



L'état d'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein

(Étude clinique de 08 cas âgés 30 à 60 ans réalisée à l'Association Tudert d'Amizour, Béjaïa)

Mémoire de fin de cycle élaboré en vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Préparé par :

- MEROUL Romaissa
- ZEKRINI Hizia

Encadré par :

Dr. CHIBANI Leila

Année universitaire : 2024-2025

Remerciements

Nous remercions d'abord Dieu pour la force et la persévérance qui nous ont permis d'achever ce travail.

Nos plus vifs remerciements vont à Madame Chibani Leila pour son encadrement précieux et ses conseils avisés.

Nous exprimons également notre gratitude aux membres du jury pour leur lecture attentive et leurs observations enrichissantes.

Un grand merci à l'association Tudert d'Amizour pour son accueil lors de notre stage, ainsi qu'à Madame Amina, psychologue, pour son accompagnement bienveillant.

Nous saluons l'engagement de tous nos enseignants, depuis l'école jusqu'à l'université de Béjaïa, en particulier ceux du département des sciences sociales et humaines.

Enfin, nous dédions ce mémoire à nos parents, en remerciement pour leur soutien indéfectible, ainsi qu'à toutes les personnes qui nous ont soutenus de près ou de loin.

Merci à tous

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ma chère mère et à mon cher père.

C'est grâce aux prières sincères de ma mère et aux sacrifices inlassables de mon père que j'ai pu franchir cette étape. Aujourd'hui, je tiens enfin la promesse que je vous avais faite, et c'est avec une profonde gratitude que je vous rends hommage.

J'adresse également cette dédicace à mes frères, Aymen et Houssine, en témoignage de ma reconnaissance pour leur soutien constant et leur rôle de piliers tout au long de mon parcours.

A ma belle-sœur Ahlem, je suis tellement chanceuse de t'avoir dans ma vie

Je n'oublie pas, en toute discrétion, une personne chère à mon cœur. Merci pour ton soutien constant. À toi qui te reconnaîtras, merci du fond du cœur pour tout.

J'adresse aussi ma gratitude à ma binôme, Hizia, pour sa collaboration sincère, sa patience, son engagement et les efforts partagés tout au long de cette aventure universitaire. Merci d'avoir été à mes côtés.

Mes pensées vont aussi à mes tantes, à mes oncles, ainsi qu'à toutes les personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et conseillée avec bienveillance.

A ma grande mère, que j'aime beaucoup.

Sans oublier l'ensemble du personnel administratif et enseignant du département des sciences sociales de l'université Abderrahmane Mira de Béjaïa – Aboudaou, pour leur encadrement, leur disponibilité et leur accompagnement tout au long de mon parcours universitaire.

Romaissa

Dédicace

À ceux qui ont été ma force, mon refuge, et ma lumière dans les moments les plus sombres...

Je dédie ce mémoire à mes parents, dont l'amour inconditionnel, les sacrifices silencieux et le soutien constant ont été les fondations de ce parcours. Rien de tout cela n'aurait été possible sans vous.

À mes frères : SAMIR, AHMED, HALIM, et à MEHDI — paix à son âme. Ton absence laisse un vide immense, mais ton souvenir m'accompagne à chaque étape. Ce travail, je te le dédie aussi, avec émotion et tendresse.

À mes sœurs : Kahina et Barda, merci pour vos mots rassurants, votre bienveillance et votre présence qui m'a tant réconforté. Vous avez été un soutien précieux et un véritable pilier.

À(N), cette personne proche de mon cœur, dont la présence douce et constante a été une source de courage inestimable. Merci pour ton amour, ton écoute, et ta confiance inébranlable en moi.

À ROMAÏSSA, ma binôme, mon alliée dans cette aventure. Merci pour ton engagement, ta patience et ta générosité. Ce mémoire est aussi le fruit de notre complicité, de notre travail d'équipe et de notre persévérance commune.

Et à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à ce parcours : merci du fond du cœur.

Hizia

Liste des Tableaux et des annexes

Liste des tableaux :

Tableau	Titre	Page
Tableau N° 01	Caractéristique de population de l'étude.	54
Tableau N° 02	Présentation de 14 items de l'échelle.	59
Tableau N° 03	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°01	66
Tableau N° 04	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°02	71
Tableau N° 05	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°03	75
Tableau N° 06	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°04	79
Tableau N° 07	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°05	83
Tableau N° 08	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°06	87
Tableau N° 09	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°07	91
Tableau N° 10	Présentation et l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°08	96
Tableau N° 11	Présentation des résultats des cas étudié	98

Liste des annexes :

Annexes	Titre
Annexe N° 01	Guide d'entretien
Annexe N° 02	Echelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A)

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Liste des Tableaux et des annexes

Liste des annexes

Introduction générale..... **1**

Chapitre 1 : Cadre général de la Problématique.

1. La problématique :.....	5
2. Les hypothèses :	87
3. Opérationnalisation des concepts:.....	87
4. Les raisons de choix du thème :	10
5. Les objectifs de la recherche :.....	10
6. Les études intérieures :	11
7. Analyse des études intérieures :	12

Partie théorique.

Chapitre II **Cancer du sein.**

I. Aspect médical de cancer du sein..... 15

Préambule :	15
1. Définition de sein :.....	15
2. Définition de cancer :.....	15
3. Cancer du sein :	15
4. Les types de cancer du sein :	16
5. Les facteurs de risques :	16
6. Signes d'inspection de cancer du sein :.....	17
7. Le diagnostique.....	18
8. Les différents traitements du cancer du sein :	19
Synthèse :.....	21

II. Aspect psychologique de cancer du sein..... 22

Préambule :	22
1. Les effets psychologiques de l'annonce du diagnostic de maladie grave (cancer) :.....	22
2. Symptômes psychiques de cancer du sein :	22
3. Cancer du sein et qualité de vie	23

4. L'image de corps chez les femmes atteintes de cancer du sein :	24
5. Sexualité et fécondité chez les femmes atteintes de cancer du sein :	24
6. Adaptation psychologique lors d'une affection cancéreuse :	26
7. La prise en charge psychologique :	26
Synthèse :.....	27

Chapitre III :L'anxiété.

Préambule	30
1. Les définitions de l'anxiété :.....	30
2. Aperçu Historique	30
3. L'anxiété du normal au pathologique :.....	32
4. Les états de l'anxiété :.....	33
5. Diagnostic des troubles anxieux :	33
6. Les symptômes de l'anxiété :.....	34
7. Les facteurs de l'anxiété :	35
8. Les formes de l'anxiété selon le DSM-5 :.....	37
9. Les modèles théoriques de l'anxiété :.....	39
10. L'anxiété et la maladie de cancer	43
11. La prise en charge.....	44
Synthèse :.....	48

Partie pratique.**Chapitre IV: Méthodologie de la recherche**

Préambule :	51
1. La pré enquête : Erreur ! Signet non défini.
2. La méthode de recherche :	52
3. Présentation de lieux de recherche :	53
4. Population d'étude et les caractérestique de la recherche :	54
5. Les outiles d'investigation :	55
6. Le déroulement de l'enquête :	62
7. Les difficultés rencontrées:.....	62
8. Les limites de la recherche:.....	62
Synthèse :.....	613

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

Préambule	64
1. Présentation et analyse des résultats:.....	64

2. Discussion des hypothèses :	98
<i>Synthèse :</i>	<i>101</i>
<i>Analyse générale des résultats.....</i>	<i>103</i>
<i>Conclusion générale :.....</i>	<i>106</i>
<i>Liste bibliographique :</i>	
<i>Annexes</i>	
Résumé	

Introduction générale.

Introduction générale

La santé constitue un pilier fondamental dans la vie de tout individu. Elle influence non seulement le bien-être physique, mais également l'équilibre émotionnel, la productivité, les relations sociales, et plus largement, la qualité de vie globale. Être en bonne santé permet d'accomplir ses activités quotidiennes, de poursuivre ses objectifs personnels et professionnels, tout en favorisant une insertion harmonieuse dans la société. Ainsi, adopter une hygiène de vie équilibrée et privilégier la prévention apparaissent comme des démarches essentielles pour préserver cette ressource précieuse.

Cependant, certaines pathologies graves viennent perturber cet équilibre et imposer une réalité difficile à vivre. Une maladie grave, de par sa chronicité, sa gravité ou son caractère incurable, entraîne souvent des conséquences physiques, psychologiques et sociales profondes. Elle exige une prise en charge longue, parfois lourde, mobilisant plusieurs disciplines médicales. Parmi ces affections, le cancer occupe une place particulière, tant par son ampleur mondiale que par la complexité de son vécu.

