(SEI),

Selon Cooper Smith le terme « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle).

L'inventaire a donc été pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper Smith, 1984, P.10).

L'inventaire d'estime de soi été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonge a été ajoutée, le STI (Self Esteem Identité) comporte 58items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ».

Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte), la composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : sous échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire. Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34négatifs.

### **2.4.2. Cotation**

La cotation de test SEI se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith

**Tableau 01** : Présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Composantes			Réponses	Note
Estime de soi général	Positif	1-4-19-27-38-43-47	Me rassemble	1
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-32-30-34-35-48-51-55-56-57	Ne me rassemble pas	0
Estime de soi social	Positif	5-8-14-28	Me rassemble	1
	Négatif	21-40-49-52	Ne me rassemble pas	0
Estime de soi familial	Positif	9-20-29	Me rassemble	1
	Négatif	6-11-16-22-44	Ne me rassemble pas	0
Estime de soi professionnel	Positif	33-37-42	Me rassemble	1
	Négatif	2-17-23-46-54	Ne me rassemble pas	0
Estime de soi de mensonge	Positif	26-32-41-45-50-53-58	Me rassemble	1
	négatif	36	Ne me rassemble pas	0

**Tableau 02 :** Présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Items positif	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatif	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23 24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Source : inventaire d'estime de soi Cooper Smith.

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi en plus une échelle de mensonge.

**Tableau 03 :** Présente les sous échelle de l'estime de soi

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle social	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familial	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
1 Echelle de mensonge	26-32-63-41-45-50-50-53-58

Source : Cooper Smith, 1984, p.10 Le mode d'administration :

L'administration de SEI peut-être individuelle ou collective, la forme éclairée s'applique aux enfants et aux adolescents scolarisés, et la forme adulte aux personnes ayant terminé leur scolarité.

Au cours de l'administration il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explications, et aussi l'emploi du terme « estime de soi »

### 2.4.3. La consigne d'administrations :

La consigne d'administration de l'échelle est les suivants :

Dans les passages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions, ou des réactions. Veuillez lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « me ressemble »

Quand une phrases n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « ne me ressemble pas ».

#### **2.4.4. Le temps de passation :**

Le temps de passation dure environ dix minutes.

#### **-L'analyse et cotation de l'échelle de l'estime de soi**

Le SEI se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction en compte un (1) par croix apparaissent à travers les réponses.

Les quatre notes ainsi obtenu : général, familial, social, professionnel, seront inscrit sur la feuille de réponses.

La note totale maximum est de (26) pour l'échelle générale,(08) pour les autres échelles, elle est de (50) pour la note totale de l'estime de soi( Cooper Smith,1984,p.11).

La note de l'échelle de mensonge sera noter à partielle peut d'indiquer une attitude défensive vis a vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne estime de soi.

L'interprétation de la note de l'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats obtenus à l'échelle de mensonge. (Coopersmith, 1984, p.19).

#### **2.4.5. Classement et interprétation**

Après la cotation les réponses obtenues on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques aussi la note de l'échelle de mensonge.

Nos données se présentent se forme de fréquences et constituant donc des données quantitatives.

Pour l'interprétation de ses données on s'est basée sur deux tableaux, le premier tableau retrace le niveau total de l'estime de soi en cinq classe, le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (général, social, familial, professionnel et mensonge).

**Tableau 04 :** Ce tableau présente le niveau d'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	<33	Très bas
2	33à40	Bas
3	41à45	Moyen
4	46à49	Elevé
5	50	Très élevé

Source : Intervention d'estime de soi de Cooper Smith

A partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. Le premier (< 33) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évolution négative d'eux même. Ensuite la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime, indicateur d'une évaluation positive du soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considérée comme une bonne estime de soi.

Enfin, la cinquième et la dernière classe (50) englobant les sujets qui ont un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Centre de psychologie Appliqué (CPA), 1984, p .13).

**Tableau 05** : valeurs caractéristiques des échelles :

	Général	Social	Familial	professionnelle	Totale	Mensonge
<b>moyennes</b>	<b>22,16</b>	<b>6,70</b>	<b>6,88</b>	<b>6,72</b>	<b>42,46</b>	<b>3,22</b>

Source : inventaire d'estime de soi Cooper Smith ce tableau président va nous aider à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est basse ou la plus élevée. Il est aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note à cette échelle peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test. Ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle, notons que la note maximum est 26 pour l'échelle Générale, de 8 pour les autres échelles. Elle est (50) pour la note totale d'estime de soi.

### Synthèses

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive.

Pour le recueil des données, nous avons recouru à deux outils d'investigation, l'entretien semi directif et le test de « Cooper Smith ».

Notre recherche s'est déroulée au sein d'une association d'Amizour de la wilaya de Bejaia.

Notre groupe d'étude est constitué de huit femmes qui ont subi une ablation du sein.

Nous nous sommes entretenues avec ces femmes, chaque entretien était suivi de la passation du test « Cooper Smith ». Notre pratique s'est étalée sur une durée de 40j, les données recueillies sont analysées dans la pratique suivante.