Le cancer, redouté pour son évolution incertaine et ses traitements éprouvants, représente un véritable défi pour les professionnels de santé et les patients. Il englobe de nombreuses formes, dont le cancer du sein, qui reste le plus fréquent chez la femme et figure en tête des causes de mortalité féminine par cancer, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Malgré les avancées considérables dans les domaines du dépistage, de la prise en charge thérapeutique et de l'amélioration des taux de survie, recevoir un tel diagnostic reste une épreuve bouleversante.

Le cancer du sein va bien au-delà d'une atteinte physique. Il touche à une dimension profondément intime de l'identité féminine. En effet, le sein est un symbole fort : il évoque la féminité, la maternité et la sexualité. Son altération, par la maladie ou les traitements, peut engendrer un véritable choc psychologique. La femme se retrouve alors confrontée à une modification de son image corporelle, à une fragilisation de l'estime de soi, et parfois à des difficultés dans sa vie de couple. Cette souffrance peut se traduire de différentes façons, et l'anxiété en est une manifestation particulièrement fréquente et significative.

L'anxiété peut se manifester dès les premiers doutes liés au diagnostic, s'intensifier durant les traitements – qu'ils soient chirurgicaux, médicamenteux ou radio thérapeutiques – et persister même après la phase active des soins, alimentée par la crainte d'une récidive. Pour certaines femmes, elle devient chronique, avec des signes tels que l'insomnie, la nervosité,

l’irritabilité ou encore un sentiment général de mal-être. Cette détresse psychique influe alors sur la capacité à faire face à la maladie et à maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Aujourd’hui, la dimension psychologique du cancer n’est plus ignorée. De nombreuses études ont démontré que le bien-être émotionnel joue un rôle déterminant dans l’évolution de la maladie. Une souffrance psychique non prise en compte peut compromettre l’adhésion aux traitements, amplifier la perception de la douleur, et impacter négativement le pronostic global. Par ailleurs, plusieurs variables personnelles – comme l’âge, la situation familiale, le soutien social, ou encore le vécu antérieur de la maladie – influencent la manière dont chaque patiente va faire face à l’anxiété.

C’est dans cette optique que s’inscrit ce travail de recherche. En s’appuyant à la fois sur une approche théorique et des observations de terrain, ce mémoire vise à explorer en profondeur les différentes formes que peut prendre l’anxiété chez les femmes atteintes d’un cancer du sein. Il s’agit également d’identifier les facteurs qui la favorisent et d’en analyser les répercussions, afin de proposer des stratégies d’accompagnement psychologique adaptées, susceptibles de répondre aux besoins spécifiques de ces patientes et d’améliorer leur qualité de vie.

Dans notre recherche intitulée « L’état d’anxiété chez les femmes atteintes d’un cancer du sein », nous nous sommes donné pour objectif principal de comprendre comment le cancer, en tant que maladie grave et bouleversante, peut engendrer et manifester des réactions d’anxiété chez les femmes qui en sont atteintes. Il s’agit d’explorer les différents moments où cette anxiété se manifeste, les facteurs qui la déclenchent, ainsi que son évolution tout au long du parcours de soins et de traitement.

Cette étude repose sur une problématique clairement définie, appuyée par des hypothèses de recherche, des objectifs spécifiques, ainsi que des justifications solides ayant motivé le choix de notre thème et des études intérieur. Afin de garantir la cohérence et la clarté de notre travail scientifique, les concepts clés liés à notre thématique ont été rigoureusement définis.

Notre recherche se structure autour de deux grandes parties : une partie théorique et une partie méthodologique.

La première partie comprend deux chapitres. Le premier est consacré au cancer du sein, abordé dans ses dimensions médicales et psychologiques. Le second chapitre traite de

l'anxiété, concept central de notre étude. Nous y présentons sa définition, son évolution historique, ses différentes formes, ses facteurs explicatifs, ses manifestations symptomatiques, ainsi que les principales modalités de prise en charge. Une attention particulière est portée à l'articulation entre l'anxiété et le cancer du sein, afin de mettre en évidence les interactions entre ces deux dimensions.

La seconde partie est dédiée à la méthodologie et à l'approche pratique de la recherche. Nous y présentons d'abord le cadre de l'étude, à savoir l'Association de bienfaisance Tudert, située à Amizour (Béjaïa). Ensuite, nous définissons la population ciblée, la méthode choisie (méthode clinique), les techniques de recherche retenues, ainsi que les outils utilisés : l'entretien clinique et l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton.

La dernière section de cette partie est consacrée à la présentation et à l'analyse des données recueillies à travers ces outils, en vue de mieux comprendre les manifestations de l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, et de discuter nos hypothèses de départ.

Enfin, nous avons terminé notre travail par une conclusion générale vient clore notre travail de recherche.

Chapitre l :

Cadre général de la Problématique.

1. La problématique :

La santé selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (<https://shs.cairn.info/deaes-60-fiches-derevisions--9782311210095-page-40>)

Cependant, l'apparition d'une maladie grave vient de perturber cette bien-être, en impactant non seulement le corps, mais aussi la sphère mentale et les relations sociales de la personne atteinte. Les maladies graves peuvent perturber de manière significative le bon fonctionnement des organes essentiels, affaiblir le système immunitaire et entraîner des complications de longue durée. En conséquence, elles affectent la qualité de vie, altérant tant le bien-être physique que psychologique. Parmi ces affections sévères, le cancer.

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération importante et anarchique de cellules anormales qui ont la capacité de détruire les tissus sains et de se disséminer dans l'organisme. (Riaux.N, 2014, p.5). Il existe divers types de cancers, dont celui du sein.

Le terme « cancer ou tumeurs malignes du sein représente un groupe très hétérogène de proliférations cellulaires dites néoplasiques de la glande mammaire qui diffèrent tant du point de vue histologique (morphologie et architecture tissulaire microscopique) que de leur potentialité évolutive. (Puddo.M et Tafforeau. J, 2005,p9).

Il touche majoritairement les femmes, bien que les hommes puissent également en être atteints, de manière plus rare.

Selon l'OMS (l'Organisation Mondiale de Santé), Les cancers représentent 10 millions de morts chaque année, ce qui place ces pathologies à la deuxième position des causes de décès dans le monde on retrouve dans le cancer du sein (2,26M de cas pour 685 000 décès). (Fall. D, 2023, P 21).

Le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes dans le monde selon le rapport GLOBOCAN, GLOBal CANcer Observatory (Observatoire mondial du cancer) de 2018. 2.1 million de nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués cette année-là. L'étude CANTO, CANcer TOxicities (Toxicités du cancer) , qui vise à améliorer la qualité de vie chez les femmes traitables pour un cancer du sein en France, estime que plus de 50 000 femmes développent un cancer du sein chaque année. Les cancers du sein sont des cancers hormona dépendants dans 60% des cas, c'est-à-dire qu'ils sont composés de tissus ayant des récepteurs stimulés par des hormones (œstrogènes. Progesterone). (Fall. D, 2023, P 70).

En Algérie, Le cancer du sein vient en tête des cas de cancer recensés avec 6625 nouveaux cas diagnostiqués en 2012. C'est le premier cancer de la femme et prend des proportions épidémique renseignant sur les obligations en matière de prise en charge tant sur le plan préventif que curatif. Son incidence connaît une progression exponentielle alarmante depuis environ 25 ans. En effet, l'incidence est passée de 14,5 nouveaux cas P10 habitants en 1993 à 70,2 p 10 en 2012. Le cancer du sein affecte de manière relativement importante la femme jeune. L'âge médian est à 47 ans selon les données du registre d'Alger de 2012. Les premiers cas de cancer du sein surviennent dès l'âge de 15 ans. (Manuel de prise en charge de cancer du sein, 2016, P 09).

Le cancer du sein marque pour la femme la rencontre entre deux mondes bien distincts : d'un côté le sein, organe symbolisant la vie puisqu'il renvoie à la maternité, à la féminité et à la sexualité. Entre sein maternel, érotique ou génital, cette partie du corps féminin a toujours été un objet universel de fascination, de vénération et d'exécration. De l'autre côté, la maladie, associée quant à elle à la mort. (Lantheaume. S et al, 2016, P02).

Le cancer du sein peut entraîner des troubles mentaux significatifs, notamment de l'anxiété, en raison du stress lié au diagnostic, aux traitements et à l'incertitude concernant l'avenir. L'angoisse face à la maladie, la peur de la récidive et les effets secondaires des traitements (comme la perte de cheveux ou la fatigue) peuvent intensifier ce sentiment de vulnérabilité.

Les symptômes d'anxiété les plus fréquemment retrouvés sont à type de pensées intrusives centrées sur la maladie (pouvant aller jusqu'à des états de stress posttraumatiques), d'anxiété anticipatoire avec ou sans évitement, de préoccupations anxieuses au sujet d'une rechute éventuelle. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P324).