# *Chapitre IV : Analyse des résultats et discussions des hypothèses*

## **Préambule**

1. Présentations de cas
2. Analyse générale de l'échelle
3. Discussion des hypothèses

## **1. Présentation et analyse des résultats :**

### **A. Analyse du cas de Fahima**

- **Présentation du cas de Fahima :**

Fahima, est une femme âgée de 51ans, mariée, d'un niveau d'instruction 2eme année secondaire, sans emploi. Atteinte d'un cancer de sein depuis(2018), elle a subit une mammectomie de son sein droit il y a 4ans.

- **Résumé de l'entretien :**

Nous nous sommes entretenues avec elle une matinée, elle semble être bien portante, elle a accepté de faire l'entretien avec volonté et collaboration.

A propos des informations liéesa sa maladie, Fahima nous a révélé qu'elle a vécu sa vie sans problèmes de santé jusqu'à l'âge 48ans, ou' elle a remarqué une boule au niveau du sein droit et aussi des bouffées de chaleur. Apres quelques jours elle a consulté chez un médecin généraliste. Ce dernier l'a orienté vers un gynécologue qui lui a demandé d'effectuer une échographie et une mammographie.

Le résultat de la mammographie a dévoilé un cancer du sein. A l'annonce de cette mauvaise nouvelle, Fahima nous a dit « kragh khal3agh seg sbitar tedightatrough i 3arqiyi wbrid oli3mghara anda ligh khazarniyid ikalmedan » « cette mauvaise nouvelle ma choqué, j'ai pleuré et j'ai perdu mon chemin à la maison tout le monde me regarde » un moment donné, j'ai perdu mon esprit au point que je ne savait pas ou' j'étais et c'est qu'après quelques temps que j'ai pu reprendre mes esprits et me rendre compte de ce qui m'arrive .

Les séances de la chimiothérapie ont été effectuées au niveau de l'hôpital Khalil Amran à Bejaia. Fahima a été toujours accompagnée par son marie ou bien sa fille. Cela l'avait beaucoup aidé psychologiquement. Elle ne se sentait pas seule.

A ce propos Fahima nous a confié : « Les premiers jours ont été bien vécues et supportable, sauf quelques bouffées de chaleur, chaque séance diffère de l'autre mais la dernière séance m'avait vraiment fatigué à cause du diabète et de l'hypertension.

Quatre mois plus tard, à sa séance de contrôle son médecin, lui a révélé avec délicatesse la gravité de sa maladie et la nécessité d'une intervention chirurgicale pour éviter toute récurrence.

À l'annonce de cette mauvaise nouvelle, elle s'est écartée en sanglots. En retournant à la maison elle passait toutes ses journées à pleurer, en attendant le jour de l'ablation et dit « est ce que je suis la seule personne qui vit dans ce monde pour subir cette maladie » elle nous dit « vraiment kafragh ghlwaqeth ni mi sligh ilahlakayi par ce que zarghi thdalmouth » « j'ai perdu la croyance de mon dieu par ce que je vois la mort à travers cette maladie ».

Sa famille l'a beaucoup soutenu, un encouragement total lui a permis d'être forte pour faire face à son cancer.

Le regard de l'entourage l'intéressait, elle avait peur d'être rejetée, elle nous a révélé que c'est le regard des autres qui va me tuer ce n'est pas le cancer, donc j'ai dissimulé mes souffrances.

Après être convaincue par son médecin et sa famille surtout son mari qui est toujours derrière elle, Fahima a accepté la mammectomie. Après l'opération son premier réflexe c'est d'inspecter son corps, pour constater son changement à jamais. Cela a été très difficile pour elle de perdre son sein. Elle a évité dès les premiers jours son mari car elle ne veut pas qu'elle la voit dans cet état.

Une année après, on lui a remplacé le sein manquant par une prothèse. Elle s'est sentie enfin complète, Elle a repris confiance en elle.

- **Synthèse de l'entretien**

Après notre entretien avec Fahima on a constaté qu'au début qu'elle était découragée, mais après avoir subi l'intervention chirurgicale du sein on a constaté un changement radical, elle est devenue une femme battante, courageuse et sûre d'elle pour vaincre la maladie.

- **Présentation et analyse des résultats du test :**
- **Les résultats de son test :**

<b>Echelle</b>	<b>Général</b>	<b>social</b>	<b>Familial</b>	<b>Professionnel</b>	<b>Total</b>	<b>Mensonge</b>
<b>Cas&amp;Fahima</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>5</b>
<b>Moyennes</b>	<b>22,16</b>	<b>6,70</b>	<b>6,88</b>	<b>6,72</b>	<b>42,46</b>	<b>3,22</b>

D'après les résultats de test de cas (Fahima), elle un niveau d'estime de soi très bas dans tous : Général, social, professionnel, et l'échelle de mensonge(5) est au de la moyenne (3,22).