L'anxiété est une émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler. Elle se transforme en peur face à un danger bien identifié. L'anxiété est accompagnée de modifications physiologiques et hormonales caractéristiques des états d'activation élevée et elle est souvent associée au comportement de conservation-retrait ou à des conduites d'évitement. (Doron. R et Part. F, 2011, P 48).

Toutefois, lorsque cette anxiété devient excessive ou survient sans raison apparente, elle peut perturber la vie quotidienne, entraver la concentration et nuire au bien-être global. Dans ces cas, les symptômes prennent de l'ampleur, provoquant des troubles dans le raisonnement logique et plongeant la personne dans une dynamique anxiogène. Ainsi, bien que l'anxiété

puisse jouer un rôle protecteur dans certaines circonstances, elle peut aussi devenir source de souffrance lorsqu'elle n'est plus maîtrisée.

Les phénomènes anxieux observés en cancérologie rendent compte d'une grande richesse clinique renvoyant des niveaux d'analyse sensiblement différents qu'il importe de bien discriminer et d'expliquer en vue de mieux comprendre leur incidence sur la santé. (Bridou.M et Aguerre.C, 2010, P 27).

Notons en outre que l'anxiété est qualifiée de pathologique lorsqu'elle cause des perturbations significatives (détresse psychologique, sidération de la pensée, altération de la qualité de vie et du bien-être, baisse d'estime de soi, désadaptation, repli sur soi, etc.), lorsqu'elle tend à s'intensifier et à se pérenniser, lorsqu'elle semble disproportionnée au regard des risques biomédicaux réellement encourus ou fausse leur appréciation, ou encore, lorsqu'elle tend à perdurer malgré les réassurances médicales. C'est notamment le cas déroutant de l'anxiété résiduelle observée chez certaines femmes après une mammographie ou chez les individus ayant eu recours à un test génétique de dépistage de la polyposse recto colique familiale n'ayant décelé rien d'anormal. L'anxiété liée au cancer peut de surcroît conduire à adopter des comportements d'évitement à visée contrepophobique lorsqu'elle est massive, chronique et/ou difficilement gérable. Elle décourage par exemple l'usage du dépistage préventif et amène à adopter des comportements à risque favorisant la carcinogenèse (tabagisme, etc.) (Bridou.M et Aguerre.C, 2010, P 27).

Il convient en outre de distinguer les manifestations anxieuses en lien avec des peurs bien identifiées (peur de la maladie, des traitements, des conséquences du cancer, de la souffrance, de la mort, etc.) de l'anxiété anticipatoire (peur d'avoir peur), plus diffuse et moins centrée sur un objet phobogène, caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes, voire des soucis pathologiques. (Bridou.M et Aguerre.C, 2010, P 27).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour une approche globale et intégrée, mêlant des concepts issus de la psychanalyse, du comportementalisme et des théories cognitives, afin de mieux comprendre les besoins psychologiques des patientes concernées.

Selon le modèle Freudien (psychanalyse), l'anxiété est une variété de déplaisir qui se distingue des autres par le fait qu'elle s'accompagne de sensations corporelles que Freud interprète comme dues à des innervations d'écoulements (certains disent une « éconductio » d'une tension. (Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 37).

Freud a proposé deux théories de l'angoisse qui semblent contradictoires. Dans la première (1895), l'angoisse est vue comme une accumulation d'excitation sexuelle non déchargée, due à la répression ou à la privation. La deuxième théorie (1926) considère l'angoisse comme un signal d'alerte face à un conflit interne, poussant le Moi à déclencher un refoulement. Dans la première, le refoulement cause l'angoisse, tandis que dans la seconde, c'est l'angoisse qui initie le refoulement. (Besançon.G, 2016, P 46).

On trouve aussi les comportementalismes comme Mowrer (1960), il expliqua cette pathologie « l'anxiété serait acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant. Un comportement dont les conséquences sont positives est positivement renforcé, à l'inverse des émotions désagréables entraînent un renforcement négatif ». (Servant. D, 2012, P 30).

Les modèles cognitifs de l'anxiété montrent que plus qu'un état émotionnel l'anxiété doit être vue comme un mode de traitement de l'information et que par conséquent elle influence l'attribution de la qualité ou anxiogène au transactions. Dans l'anxiété pathologique à côté de mode général de traitement, il existe également des modes spécifiques, les troubles anxieux. (Graziani.P, 2003, P44).

La pré-enquête représente une phase essentielle du processus de recherche, fournissant des informations de terrain qui orientent l'étude vers des problématiques concrètes. Dans notre cas, elle a été réalisée à l'association Tuderth à Béjaïa, auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette étape a permis de recueillir des données préliminaires, d'évaluer les outils de recherche, d'ajuster les entretiens cliniques et de réviser les hypothèses. En croisant les résultats de cette pré-enquête avec la revue de littérature, l'étude s'est concentrée sur la question de l'anxiété chez ces femmes.

L'étude se propose de répondre à ces questions essentielles :

- Est-ce que les femmes atteintes de cancer du sein souffrent d'anxiété ?
- Comment le cancer du sein influence-t-il l'anxiété chez les femmes ?

2. Les hypothèses :

2.1 Hypothèse générale :

Le cancer du sein constitue la variable indépendante, tandis que l'anxiété représente la variable dépendante. L'objectif est d'examiner l'impact du cancer du sein sur l'anxiété, celle-ci pouvant fluctuer en fonction de chaque femme.

2.2 La première hypothèse

Les femmes atteintes de cancer du sein souffrent d'un niveau d'anxiété significativement élevé, manifeste par des crises d'angoisse, des sentiments de peur, des troubles du sommeil, palpitation, des pensées obsessionnelles liées à la maladie.

2.3 La deuxième hypothèse :

Le cancer du sein influence l'anxiété chez les femmes en générant des sentiments de peur, d'incertitude et d'inquiétude face à l'évolution de la maladie, aux effets des traitements, et à l'altération de l'image corporelle, avec des symptômes tels que une inquiétude , une hyper vigilance et des crises d'angoisse varient.

3. Opérationnalisation des concepts

3.1 Le sein :

- Est une partie du corps humain principalement féminin située sur les poitrines.
- Son rôle principalement et la production du lait pour l'allaitement.

3.2 Cancer de sein :

- Est une maladie grave qui touche partiel les femmes.
- Les cellules anormales des fourmis dans les tissus du sein.
- Apparition d'une masse dans le sein.
- Modification de la peau du sein.
- Douleur à la sensibilité inhabituelle dans la région du sein.

3.3 L'anxiété :

- Une personne ressentir une nervosité.
- Peur, inquiétude.
- Rythme cardiaque, tremblements.
- Des pensées préoccupations excessive.
- Eviter certaines situations.

- Difficulté sociale.
- Crises d'angoisse.
- Des palpitations

4. Les raisons de choix du thème :

- Le cancer du sein est l'un des cancers les plus fréquents chez les femmes, ce qui en fait un sujet de recherche essentiel en santé publique et en médecine.
- Le diagnostic ainsi que les traitements du cancer du sein provoquent souvent une anxiété importante chez les patientes, affectant leur bien-être psychologique et physique. Explorer cette dimension psychologique permet de mieux comprendre les difficultés vécues par ces femmes.
- Le thème met en lumière le lien étroit entre santé mentale et santé physique, soulignant l'importance d'une prise en charge globale de la patiente. Gérer l'anxiété peut améliorer à la fois la qualité de vie et l'efficacité du traitement.
- Il existe un manque de recherches ciblées sur l'anxiété chez les femmes atteintes de cancer du sein, d'où la nécessité de combler ce vide scientifique.
- Ce travail vise également à sensibiliser les professionnels de santé à l'importance d'intégrer un soutien psychologique adapté dans le parcours de soins, afin de mieux accompagner les patientes.
- Par ailleurs, ce thème s'inscrit pleinement dans le cadre de ma spécialité en psychologie clinique, puisqu'il permet d'aborder les aspects émotionnels et psychiques associés à une maladie grave comme le cancer, en lien direct avec les compétences que nous développons dans cette discipline.

5. Les objectifs de la recherche :

- Analyser l'impact du cancer du sein sur l'état d'anxiété chez les femmes.
- Évaluer le niveau d'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.
- Décrire les manifestations psychologiques de l'anxiété chez ces femmes.
- Les facteurs liés à la maladie qui aggravent l'anxiété, notamment la peur de l'évolution, les effets des traitements.
- Évaluer l'efficacité des interventions psychologiques pour réduire l'anxiété chez les femmes atteintes de cancer du sein, et explorer les effets des thérapies

comportementales et cognitives (TCC), de l'accompagnement psychosocial et des pratiques de relaxation sur la réduction de l'anxiété.