- **Analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle :**

Durant l'entretien on a constaté que le cas de Fahima négative sur tout les plans, ce que nous avons mentionné précédemment dans « le résumé de l'entretien » ce qui est confirmé par les résultats de test.

## **B. L'analyse du cas de Saida**

- **Présentation du cas de Saida :**

Saida est une jeune fille âgée de 36ans, elle est célibataire, elle est la petite sœur dans la famille. D'un niveau d'étude 4année moyenne, femme au foyer, atteinte d'un cancer du sein depuis quatre ans en (2018). Elle a subi une mammectomie sein gauche depuis trois ans.

- **Résumé de l'entretien**

Saida a accepté facilement de participer à notre recherche, l'entretien avec elle s'est déroulé dans un bureau calme pour travailler dans des bonnes conditions. Saida ne s'exprime pas aisément ses réponses sont courtes malgré sa sensibilité nous avons pu gérer l'entretien.

Saida a découvert une boule au niveau de son sein gauche, qui ne lui faisait pas mal. Aussi elle a ressenti des bouffées de chaleur, ces derniers l'ont poussé à consulter un médecin gynécologue. Il lui a demandé un bilan spécifique, dont les résultats étaient positifs. Il lui a annoncé le diagnostic d'un cancer au sein, sous l'effet de choc, elle n'a pas accepté le constat de son médecin.

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

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

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

- **Synthèse de l'entretien**

D'après notre entretien avec Saida on a remarqué qu'elle été souple calme et elle nous a facilité l'entretien par son niveau d'instruction, la durée de l'entretien est de 20min, elle nous a proposé d'appliquer le test avec la langue arabe par ce qu'elle ne maitrise pas le français, elle la répondue sans demander l'aide.

- **Présentation et analyse des résultats du test :**

- **Les résultats de son test :**

Echelle	Général	social	familial	professionnelle	Total	Mensonge
<b>Cas&amp; Saida</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>27</b>	<b>5</b>
<b>Moyennes</b>	<b>22,16</b>	<b>6,70</b>	<b>6,88</b>	<b>6,72</b>	<b>42,46</b>	<b>3,22</b>

Le cas de Saida d'après les résultats du test, a un niveau d'estime de soi très bas, et les scores obtenus du test sont variées dans toutes les échelles, ceux qui sont sous la moyennes, et ceux qui ont la moyenne.

L'échelle de mensonge est de cinq (05) il est supérieure à la moyenne qui est (3,22). Ce qui confirme sa subjectivité et son attitude non défensive vis- a vis du test.

- **Analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle :**

Durant l'entretient de Saida, nous avons constaté qu'elle a une estime de soi élevée, mais à l'annonce des résultats du test nous avons découvert le contraire elle a une estime de soi très basse.

### C. Analyse du cas de Taous

- **Présentation du cas de Taous :**

Taous, est une femme âgée de 50ans, mariée, femme au foyer et mère de 2 enfants. Atteinte d'un cancer du sein depuis 9 ans en (2012).Elle a subit une mammectomie du sein droit.

- **Résumé de l'entretien**

Notre entretient avec Taous, s'est déroulé dans de mauvaises conditions a cause de séance de traitement (vaccins), elle avait l'aire très triste avec des yeux pleins de l'armes.

Taous a découverte une masse indolore du niveau sein droit, ce qui l'a poussé à un consulter le médecin gynécologue. Ce dernier, firent lui a demandé des examens complémentaires (scanner, biopsie), les résultats sont positifs. A cet effet, il lui a annoncé le diagnostic d'un cancer du sein. Sous l'effet de choc vécu par un mélange de sentiments de détresse, de peur, est un refus total cette dernier.

Taous nous a dit « 9ablagh lahelakiw ayen idifka rebi mrahba zyas wayi delmaktouviw maybgha le cancer twalint l3ibad dalmouth. » « J'ai accepté ma maladie tous passe par dieu, c'est ca mon destin, malgré que les gens voient que le cancer c'est la mort » .elle rajoute que « le cancer est un cauchemard, une maladie qui peut condamner la vie d'une personne. »

Quelques jours après le médecin a annoncé la décision que ablation demeure plus que nécessaire. Taous n'a pas accepté de faire l'ablation, grâce au soutien de sa famille, son marie, ces enfants, et même les proches, elle a fin par d'accepté, elle a dit « bien sur grâce à l'aide de dieu, j'ai accepté ma maladie ».

Taous a été hospitalise pendant 3jours. Elle a commencé des séances de chimiothérapie, elle nous a dit que « durant ces séances des fois je me sentais bien et des fois non ».

Quant a sa réaction à l'ablation elle exprime ainsi « je sentais qu'une moitié de mon corps me manque ».

- **Synthèse de l'entretien**

En guise de l'entretien nous pouvons résumer le vécu de notre sujet en deux temps.

Le premier temps : lors de l'annonce du diagnostic que madame Taous a manifesté : une tristesse, dégoût et de la peur.

Au deuxième temps : après l'ablation du sein, et avec le soutien l'entourage familial notre sujet a pu remonter et positiver les situations.