- Ces objectifs visent à mieux comprendre comment l'anxiété affecte les comportements de santé des femmes atteintes de cancer du sein, à identifier les mécanismes sous-jacents et à proposer des stratégies d'intervention adaptées pour optimiser la prise en charge globale des patientes.

6. Les études intérieures :

Une étude antérieure réalisée par Moqbal Mawloudah et Hadeel Yamina en (2012), sous le titre : « L'anxiété chez les femmes atteintes de cancer : étude comparative entre le cancer du sein et le cancer de l'utérus ». En Égypte a été publiée dans la Revue arabe des sciences sociales, volume 2, numéro 1, Il s'agissait d'une recherche scientifique évaluée par des pairs, qui visait à étudier l'anxiété chez les femmes et à comparer le niveau d'anxiété entre celles atteintes d'un cancer du sein et celles atteintes d'un cancer de l'utérus. La recherche a utilisé une méthode descriptive et analytique. L'échantillon comprenait des femmes atteintes de cancer du sein et d'autres atteintes de cancer de l'utérus. Les résultats de cette étude ont montré que les femmes atteintes de cancer du sein étaient plus anxieuses. Cela a été expliqué par le fait que le cancer du sein affecte directement l'image corporelle et la féminité de la femme, ce qui accentue les sentiments d'anxiété et de tension chez ces dernières.

Une autre étude a été menée par Abd Mohamed et Fissan Hassi en 2018, intitulée : « La vie psychique chez la femme atteinte d'un cancer du sein ». à l'Université d'Oran 2, Parmi les objectifs de cette étude figurent la mise en évidence des principales caractéristiques de la vie psychique et l'accent sur les troubles psychologiques résultant des effets secondaires des différents traitements chez la femme atteinte d'un cancer du sein. L'échantillon de l'étude est composé de huit cas, dont l'âge varie entre 40 et 65 ans. Les auteurs ont utilisé une méthodologie clinique basée sur l'étude de cas, l'entretien semi-directif et l'observation clinique. Les résultats de cette étude indiquent que la vie psychique de la femme atteinte est fortement affectée, caractérisée par de l'anxiété, de la peur et un refus de croire à la réalité de la maladie, et cela dès le moment du diagnostic et de l'annonce du cancer aux patientes.

Une autre étude de Tourki Amal et El Abdi Fatima Zahra, réalisée en 2020, intitulée : « Les répercussions psychologiques de l'anxiété et de la dépression chez la femme atteinte de cancer. » À l'Université de Blida 2, L'objectif de cette étude est de révéler les niveaux d'anxiété et de dépression chez les femmes atteintes de cancer et soumises à un traitement.

Les outils utilisés sont l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). L'échantillon de l'étude comprend 120 femmes atteintes de cancer. Les résultats ont montré que les femmes atteintes de cancer et suivant une chimiothérapie souffrent d'un taux élevé à la fois de dépression et d'anxiété. L'intensité de ces troubles varie en fonction de l'évolution de la maladie et de son traitement. Ils ont également constaté qu'un niveau élevé d'anxiété a un impact sur l'environnement social de la femme atteinte.

7. Analyse des études intérieures :

Les études intérieures avaient pour principaux objectifs de comparer les niveaux d'anxiété entre différents types de cancer féminins, comme le cancer du sein et celui de l'utérus, et d'identifier les répercussions psychologiques générales telles que l'anxiété et la dépression chez les femmes atteintes de cancer.

Contrairement à ces approches comparatives et globales, notre étude se concentre exclusivement sur l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, en analysant les facteurs spécifiques liés à la maladie et la gravité de cette anxiété.

Partie théorique.

Chapitre II

Cancer du sein.

I. Aspect médical de cancer du sein.

Préambule :

Dans le cadre de cette recherche, il apparaît essentiel de s'arrêter sur les dimensions médicales du cancer du sein, afin de mieux comprendre les réalités biologiques et cliniques qui entourent cette maladie. Ce chapitre vise à offrir une vision structurée des éléments médicaux fondamentaux, allant des formes que peut prendre cette pathologie jusqu'aux moyens déployés pour en établir le diagnostic et en assurer le traitement. L'objectif est d'apporter un éclairage clair sur les caractéristiques cliniques de cette affection, dans le but d'enrichir la compréhension globale du vécu des patientes atteintes d'un cancer du sein.

1. Définition de sein :

Le sein est une glande exocrine d'origine ectodermique. Il présente une quinzaine de canaux galactophores qui distribuent autant de lobes (eux-mêmes multi lobulés) et qui s'abouchent indépendamment au niveau du mamelon et de l'aréole. (Fitoussi.A et all , 2011, P.14).

2. Définition de cancer :

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération importante et anarchique de cellules anormales qui ont la capacité de détruire les tissus sains et de se disséminer dans l'organisme. (Ruaux.N, 2014, p.5).

3. Cancer du sein :

Le terme « cancer ou tumeurs malignes du sein représente un groupe très hétérogène de proliférations cellulaires dites néoplasiques de la glande mammaire qui diffèrent tant du point de vue histologique (morphologie et architecture tissulaire microscopique) que de leur potentialité évolutive. (Puddo.M et Tafforeau. J,2005,p9).

Selon Larousse le cancer du sein, cancer touchant la glande mammaire de la femme, principalement sous la forme d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire), parfois sous la forme d'un sarcome (cancer du tissu conjonctif)(<https://www.larousse.fr>).

4. Les types de cancer du sein :

Il existe différents types de cancer du sein. Les plus fréquents (95%) se développent à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) et des lobules (cancer lobulaire). On les appelle des adénocarcinomes. (Institut national du cancer, 2007, p12).

On distingue plusieurs situations :

Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu qui entoure les canaux et les lobules, on parle de cancer ou carcinome infiltrant. Le cancer canalaire est le cancer infiltrant le plus fréquent. Huit cancers sur dix sont des cancers canalaire infiltrants. Le cancer lobulaire infiltrant est plus rare. Les cancers infiltrants peuvent se propager vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps. Les ganglions le plus souvent atteints par les cellules du cancer du sein se trouvent sous les bras, au niveau des aisselles ; on les appelle les ganglions axillaires. Le traitement des cancers infiltrants repose sur un traitement local » (chirurgie, radiothérapie), associé dans certains cas à un traitement général (chimiothérapie, hormonothérapie) (voir Les traitements possibles du cancer du sein).

Lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la tumeur ait infiltré le tissu qui les entoure, on parle de cancer *in situ* :

Le cancer canalaire *in situ* ou carcinome canalaire *in situ* est le plus fréquent : huit cancers *in situ* sur dix sont des cancers canalaire *in situ*. Ils sont le plus souvent découverts lors d'un dépistage systématique (une mammographie ou un examen des seins par le médecin) et quelquefois révélés par un écoulement de sang du mamelon ou un eczéma du mamelon. Il arrive que les cancers canalaire *in situ* infiltrent les tissus voisins et deviennent des cancers infiltrants. Le traitement des cancers canalaire *in situ* est un traitement local comme la chirurgie ou la radiothérapie (voir Les traitements possibles du cancer du sein») .

Le cancer lobulaire *in situ* (ou néoplasie lobulaire *in situ*) est plus rare. Il est plutôt considéré comme un facteur de risque de développer un cancer du sein que comme un cancer. Sa prise en charge est différente des autres cancers du sein. Ce document ne concerne pas les cancers lobulaires *in situ*. (Institut national du cancer, 2007, p12).

5. Les facteurs de risques :

- Sexe féminin

- Age (65 ans versus < 65 ans, mais le risque augmente avec l'âge jusqu'à 80 ans)
- Des mutations génétiques héréditaires concernant le cancer du sein (BRCA1 et/ou BRCA2)
- 2 parents au premier degré ayant fait précocement un cancer du sein
- Un antécédent personnel de cancer du sein
- Des seins denses
- Une hyperplasie atypique sur une biopsie mammaire
- Un parent au premier degré ayant fait un cancer du sein
- Une irradiation thoracique à forte dose
- Une densité osseuse élevée (après la ménopause)
- Âge 30 ans lors de la 1 grossesse (menée à terme)
- Premières règles précoce (avant 12 ans)
- Ménopause tardive (après 55 ans)
- Aucune grossesse menée à terme
- Aucun enfant allaité
- Contraception orale récente
- Traitement hormonal substitutif (THS) récent et prolongé
- Longé
- Obésité post ménopausique
- Antécédent personnel de cancer de l'endomètre, de l'ovaire ou du colon
- Consommation d'alcool
- Grande taille
- Niveau socioéconomique élevé (Buckley.L et Szilagy.P, 2014, p234).

6. Signes d'inspection de cancer du sein :

- Signes de rétraction : La fibrose due au cancer du sein donne des signes de rétraction : capiton, modifications des contours, et rétraction ou déviation du mamelon. Les autres causes de rétraction sont la nécrose graisseuse (ou cytostéatonécrose) et l'ectasie du canal galactophore.
- Signe du capiton
- Anomalies des contours : Rechercher des modifications de la convexité normale des seins, et comparez un sein à l'autre (Bickley.(L,S),2014,p235).

- Rétraction et déviation du mamelon : un mamelon rétracté est aplati ou attiré vers l'intérieur. Il peut aussi être élargi et sembler épaissi. Le mamelon peut être dévié ou pointer dans une direction différente, typiquement vers le cancer sous-jacent.
- Edème de la peau : du fait du blocage lymphatique, la peau s'épaissit et a des pores élargis (signe de la peau d'orange).
- Maladie de Paget du mamelon : une forme rare de cancer du sein, qui se présente habituellement au début comme une lésion pseudo-eczémateuse, squameuse. La peau peut aussi suinter, former des croûtes ou s'éroder. Il peut exister une masse mammaire. Toute dermatose persistante du mamelon et de l'aréole doit faire suspecter une maladie de Paget (Bickley.(L,S),2014,p236).

7. Le diagnostique

Lorsqu'une anomalie est découverte par la patiente elle-même ou au cours d'un examen de dépistage, différents examens sont nécessaires pour confirmer ou infirmer un diagnostic de cancer du sein. Les examens complémentaires les plus fréquents du bilan diagnostic du cancer du sein sont :

7.1Mammographie :

La mammographie est un examen radiologique qui montre des images de l'intérieur du sein. Cet examen est systématique lors du bilan, il aide le médecin à établir le diagnostic". C'est la raison pour laquelle la qualité de la mammographie est essentielle. Cet examen permet de distinguer différents types d'anomalies qui ne sont pas toujours des cancers. (Institut national du cancer, 2007, p25).

7.2 IRM Mammaire :

Il s'agit d'une technique d'imagerie récente (IRM Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire), non traumatisante et non ionisante (pas d'irradiation) ; le champ magnétique est sans danger, Le principe de cet examen repose sur l'activation des nombreux atomes d'hydrogène présents dans les tissus par un puissant champ magnétiques. Ils sont mis en résonnance par des ondes radios. À la fin de cette stimulation les atomes restituent l'énergie accumulée en produisant un signal qui est enregistré par une antenne spécifique (acquisition) puis analysé par un ordinateur. (Mallecourt.P, 2008, p25).

a. Échographie :

C'est un examen complémentaire associé à la mammographie dans des situations définies (seins denses, image radiologique infraclinique douteuse). Elle répond à des critères de qualité aussi stricts que la mammographie, mais elle reste opérateur-dépendant. Elle ne représente en aucun cas un moyen de dépistage. (Ferrandez.(J,C) et Serin.D ,2006,p7).

b. Prélèvements

Un diagnostic de cancer ne peut être porté qu'après avoir étudié au niveau microscopique la nature des cellules composant la lésion repérée grâce aux techniques d'imagerie.

c. La microbiopsie

La microbiopsie (que l'on appelle couramment « biopsie ») est effectuée en cas de masse observée à l'imagerie et peut être consécutive à une ponction cytologique. C'est le seul examen qui permet de confirmer un diagnostic de cancer. Elle est réalisée sous anesthésie locale. Lors de l'examen, le médecin utilise une aiguille fine avec laquelle il pique la peau au niveau du sein atteint. En se guidant grâce à une sonde d'échographie ou sous scanner, il prélève un échantillon du tissu anormal. Cet échantillon est ensuite analysé par microscopie afin que soient confirmés ou non la nature cancéreuse de la lésion et son degré d'extension locale (in situ ou infiltrant) (institut national du cancer, 2007, p25).

8. Les différents traitements du cancer du sein :**8.1 La chirurgie**

La chirurgie est le traitement le plus anciennement utilisé pour soigner les cancers du sein. C'est un traitement standard.

La chirurgie du cancer du sein a quatre objectifs :

- Confirmer le diagnostic et préciser le stade d'évolution du cancer, notamment examiné si les ganglions ont été atteints par des cellules cancéreuses.
- Enlever la tumeur.
- Prélever et examiner certains ganglions.
- Conserver ou restaurer la taille et la forme du sein après l'ablation de la tumeur ou de la totalité du sein. (Institut national du cancer, 2007, p34).

8.2 La radiothérapie :

La radiothérapie est un traitement locorégional du cancer du sein, qui permet grâce aux irradiations produites de détruire des cellules cancéreuses, limitant ainsi le risque de récidives.

Les radiations appliquées sont ionisantes et vont créer des coupures sur les brins d'ADN, entraînant une apoptose des cellules tumorales. La technique ayant beaucoup évoluée au cours de ces dernières années, les complications au niveau des tissus sains voisins sont minimes. (Lasnier.A, 2023, p89).

8.3 La chimiothérapie :

La chimiothérapie consiste en l'administration de molécules permettant d'agir sur les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier ou en les faisant entrer dans un processus de mort cellulaire. La différence entre la chimiothérapie et la thérapie ciblée est la suivante : une chimiothérapie entraîne la destruction des cellules cancéreuses et des cellules saines avoisinantes alors que les thérapies ciblées détruisent uniquement les cellules cancéreuses en utilisant le système immunitaire du patient pour lutter contre le cancer. (Lasnier.A, 2023, p92).

8.4 L'hormonothérapie :

L'hormonothérapie est l'un des traitements du cancer du sein. C'est un traitement général qui agit dans l'ensemble du corps. Certaines hormones secrétées par les ovaires stimulent la croissance des cellules cancéreuses. Une hormonothérapie vise à empêcher l'action de ces hormones ou à diminuer leur sécrétion afin de ralentir ou de stopper la croissance des cellules . (Institut national du cancer, 2007, p61).

- Prévention secondaire : le dépistage :**

- L'auto-palpation :**

Au début de la maladie, le cancer du sein est souvent invisible, aucun signe ni symptôme n'étant apparent. Ce n'est que quand la tumeur a grossi qu'il est possible de la repérer à l'œil nu ou au toucher. Les symptômes suivants sont les plus fréquents, mais ils ne sont pas forcément provoqués par un cancer du sein. Néanmoins, si vous repérez un de ces signes, il est important de prendre rendez-vous chez le médecin le plus tôt possible. (Arnal. B et al , 2018, p58).

- Une boule dans un sein c'est le signe le plus courant. Elle n'est généralement pas douloureuse mais souvent dure. Elle est irrégulière au toucher mais vous la sentez toujours au même endroit dans votre sein.**

- Des ganglions durs sous le bras : indolores, ils sont parfois le signe de la propagation d'un cancer du sein.
- Des changements de la peau du sein : rougeur, œdème, peau d'orange (Arnal. B et al , 2018, p58).

La seule stratégie de prévention du cancer du sein dont l'efficacité a été prouvée est le dépistage. Le dépistage est la recherche, par un examen systématique chez une personne asymptomatique, d'anomalies traduisant une maladie débutante. A ne pas confondre avec le diagnostic précoce qui consiste en la mise au point d'une anomalie chez une personne qui présente un symptôme. Comme l'évolution d'un cancer du sein et les chances de le guérir dépendent en partie de la précocité avec laquelle la tumeur a été identifiée, l'objectif du dépistage est d'intervenir précocement dans l'histoire naturelle du cancer (détection d'une tumeur encore inapparente et muette, à un stade limité, si possible avant le développement de métastases, qui pourra probablement être guérie) pour éviter qu'il n'évolue vers un stade plus avancé.(Puddo.M et Tafforeau.J,2005,p129).

Synthèse :

Ce chapitre a permis de dresser un aperçu clair de la maladie à travers ses aspects médicaux essentiels. En décrivant ses formes, ses signes, ses causes, les méthodes de diagnostic et les traitements proposés, nous avons posé les bases nécessaires pour mieux comprendre le contexte dans lequel évoluent les femmes atteintes. Ces connaissances médicales sont indispensables pour aborder ensuite les retentissements psychologiques de cette pathologie.

II. Aspect psychologique de cancer du sien.

Préambule :

Recevoir un diagnostic de cancer du sein représente une épreuve intense pour les femmes, avec des conséquences qui dépassent largement le cadre physique. Cette maladie, en touchant à la fois la santé, l'image corporelle et la perception de la féminité, provoque un profond déséquilibre émotionnel. Ce chapitre s'intéresse aux retentissements psychologiques de cette pathologie, en mettant en évidence les réactions émotionnelles fréquentes chez les patientes, depuis le choc du diagnostic jusqu'à une possible acceptation, en passant par l'anxiété, la tristesse, voire des sentiments de culpabilité.