- **Présentation et analyse des résultats du test :**

- **Les résultats de test :**

Echelle	Général	Social	familial	professionnel	Total	Mensonge
Cas & Taous	21	6	5	5	27	2
Moyennes	22,16	6,70	6,88	6,72	42,46	5

Après l'analyse du cas de Taous a un niveau d'estime de soi très bas dans tous les échelles de mensonge qui est au dessus de la moyenne ce qui explique son subjectivité et son attitude non défensive vis-à-vis du test.

- **Analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle :**

Durant l'entretien on a constaté que le cas de Taous présente une estime de soi négative sur tous les plans, ce que nous avons mentionné précédemment dans « le résumé de l'entretien » et que confirmé par la suite les résultats du test.

## **D. L'analyse du cas de Lila**

- **Présentation du cas de Lila :**

Lila femme âgée de 42ans, mariée, mère de 2 enfants, d'un niveau d'instruction 9eme année moyenne, sans emploi, atteinte d'un cancer du sein depuis (2014). Elle a subit une mammectomie de son sein droit, il y a 7ans.

- **Résumé de l'entretien**

Notre entretien avec Lila, s'est déroulée dans de bonnes conditions, elle a une attitude physique, montrée, coopérative, et a accepté volontairement de faire l'entretien.

Lila a découverte une boule au niveau de sons sein droit, et une masse qui est vraiment faisait mal .Après elle a consulté un médecin gynécologue .Il lui a demandé un bilan spécifique. Ce dernier les résultats son été positifs. Il lui a annoncé par la suite le diagnostic du cancer du sein. Sous l'effet de choc, elle a fait un déni total, une tentative de suicide 3fois par ce qu'elle était sous de choc.

Lila dit aussi que durant l'annonce de la maladie je voyais que c'est pour moi je vais mourir, dans notre société généralement le cancer c'est la mort Je suis revenue à la maison, je suis resté pendant 10jours je ne sors pas de ma chambre, Lila accepté de faire l'opération malgré une absence de soutien de la part de son marie, et sa belle mère, sa famille est loin d'elle ce qui l'a mit dans un état psychique difficile.

Malgré qu'elle a vécu dans des situations difficiles, mais comme elle était très croyante, elle a fait confiance en dieu, elle a subit l'ablation au niveau de l'hôpital MESTAPHABACHA à Alger, les séances de chimiothérapies sont effectuées à Ouargla elle a fait 24seance radiothérapies.

En ce qui est de la radiothérapie, elle nous a dit « la première séance de radiothérapie je l'ai pas faite j'avais peur est j'ai fait une tentative de suicide, lors de la deuxième séance, la 3°eme aussi c'est la même chose, mais après j'ai commencé mes séances, j'ai un peu d'effets secondaires comme (des vertiges, des nausées, manque d'appétit et de la fatigue).

Pour notre sujet, le cancer est une maladie familiale, car elle nous a dit « Dans sa famille du coté paternel sa tante est malade de cancer de sein et du coté maternel aussi sa tante et sa fille sont atteintes ».

En ce qui concerne le soutien familial on note une absence totale, elle n'a pas trouvé son mari à côté d'elle pour l'aider à surmonter cette période difficile, elle souffre de silence, après tout cela elle a dit que « le cancer c'est pas la fin d'une vie au contraire j'ai découvert un autre monde je suis devenue une autre personne, je voyais un monde différent de celui d'avant ».

- **Synthèse de l'entretien**

Notre entretien avec Lila nous a permis de constater au début de sa maladie, que son vécu psychique s'est caractérisé par une perte de l'Éton vitale, dégoût, découragement mais l'intervention son état mental s'est amélioré.

- **Présentation et analyse des résultats du test :**

- **Les résultats de test :**

Echelle	Général	social	familial	professionnel	Total	Mensonge
Cas & Lila	24	7	8	5	44	5
Moyenne	22,16	6,70	6,88	6,72	42,46	5

D'après les résultats du test, Lila a un niveau d'estime de soi moyen, et les scores obtenus sont variés dans toutes les échelles ceux qui sont supérieurs à la moyenne, d'autres sont dans la moyenne, et l'échelle de mensonge est (5) il est supérieur de la moyenne qui est (3,22), ce qui reflète son attitude défensive vis-à-vis du test et un désir de donner une bonne image de soi.

- **Analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle :**

Durant l'entretien de Lila, elle nous a paru qu'elle a une estime de soi positive, mais les résultats du test nous ont montré qu'elle a une estime de soi moyenne et l'échelle de mensonge montre les attitudes défensives pour montrer une bonne image de soi.

## **E.L'analyse de cas de Yamina**

- **Présentation de cas de Yamina**

Yamina est une femme âgée de 47ans, marie mère de 6 enfants d'un niveau d'instruction moyen, elle est femme au foyer .Elle a subit une mammectomie de son sein gauche.

- **Analyse de l'entretien**

Notre entretien avec Yamina s'est déroulée dans de bonnes conditions, elle a été dans un état stable, coopérative et a accepté volontairement de faire l'entretien.

Yamina nous confie : « avant la découverte de ma maladie, j'ai cru que c'était la fatigue car je pratiquais la tricoterie toute la journée, donc j'ai arrêté tous les travaux mais malgré cela j'avais toujours des douleurs dans mon sein gauche. j' ai dit a mon marie et il me conseille de consulter un gynécologue, ce que je n'ai pas fait dans l' immédiat je suis restée un mois sans le consulter et en même temps j'avais de plus au plus de douleurs et se sont accentuer puis j'ai commencé a avoir des plaques rouges dans mon sein, après tout ca j'ai fini par céder et j'ai consulté un médecin, il ma demandé de faire un bilan, les résultats son positifs, Après l'annonce de mon médecin que j'ai un cancer de sein, j'ai subit un choc grave lors de l'annonce de cette maladie ». Elle nous a annoncé aussi que le cancer lui a causé beaucoup de complications et a engendré d'autre maladie tell que (le diabète, hypertension).

Yamina a fait une ablation, après l'amputation du sein elle a commencé à avoir des hallucinations ce qu'elle a amené à suivre un traitement psychiatrique.

En ce qui concerne sa relation avec autrui, elle a mit une rupture avec le monde extérieure, elle dit que « tqimagh wahdi gh tkhamt ozaragh oma diyiwah ohdrghara yidsen mim argaziw, arawiw » « je reste seul dans ma chambre, je n'ai pas envie de parler avec quelqu'un même mon marie, et mes enfants ». On lui à demander de nous parler de la nature de sa relation avec ses amies, elle nous a répondre « déjà avant j'étais une personne solitaire, maintenant c'est pire ».

- **Synthèses de l'entretien**

L'entretien avec Yamina révélé qu'elle n'a pas une vision optimiste, elle perçoit le monde en noir surtout quant elle a développé d'autres maladies.

- **Présentation et analyse des résultats :**

- **Les résultats de test :**

Echelle	Général	Social	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge
<b>Cas Yamina</b>	<b>14</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>24</b>	<b>3</b>
<b>Moyennes</b>	<b>22,16</b>	<b>6,70</b>	<b>6,88</b>	<b>6,72</b>	<b>42,46</b>	<b>3,22</b>

D'après les résultats du test du cas de Yamina, celle a à un niveau d'estime de soi très bas dans tous les échelles, et même dans l'échelle de mensonge (3,22), ce qui confirme sa subjectivité et son attitude non défensive vis avis du test.

- **Analyse de l'entretien et les résultats du l'échelle :**

Durant l'entretien on a constaté que le cas de Yamina présente une estime négative sur tous les plans, ce que nous avons mentionné précédemment dans « le résumé de l'entretien » est confronté par les résultats du test.

**Analyse Générale :****Tableau 01** : Après la passation du test nous avons obtenus les résultats suivants :

Cas	G	S	F	P	TOTAL	ME	Niveau E.S
X1	15	6	6	5	32	5	Très bas
X2	12	8	2	5	27	5	Très bas
X3	21	6	5	5	25	2	Très bas
X4	24	7	8	5	44	5	Moyen
X5	14	3	3	3	24	3	Très bas
Norme	17,2	6	4,8	4,6	32 ,6	3,6	

**Interprétation de tableau :**

Selon la passation de test que nous avons effectué sur les femmes atteinte du cancer du sein, on a constate que le niveau d'estime de soi très bas et largement plus supérieure par apports à d'autre niveau.

Ce qu'on a remarqué que le cancer du sein agis sur le degré de leur estime de soi au sens négatif.

Pendant l'entretien avec les échantillons on n'a constaté que les caractéristiques des femmes cancéreuses qui ont une estime de soi très bas comme suit :

- Perte de confiance.
- L'angoisse de la mort.
- Développent d'autres maladies.
- L'isolement.

**Répartition des cas en fonction de niveau d'estime de soi**

Niveau d'estime de soi	Estime de soi très bas	Estime de soi bas	Estime de soi moyen
Nombre de cas 05	04	0	1

Dans ce tableau nous montre que la répartition des cas en fonction de leurs niveaux d'estime de soi, selon trois niveaux une estime de soi très bas qui représente quatre cas, Une estime de soi bas qui représente zéro cas et l'estime de soi moyen représente un cas.

- **L'analyse des résultats du test avec l'entretien**

D'après les données concernant les quartes femmes dont l'âge moyen est de 45ans. Qui ont été diagnostiqué d'un cancer du sein dont 4femmes mariées et une femme célibataire.

D'après les données de l'entretien, phase de diagnostique, est vécu difficilement, selon leurs dires. Elles étaient toutes dans un état émotionnel délicat, elles ont perdu l'élan vital au point de vouloir mourir que d'en souffrir le restant de leur vie, collée au lit. La durée de l'assimilation varie d'un cas à l'autre : d'un mois à 4 mois. Tous nos cas ont été obligés de subir une intervention chirurgicale qui a par la suite engendré un déséquilibre de leur estime de soi.