1. Les effets psychologiques de l'annonce du diagnostic de maladie grave (cancer) :

La maladie grave (cancer) implique, entre autres, (1) un changement dans la relation aux autres, (2) une modification des projets de vie, (3) des troubles de l'image corporelle, (4) une dépendance à autrui, (5) un questionnement existentiel devant la mort. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que l'annonce d'un diagnostic de maladie grave puisse avoir, selon la manière dont elle est réalisée, des effets positifs ou négatifs sur la qualité de vie en général et sur la santé en particulier.

L'impact délétère sur la santé d'une annonce faite de manière inappropriée peut se traduire par des effets somatiques liés à une mauvaise compliance au traitement, ainsi que par des complications psychologiques. Sur ce point, les conséquences psychologiques négatives les plus souvent citées dans la littérature sont d'ordre dépressif et anxieux.

Par ailleurs, le niveau d'anxiété et de dépression au moment de l'annonce du diagnostic est un élément essentiel à surveiller. En effet, il a été montré qu'un niveau important d'anxiété et de dépression, mesuré par l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, est hautement prédictif de la présence d'un syndrome anxieux ou d'un syndrome dépressif 6 mois plus tard.
(<https://sylvie.dolbeault.free.fr/Publication/Fichiers/SDoRP-CommKBrochur-2005.pdf>)

2. Symptômes psychiques de cancer du sein :

On estime à un quart le nombre de patientes présentant des symptômes de détresse psychologique sévère, quel que soit le type de traitement proposé. La prévalence des symptômes émotionnels est variable selon les origines socioculturelles et ethniques, ce qui est

à rapporter entre autres aux particularités culturelles des modes de soutien socio familial. À sévérité de la maladie égale, le niveau de détresse psychologique des patientes jeunes apparaît plus important que celui des patientes plus âgées. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P324).

Les symptômes d'anxiété les plus fréquemment retrouvés sont à type de pensées intrusives centrées sur la maladie (pouvant aller jusqu'à des états de stress posttraumatiques), d'anxiété anticipatoire avec ou sans évitement, de préoccupations anxieuses au sujet d'une rechute éventuelle. Un syndrome dépressif majeur est mis en évidence chez environ 10% des patientes. Il doit être systématiquement recherché devant des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une asthénie persistante.

La traduction comportementale d'affects anxieux ou dépressifs est également possible, surtout chez les patientes très jeunes, avec apparition de comportements inadaptés (mauvaise compliance, difficultés relationnelles, modification du comportement sexuel, prises de risque)... (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P324).

3. Cancer du sein et qualité de vie

Le cancer du sein marque pour la femme la rencontre entre deux mondes bien distincts : d'un côté le sein, organe symbolisant la vie puisqu'il renvoie à la maternité, à la féminité et à la sexualité. Entre sein maternel, érotique ou génital, cette partie du corps féminin a toujours été un objet universel de fascination, de vénération et d'exécration. De l'autre côté, la maladie, associée quant à elle à la mort.

L'expérience de la maladie et les effets secondaires des traitements (fatigue, altérations globales des capacités physiques, diminution de l'estime de soi, etc.) viennent altérer la qualité de vie des patientes dans ses dimensions physique, psychologique et sociale pendant les traitements, mais aussi une fois ceux-ci terminés.

En effet, les femmes atteintes de cancer du sein font face à des problèmes qui vont au-delà des effets physiologiques de la maladie. Ces difficultés incluent une diminution des capacités fonctionnelles, une fatigue chronique et des changements sociaux. L'ensemble de ces facteurs peuvent inhiber l'adaptation psychosociale et entraîner une réduction de la qualité de vie, et ce, durant plusieurs années après la fin des traitements. (Lantheaume. S et al, 2016, P02).

La maladie cancéreuse a une incidence sur les sphères physique, psychologique et sociale qu'il faut pouvoir réinvestir à la fin des traitements afin de s'ajuster aux effets secondaires toujours présents, retrouver des repères temporels et sociaux. Après que les patientes se sont

réfugiées dans les soins, la reprise d'une vie sans traitement est aussi le moment de l'élaboration de l'expérience du cancer. (Lantheaume. S et al, 2016, P03).

4. L'image de corps chez les femmes atteintes de cancer du sein :

Le cancer et ses traitements sont le plus souvent agressifs pour le corps et peuvent en 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 habiletés fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche, difficulté à aligner les bras) et effets secondaires de certains traitements (perte des cheveux, fatigue, décoloration de la peau).

Chez les femmes, les représentations du corps malade sont plus holistiques, moins limitées à l'affection et plus centrées sur sa composante esthétique. Pour les hommes, le corps est davantage décontextualisé, limité à ses fonctions biologiques, voire mécaniques.

Dans le cadre de la maladie cancéreuse, on peut relever le nombre relativement important de travaux effectués sur l'image corporelle et constater qu'ils concernent dans une large proportion le cancer du sein et, de fait, quasi systématiquement les femmes. Bon nombre de ces travaux témoignent des effets de la mastectomie sur le bien-être, l'activité sexuelle et l'image corporelle des patientes. Cette « centration » sur le cancer du sein fait de la mastectomie une illustration prototypique de l'enjeu associé à l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse.

Les femmes atteintes de cancer du sein peuvent avoir des niveaux de satisfaction corporelle supérieurs à ceux des hommes atteints de cancer ou à ceux des groupes témoins.

Certaines recherches prenant en compte l'orientation sexuelle des patientes ont montré le rôle joué par celle-ci sur le vécu du diagnostic du cancer du sein. Ainsi, les femmes homosexuelles souffriraient moins que les femmes hétérosexuelles de problèmes associés à l'image corporelle. (Dany.L et all, 2009, P 102-103).

5. Sexualité et fécondité chez les femmes atteintes de cancer du sein :

Aborder ces questions liées à la sexualité ou à la fécondité doit être proposé, que la femme vive ou non en couple, qu'elle ait ou non un désir d'enfant connu des soignants, qu'elle soit déjà ménopausée ou non. L'objectif est de prévenir en partie les troubles en considérant la patiente d'emblée dans l'intégralité de sa féminité. L'impossibilité de traiter efficacement un

symptôme ou un registre de problèmes ne doit surtout pas entraîner l'évitement de celui-ci, sa non-reconnaissance étant potentiellement encore pire. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P325)

Plus d'un tiers des patientes se plaignent d'une altération de leur vie sexuelle à un an du diagnostic. Plus d'un quart des couples rapportent des difficultés dans ce domaine, qui semblent liées :

- A des facteurs somatiques, majorés par la chimiothérapie ou l'hormonothérapie (sécheresse vaginale, bouffées de chaleur, prise de poids, mais aussi asthénie, nausées...).
- A des facteurs psychologiques parmi lesquels on retrouve au premier plan l'image de soi et la confiance en son corps, potentiellement investi comme objet de désir et de plaisir potentiel. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P325)

Mais également à l'existence de difficultés sexuelles ou conjugales antérieures.

Ces difficultés peuvent persister bien au-delà du temps des traitements. Si la bonne communication dans le couple ne suffit pas, une intervention conjugale est parfois utile pour permettre le retour à une vie sexuelle satisfaisante.

Devant une baisse de libido, on recherchera systématiquement un syndrome dépressif, parfois dénié ou peu visible chez une femme dont les charges nombreuses n'autoriseront pas la baisse d'activité dans la vie quotidienne. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P325).

L'abord systématique des enjeux liés à la fécondité est également important, sans forcément attendre le questionnement de la patiente, afin d'éviter les attentes ou les peurs inadaptées (risque d'aménorrhée définitive, possibilité de conception ultérieure, aide éventuelle à la procréation, peur d'une récidive du cancer lors d'une grossesse...).

Le cas de la découverte d'un cancer chez une patiente enceinte ou dans le post-partum confronte celle-ci à la nécessité de faire face à deux événements contradictoires, l'un générateur d'angoisse et d'un fort sentiment de vulnérabilité, l'autre nécessitant confiance en soi et projection dans le futur. L'accouchement souvent prématué et les éventuelles séparations de la mère et de l'enfant générées par le traitement seront autant de facteurs de risque supplémentaires pour une relation mère-bébé qu'il faudra quelquefois soutenir.