Durant l'entretien nos sujets nous affirment, qu'ou début, elles étaient touché et se sentaient affaiblies, incomplète, surtout. Elles se plaignaient des regards des autres. Mais qu'après l'ablation, et surtout en bénéficiant, des prothèses, elles se sentaient comme si de rien n'étaient avant le diagnostic.

Il s'agit des résultats des données et scores obtenus d'un membre de 5 femmes dans la tranche d'âge variée entre 33 à 51 ans de la moyenne 45 ans diagnostique d'un cancer du sein avec une moyenne expérience de la maladie.

Ces résultats peuvent être présente de la manier suivant :

Les résultats de test de nos entretiens nous montrent que la majorité des cas se caractérise par une estime de soi très basse dans les différentes échelles et varie entre (12 à 21). L'estime de soi générale est cotée d'une moyenne de (17,2) estimée au-dessus de la moyenne de la norme (22,16)

Est dans l'échelle sociale les résultats obtenus sont variés entre (3 à 8), ce qui est supérieur à la moyenne ce qui signifie que leur estime de soi est élevée, et qu'elle ne refuse pas d'être dans un groupe.

En ce qui est de l'estime de soi familiale les scores varient entre (2 à 8) d'une moyenne (4,8) ce qui signifie aussi que l'estime de soi familiale est au-dessus de la moyenne (6,79).

Les résultats obtenus dans l'échelle professionnelle varient entre (3 à 5) d'une moyenne (4,6) ce qui signifie que l'estime de soi est au-dessus de la moyenne (6,72) car elles ont une difficulté de continuer leurs tâches après la maladie.

Dans le groupe on a obtenu un score supérieur de la moyenne on a un cas (X 04) qui présente une estime de soi moyenne, dans l'échelle générale elle a 24 qui est élevée à la moyenne (21,16).

Cependant, selon les données de l'échelle, ces derniers démontrent tout à fait le contraire de l'entretien.

Ces résultats nous indiquent que leur estime de soi est faible. De ce fait, nos sujets ont probablement rencontré des difficultés d'expression.

Afin de se démontrer en bon état psychologique pour paraître courageuse et ne pas montrer leurs fragilités.

**Discussion des hypothèses**

Cette partie nous permet de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ, et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées à travers l'analyse de l'entretien qui a été passé durant notre stage à l'association d'Amizour de Bejaïa, ainsi que les résultats obtenus lors de l'administration de l'échelle Cooper Smith.

L'identification de niveau d'estime de soi a été identifiée par le test de Cooper Smith et les résultats obtenus montrent que les femmes cancéreuses ont développées une estime de soi négative et aussi caractérisée par l'évitement et l'anxiété et change de vie après l'acceptation de ses maladies. Ce qui confirme notre première hypothèse : l'estime de soi chez les femmes atteintes d'un cancer du sein négative à telle des chances et devenir positive avec le temps et ou d'évoluer le contraire elle reste stagné.

On souligne que selon les résultats de l'échelle que la majorité des cas ont une estime de soi négative qui représente quatre cas et un seul cas qui a une estime de soi moyen.

Les autres quatre cas ont une estime de soi négative qui est prouvée dans l'échelle et l'entretien, ce qu'on a montré précédemment dans la confrontation des résultats du test avec l'entretien.

Yamina a une estime de soi moyen, l'échelle et l'entretien montrent que la patiente se défend contre l'image négative et dévalorisée qu'elle s'impose, l'image efféminée réagit par la consolidation et confirmation de soi.

Selon les résultats de l'échelle confirmée que nos sujets son estime de soi est négative.

La deuxième hypothèse suppose : Le soutien familial et la bienveillance de l'entourage définissent majoritairement le niveau d'estime de soi la patiente, selon notre entretien et les résultats de l'échelle de Cooper Smith, il s'avère que tous les femmes présentent une absence social et familial.

Chez nos sujets et à travers l'échelle on a obtenu le score familial (4,8) et le score social (6) qui suppose que notre hypothèse est confirmée.

Après l'analyse des résultats obtenus avouons confirmer notre hypothèse de recherche et que les femmes subies le cancer du sein a une estime de soi négative.

## *Conclusion générale*

Depuis son existence, l'être humain est exposé à des pathologies diverses, certaines disparaissent avec le temps, pendant que d'autres résistent et prennent de l'ampleur dans l'environnement médico-social et médico-sanitaire, touchant ainsi toutes les couches sociales, mais à des degrés différents. Les répercussions de ces pathologies sur notre mode de vie au quotidien et l'augmentation de l'incidence de certaines maladies sont devenues une préoccupation majeure de santé publique. Cette tendance ascendante et négative dans le champ médical et le paysage sanitaire, a fait naître une certaine conscience humaine, personnelle, publique et politique ; pour une prise en charge précoce et adéquate, à travers notamment l'octroi de moyens financiers, humains et technologiques considérables, dans une stratégie nationale dans la prévention, la détection et la thérapie

Parmi les types de cancer qu'on peut trouver le cancer du sein qui figure la principale cause de morbidité et de mortalité chez les femmes, ce que mène à avoir un manque de confiance en soi et une faible estime de soi

L'estime de soi est liée à la conscience de sa valeur personnelle. Ainsi, c'est savoir reconnaître ses forces et ses limites. De son côté, le sentiment de confiance, c'est croire en ses capacités de réussir.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de cancer de sein et son effet sur la représentation de soi chez les femmes.

Le principal de cette étude qu'est intitulée « l'estime de soi chez les femmes atteintes de cancer de sein » est de déterminer comment se représentent les femmes ayant subi la un cancer de sein ? Leurs soi-même, et est-ce que ça peut altérer la représentation de soi ? Comment les femmes perçoivent-elles la cessation de cycle menstruel ? Et pour la vérification de nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants : L'entretien clinique, le test de l'estime de soi de COOPER SMITH qui permet l'accès au fonctionnement psychique et l'estime de soi chez les femmes subies de cancer de sein. Notre population de recherche est constituée de cinq femmes ayant subi un cancer de sein. D'après l'analyse du contenu de l'entretien de la population de notre recherche, nous avons constaté que les femmes qui ont subi d'un cancer de sein il ont une estime de soi basse, altérées et détruites dans leur identité et leur représentation de soi.

A partir des résultats obtenus de l'entretien et du test de l'estime de soi de COOPER SMITH, que les femmes qui subi de cancer de sein ils ont un estime de soi bas et très faible.

## *Bibliographie*

*Ouvrages*

---

2. André, c. &Lelord, F. (2008).l'estime de soi s'aimer pour mieux réssir. montréal : université du Québec à Montréal.
3. André. C et lelord.F, « estime de soi » éd. dunod, paris, 1999.
4. Benzidane(W), (2004) ., « cancer du sein : diagnostic et traitement ».office des publication université Ben Aknoun.
5. Christophe André, François Delord, « l'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec
6. Cooper Smith « inventaire d'estime de soi ».les édition du centre de psychologie applique 1984.
7. Delehedd(M),(2006) ., « Que sait-on du cancer ? »Ed science France.
8. Dolan, S. L. & Arsenault, A. (2009). Stresse estime de soi santé travail. Québec : Presses de l'université du Québec.
9. Elisabeth luporsi (E), leichtnam- Dugarin (L)(2007), « comprendre le cancer »Guide d'information a l'usage des personnes malade et leurs proches .Ed savoir-paris.
10. Famose, J.-D., &Guérin. (2002) la connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport. Paris : Armand colin.
11. Jean-Famous, Florence Guérin, « La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport »Armand Colin, Paris, 2002
12. les autres », Odile Jacob, paris, 1999.
13. Monbourquette, J. (2013).l'estime de soi à l'estime du soi. Montréal : Novalis.
14. Morere(J),(2007), « cancer de sein » ,springer, France.
15. Moscovici, S. (2000). Psychologie social des relations à autrui. Paris : Nathan
16. Nicoulaud-Michaux, a. &Couzon, E. (2012).s'estime pour réussir sa vie. Paris : esf.
17. Saglier(I), (2009)., « Cancer du sein : questions et réponse au quotidien ».
18. Saint Paul Josiane, « estime de soi, confiance en soi », inter édition, paris, 1999.

19. Valanchon (H) « Femmes et cancer : récit de malade », Harmattan, Paris, 2010.
20. Zelek(L), (2010) « Aimer à vivre après un cancer ».
21. Bloche H, et all. Grand dictionnaire de la psychologie. Edition Larousse, Bordas, Paris, 1996.

---

#### *Dictionnaires*

---

1. Pariera (L), « la mammectomie, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle », travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état infirmier, institut de formation en soins infirmier, Belfort, 2006/2010.
2. Morin(Y), « le petit Larousse de médecine », paris, Larousse, 2011.
3. Bloche H, et all. Grand dictionnaire de la psychologie. Edition Larousse, Bordas, Paris, 1996.

---

#### Site internet :

---

<https://gustave> Roussy traitement de cancer du sein.

# *Annexes*

## **Annexe 1 : Le guide de l'entretien**

### **-Axe 1 : les informations générales.**

- Nom.
- Prénom.
- Age.
- Situation d'instruction.
- Situation professionnel.
- Nombre d'enfant.

### **-Axe2 : les informations concernant le cancer du sein**

- Quelle sont les symptômes que vous ressentez ?
- Avez-vous déjà eu une affection bénigne du sein ?
- Comment voyer –vous le cancer du sein avant et après d'être atteinte ?
- Comment voyer –vous le cancer du sein avant et après d'être atteinte ?
- Avez – vous déjà un cancer du sein dans votre famille.
- Etes- vous ménopause ?
- Avez-vous déjà été opéré des seins ?
- Comment voyer-vous le soutien de votre famille ?
- Comment vous-voyer avant et après votre ?
- Quel âge avez-vous quand vous l'aviez découvert ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction lors de l'annonce de votre maladie ?
- Avez –vous le changement dans ta vie quotidienne, relationnelle, intime (sexuelle) ?