Enfin, la situation du conjoint, tiraillé entre un enfant à investir et une épouse à soutenir tout en remettant parfois en cause la projection dans le futur que représente, pour le couple, l'arrivée d'une descendance, peut s'avérer délicate. Tous ces éléments entraînent pour la

femme un risque accru d'épisodes dépressifs, qu'il faudra diagnostiquer sans retard malgré la focalisation sur l'état somatique et le contexte souvent dramatique. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P326).

6. Adaptation psychologique lors d'une affection cancéreuse :

L'adaptation psychologique vise à maintenir ou à restaurer l'intégrité physique et psychique modifiée par la maladie et ses conséquences multiples. À chaque stade de la maladie, les réactions psychologiques vont opérer une intégration complexe entre la mémoire du passé, la perception de la menace future et les diverses ressources disponibles, menant l'individu vers une adaptation psychologique ou vers un échec. Une détresse émotionnelle peut succéder à cette adaptation ou non-adaptation se traduisant par de l'anxiété et/ou une dépression. (Tassin.S et all, 2011, P 316).

L'expression d'adaptation psychologique fait référence aux niveaux de fonctionnements psychologiques, ceux-ci pouvant être excellents, bons ou mauvais. Cette notion considère aussi la variabilité temporelle et situationnelle du fonctionnement psychologique. On dira que l'adaptation psychologique est bonne lorsqu'elle renvoie à un fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental adapté à l'âge du sujet et à la situation vécue.

Ainsi la bonne adaptation pourra s'évaluer par l'intermédiaire de symptômes émotionnels, mais également dans d'autres domaines comme la qualité de la communication avec les médecins ou la famille, l'absence de troubles psychiatriques ou la perception de certains symptômes à caractère fonctionnel comme la douleur, la fatigue, les difficultés sexuelles. (Tassin.S et all, 2011, P 316).

7. La prise en charge psychologique :

La prise en charge psychologique permet aux patientes d'approfondir leur expression et d'évaluer leurs réactions à la situation. C'est un traitement qui s'ajoute aux traitements médicaux conventionnels visant à apporter au malade et à ses proches une meilleure qualité de vie ou de survie. Même si un soutien psychologique semble nécessaire à chaque patiente, il ne doit pas forcément s'agir d'un soutien psychothérapeutique.

L'objectif de l'ensemble des psychothérapies utilisées en psycho-oncologie est de diminuer la détresse émotionnelle et de favoriser l'ajustement à la maladie, aussi bien pour le patient que pour son entourage. (Tassin.S et all, 2011, P 318).

7.1La prise en charge psychologique doit allier :

- Un souci de prévention des troubles lorsque cela est possible (par exemple, le soutien apporté aux patientes mères de jeunes enfants pour les aider à parler avec eux de leur maladie peut prévenir d'importantes difficultés familiales).
- Une logique de dépistage précoce, d'autant plus importante chez la femme jeune que le retentissement social, professionnel ou familial peut être majeur (un syndrome dépressif mouvant par exemple être à la base d'un licenciement à la reprise du travail, de la perte du réseau amical et social, de la majoration de difficultés conjugales)
- Une prise en charge de la souffrance et des symptômes psychiques lorsqu'ils sont constitués. (Dauchy.S et Rouby.P, 2006, P324).

7.2Les outils thérapeutiques :

- L'approche psychopharmacologique : Deux grands syndromes psychiatriques sont souvent présents en oncologie : les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Une fois les troubles diagnostiqués, le psychiatre propose alors une aide médicamenteuse associée à une aide psychologique. (Ait-Kaci, F.2021, P 13).
- Il existe une grande variété de psychothérapies (approche émotionnelle, cognitive-comportementale, psycho-éducative...) et l'orientation vers l'une ou l'autre dépendra des indications de soins, des attentes et des demandes des patientes. (Tassin.S et all, 2011, P 318).
- L'approche cognitivo-comportementale : L'accompagnement s'appuie sur la clarification systématique des informations médicales, sur le soutien et le conseil.
- L'approche psychodynamique : Le but est d'aider le patient à ventiler ses émotions, à donner du sens à ses réactions et à explorer sa situation actuelle en fonction de son passé. Elle peut être aussi utilisée pour désamorcer des tensions et favoriser le dialogue entre le patient et sa famille.
- Les techniques de relaxation : Elles ont pour objectif de favoriser la détente et la verbalisation des sensations, d'agir sur les effets secondaires des traitements et de retrouver un certain contrôle du corps. (Ait-Kaci, F.2021, P 13).

Synthèse :

Les patientes font face à des réactions émotionnelles intenses, comme l'anxiété, la tristesse ou la culpabilité, souvent liées à l'image de soi et à l'incertitude face à la maladie. Le processus d'adaptation varie selon les individus, et fait intervenir différents mécanismes psychiques. Le rôle du soutien, qu'il soit familial ou thérapeutique, est essentiel pour accompagner ces femmes dans leur parcours et préserver leur bien-être psychologique.

Chapitre III

L'anxiété.

Préambule

L'anxiété se présente souvent de manière insidieuse, se glissant dans nos vies sans avertissement. Chaque personne la vit différemment, et malgré les efforts pour la définir, elle reste parfois difficile à exprimer de manière complète. Ce chapitre propose une exploration approfondie de cette expérience personnelle, en mettant en lumière les troubles liés à l'anxiété, ses causes, ses manifestations, les modèles théoriques qui l'expliquent, ainsi que les traitements psychologiques et médicamenteux disponibles.

1. Les définitions de l'anxiété :

L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjectif expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche elle est désagréable négative diriger vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace et inculte des symptômes corporels objectifs et manifestes.(Graziani.P, 2003, p 12).

Gary 1982 : définit l'anxiété comme un état de système nerveux conceptuel au central caractérisé par une activité du système comportemental inhibiteur.(Graziani.P, 2003, p 12).

L'anxiété est une émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler. Elle se transforme en peur face à un danger bien identifié. L'anxiété est accompagnée de modifications physiologiques et hormonales caractéristiques des états d'activation élevée et elle est souvent associée au comportement de conservation-retrait ou à des conduites d'évitement.(Doron. R et Part. F, 2011, P 48).

Pour P. Pichot (1987), 'l'anxiété (ou l'angoisse) est un état émotionnel fait sur le plan phénoménologique de trois éléments fondamentaux : la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une impuissance totale en face de ce danger. (Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011, P 70).

2. Aperçu Historique

L'anxiété existe sans doute depuis le début des temps et elle est considérée comme une émotion fondamentalement humaine et universelle qui se retrouve autant dans la littérature contemporaine, la musique, les arts et la religion, qu'en psychiatrie, en psychanalyse et en psychologie. Toutefois, sa conception a fortement varié selon les époques.

Le concept d'angoisse apparaît d'abord dans la littérature anglaise, vers la fin du XVIII^e siècle et, ensuite, dans la philosophie du XIX^e siècle. Les premières idées liées à l'anxiété nous ramènent particulièrement à Kierkegaard. Dans son ouvrage intitulé *Le Concept de l'Angoisse*, écrit en 1844, Kierkegaard fait déjà mention d'une différence entre l'angoisse et la crainte ou d'autres concepts semblables. Cette différence marque le point de départ de la philosophie existentialiste pour qui l'angoisse révèle le « néant » face auquel la personne anxieuse éprouve un mouvement de recul figé, où elle se sent à la fois « repoussée du dehors et expulsée du dedans vers le dehors ».

La psychanalyse constitue le deuxième courant de pensée qui a largement contribué à influencer les conceptions de l'angoisse. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1971), publié en 1936, Freud sera le premier à décrire trois formes d'angoisse au niveau du Moi : l'angoisse face au danger réel, (angoisse normale), les angoisses inconscientes qui se manifestent entre le Ça et le Moi (angoisse névrotique) et entre le Ça et le Surmoi (angoisse de conscience). Il est d'ailleurs celui qui aura apporté la plus grande contribution à la compréhension du concept de l'anxiété (*Beaumont.C, 1989, P7*).

Selon Freud, l'angoisse naît d'un danger, qu'il soit réel ou non, et ce danger évolue en fonction des divers stades de développement. Pour le nourrisson pourvu d'un Moi immature, le danger est associé à l'insatisfaction et à la détresse. Au cours de la petite enfance, c'est l'absence ou l'angoisse de la perte de l'objet. À la phase phallique, le danger lié à la séparation de l'objet génital sera à l'origine de l'angoisse de castration. Et, à la période de latence, le danger plutôt indéterminé donnera lieu à une angoisse de castration morale ou sociale (*Beaumont.C, 1989, P8*).

Par la suite, ces diverses phases relatives à l'évolution de la genèse de l'angoisse ont été développées par Mélanie Klein, René Spitz (angoisse d'abandon) et John Bowlby. Ce dernier est à l'origine de la théorie de l'attachement qui s'est principalement attardée à l'angoisse de privation associée à la séparation d'avec la mère ; angoisse qui serait à l'origine de graves troubles dont la persistance aboutirait à leurs irréversibilités.