### **Axe 3 : les informations sur l'estime de soi.**

- Quel sont les nombres des jours d'hospitalisation ?
- Comment vous sentez physiquement après l'ablation ?
- Est-ce que vous vous aime se changement dans votre corps ?
- Avez-vous confiance en vous-même et votre compétence ?
- Pensez- vous que vous de la valeur ?
- Pensé-vous que vous être digne d'être aimé ?
- Avez-vous l'impression d'être liber et Independent ?
- Avez-vous honte de vous-même ?
- Avez-vous le sentiment d'être différent des autres ?

**Annexe N° 2 : Inventaire d'estime Cooper Smith (Forme adulte) S**

**.E.I**

**NOM :..... PRENOM :.....**

**AGE :.....**

**SEXE :..... NIVEAU D'ETUDE :.....**

**PRPFSSION :.....**

**CONSIGNES**

**LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE**

Dans les pages qui suivantes, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certain choix vous paraissent difficiles.

**TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ**

Copyright 1981 by consulting psychologues presse, Inc., Palo Alto, California Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué, 25, rue de la plaine 75980 Paris cedex 20. Tous droits réservés.

Achévé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépôt légal 1er Trim. L984-Edit 528050

	<b>Items</b>	<b>Me ressemble</b>	<b>Ne me ressemble pas</b>
<b>1</b>	En général je ne me fait pas de souci		
<b>2</b>	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		
<b>3</b>	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je la pourrais.		
<b>4</b>	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
<b>5</b>	On s'amuse bien en compagnie.		
<b>6</b>	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		
<b>7</b>	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.		
<b>8</b>	Je suis très appréciée(e) par les personnes de mon âge.		
<b>9</b>	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		
<b>10</b>	Je cède très facilement aux autres.		
<b>11</b>	Ma famille attend trop de moi.		

12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.		
16	J'ai souvent envie de changer de vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart de gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiète (e).		
27	Je suis assez sur (e) de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		

30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux (eusse)		
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouille tout (e) seul(e).		
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		
45	On ne me fait jamais de reproche.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		

<b>48</b>	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme).		
<b>49</b>	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes.		
<b>50</b>	Je ne suis jamais intimidé (e)		
<b>51</b>	J'ai souvent honte de moi.		
<b>52</b>	Les autres me cherchent de querelle.		
<b>53</b>	Je dis toujours la vérité.		
<b>54</b>	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
<b>55</b>	Je moque de ce qui peut m'arriver.		
<b>56</b>	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		
<b>57</b>	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
<b>58</b>	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.		

<b>G</b>	<b>SO</b>	<b>F</b>	<b>P</b>	<b>T</b>	<b>M</b>

## Résumé

---

L'estime de soi comme étant la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines.

La santé peut être définie comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité. Cependant, la santé de l'individu est affectée par un ensemble de facteurs externes qui agissent soit en sa faveur, soit en sa défaveur lui causant ainsi un ensemble de pathologies.

Le cancer est l'une des pathologies peut atteindre une personne et nuire à sa santé, cette nuisance pouvant aller jusqu'à le tuer. Il existe une multitude de types de cancer, citant comme exemple le cancer du sein qui a fait l'objet de notre étude.

Notre thématique de recherche qui s'intitule « l'estime de soi chez les femmes atteintes du cancer du sein », a pour objectif d'étudier l'estime de soi chez les femmes cancéreuses à l'association « thudert » à Amizour wilaya de Bejaia. Nous avons réalisé notre recherche au sein de l'association d'Amizour wilaya de Bejaia, elle a concerné de cinq(5) femmes d'âgées et des cas différents. Pour effectuer cette étude, nous avons opté pour la démarche clinique, celle de l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de Cooper Smith. Les résultats de notre étude, démontrent que quatre cas sur cinq cas l'estime de soi est faible et un cas son estime de soi est moyenne.

**Mots clés :** Estime de soi, cancer du sein, santé, femmes, prise en charge

## Abstract

---

Good health is the most important thing for human beings, so preserving it is one of the major priorities of both individuals and the state. States allocate significant sums for the development and improvement of the health quality of their populations, that is why they have all adopted and developed the field of health economies.

Health can be defined as a state of complete physical, mental and social well-being and not just in the absence of disease or infirmity. However, the health of the individual is affected by a set of external factors that act either in his favor or in his disfavor thus causing him a set of pathologies. Cancer is one of the pathologies that can affect a person and harm his health, this nuisance even kill him.

Radiation therapy is one of the effective methods used in the treatment of cancer in general. the management of breast cancer patients is done within the radiotherapy department and by a competent and diversified team. The objective of this study is to demonstrate is to show and to make clear the importance of and effective management by RTH in the treatment of women with breast cancer.

**Key words :** self esteem, sickness, breast cancer, supported, women