Depuis le début du siècle, on a également assisté à une tentative de la part de plusieurs auteurs de faire la lumière sur la distinction marquant les diverses expressions des émotions : angoisse versus inquiétude (pouvant être vécue sans angoisse) ou peur (supposant la perception d'un réel danger). Les travaux visant à distinguer angoisse et anxiété se sont avérés peu concluants. Graduellement, la dichotomie angoisse-anxiété s'estompera et les auteurs

utiliseront tantôt l'un tantôt l'autre, presque comme des synonymes ; mais pas la dénomination de certaines problématiques, telles que l'angoisse de séparation. (*Beaumont.C, 1989, P8*)

Après la seconde guerre mondiale, psychologues, psychothérapeutes et thérapeutes sont conscients de l'importance de cette problématique dont les symptômes associés sont de plus en plus rencontrés chez les patients (Reynolds & Richmond, 1985). Durant cette même période, le concept de l'anxiété sera davantage l'objet de recherches scientifiques (conception et manipulation de l'anxiété comme variable de recherche) sous le cadre de référence des théories psychanalytiques (Davidson, Lighthall, Sarason, Waite, & Ruebush, 1960). En clinique, l'importante place accordée à l'anxiété, durant cette même période, est attribuable à l'influence philosophique de la phénoménologie et de l'existentialisme, de la théorie psychanalytique qui atteint son apogée et également à l'influence du concept de stress de Hans Selye qui associe l'accroissement de l'anxiété aux agressions du monde moderne.

Cependant, le début des années 60 marque l'amorce d'un intérêt pour les symptômes plus définissables et quantifiables, reléguant en arrière-plan l'intérêt pour l'anxiété psychique. Ce phénomène peut s'expliquer par un certain déclin du modèle psychanalytique où le concept de l'anxiété sera de moins en moins à la base de la nosologie. D'ailleurs, le DSM III fera supplanter le concept de névrose au profit des états anxieux et, par la suite, des troubles anxieux (DSM III-R et DSM-IV). On observe également un souci pour le développement de critères diagnostiques plus discriminants. En outre, l'émergence des thérapies comportementales contribuent à mettre davantage l'accent sur les peurs et les phobies au lieu de l'anxiété psychique. (*Beaumont.C, 1989, P 9*)

3. L'anxiété du normal au pathologique :

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres : physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété joue un rôle fondamental dans la construction de notre personnalité et notre adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire

face à la performance, aux épreuves et l'agression. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance. À partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. (Dominique.S, 2022, p 21).

Elle traduit nos peurs les plus profondes : tomber malade, mourir, perdre un être cher, mais aussi être abandonné, échouer ou voir nos désirs et nos attentes ne pas aboutir.

L'anxiété est partagée par beaucoup ; très peu de gens disent ne pas la connaître. Cependant, elle est diversement vécue. Certains dérivent depuis toujours une nature anxieuse ; pour d'autres, l'anxiété apparaît à un moment de leur vie. Si, pour certains, elle est tout à fait gérable et ne survient que lorsqu'il existe une menace réelle dans leur vie, pour d'autres, on peut parler d'anxiété pathologique.(Dominique.S,2022,p 21)

4. Les états de l'anxiété :

4.1 L'anxiété-trait :

Est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément, la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants.

L'anxiété-trait constitue le terrain de vulnérabilité sur lequel se déroule le quotidien du sujet. Elle est une sorte de filtre qui amène le sujet à évaluer un événement considéré neutre par la plupart des gens, comme anxiogène. L'anxiété-trait, pathologique ou pas, à cause de la souffrance que, souvent, elle engendre, peut occuper la place du stresseur chronique et être en soi à l'origine d'expériences émotionnelles stressantes.(Graziani.P, 2003, p 11)

4.2 L'anxiété-état :

Est une émotion transitoire caractérisée par un 'arousal' physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. (Graziani.P, 2003, p 12).

5. Diagnostic des troubles anxieux :

Le diagnostic est essentiel pour le clinicien afin de guider sa prise en charge. En effet, chaque trouble anxieux répond à des traitements spécifiques. Leur dépistage est souvent difficile par le fait que les patients n'évoquent pas toujours leurs symptômes et que les plaintes physiques sont souvent au premier plan. Il importe, quelle que soit la pratique

(généraliste ou spécialisée), d'adopter une démarche diagnostique structurée qui n'exclut en rien une attitude globale d'écoute et de soutien du patient.

Comme le souligne Pelissolo (2002), « l'anxiété fait partie du registre émotionnel normal de l'être humain, et son caractère éventuellement pathologique doit être évalué à partir de critères diagnostiques aussi précis que possible. Il existe en effet de véritables « maladies de l'anxiété », qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le temps de leurs manifestations et par leur retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel par exemple, etc.). Il s'agit d'états différents des états dépressifs, même si leur coexistence est possible chez certains patients ». (Dominique.S, 2012, p79).

6. Les symptômes de l'anxiété :

6.1 Les symptômes comportementaux :

-L'inhibition anxieuse : le patient est apeuré, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certains états aigus une véritable stupeur psychomotrice.

-L'inhibition psychomotrice : peut-être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée qui ne saurait tromper, ou par des comportements compensatoires de prestance qui peuvent plus facilement faire illusion.

-Un certain **degré d'agressivité** peut être retrouvé dans le discours de l'anxieux, voire dans son comportement en cas d'anxiété aiguë.(Besançon.G, 2016, P39).

Ainsi, par **la mimique** et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage (quand l'anxiété est permanente) ou, dans des circonstances plus particulières, à des phénomènes de groupe (peurs collectives, mouvements de foules).

Enfin, à côté de ces symptômes caractéristiques, une certaine tristesse modérée, fluctuante, est habituelle chez de nombreux patients anxieux. (Besançon.G, 2016, P39).

6.2 Symptômes somatiques :

Ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tous correspondent en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome, soit :

- Au niveau cardio-vasculaire :** tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de « faire un infarctus »), modifications labiles de la tension artérielle ;
- Sur le plan respiratoire :** les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé » ;
- Dans la sphère digestive :** sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;
- Au niveau génito-urinaire :** pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme) ;
- Sur le plan neuromusculaire :** tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de « tension », tremblements, sursauts, paresthésies, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;
- Sur le plan vaso-moteur :** hypersudation parfois profuse, pâleur, bouffées vaso-motrices.(Besançon.G, 2016, P40).

7. Les facteurs de l'anxiété :

7.1 Facteur génétique

Les études familiales suggèrent que les patients souffrant de troubles anxieux présentent de manière assez homogène des facteurs favorisant de nature génétique. Dans une méta-analyse sur l'épidémiologie génétique du trouble panique, du TAG, des phobies et des TOC, un risque de trouble anxieux de 4 à 6 fois supérieur, selon le trouble, était trouvé lors de la présence du trouble chez un parent de premier degré . Cette même agrégation familiale a été trouvée entre générations, avec les enfants de parents anxieux présentant des niveaux d'anxiété supérieurs à la moyenne et vice versa.

Les facteurs génétiques semblent particulièrement présents dans certaines phobies telles que celles de l'eau, des animaux et du vide. Pour les phobies, ainsi que le TAG et le trouble panique, les études de jumeaux suggèrent que l'agrégation familiale des cas s'explique plus par la génétique que par l'environnement familial. (Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 125, 126).

7.2 Inhibition comportementale

Cette terminologie d'« inhibition comportementale » a été utilisée pour décrire le tempérament d'enfants qui répondaient aux visages inconnus ou aux situations nouvelles par la peur, la réticence ou le retrait.

Des études longitudinales ont montré que la présence de ce tempérament durant l'enfance pouvait prédire le développement de troubles anxieux à l'âge adulte et plus particulièrement de la phobie sociale.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 126).

7.3 Traitement de l'information

Des biais dans le traitement de l'information et biais attentionnels en lien avec la peur mais surtout biais dans l'interprétation de situations ambiguës, pourraient être des facteurs de vulnérabilité pour le développement des troubles anxieux.

Les biais attentionnels sont surtout mis en évidence chez le grand enfant. Concernant les biais d'interprétation, les enfants en âge préscolaire qui donnent des fins « négatives » aux histoires présentaient plus de symptômes anxieux un an après que le groupe contrôle. (Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 126).

7.4 Facteurs environnementaux

7.4.1 Événements de vie

Un nombre considérable d'études souligne l'impact des événements de vie négatifs dans l'étiologie des troubles anxieux. La survenue inattendue d'un ou de plusieurs événements de vie négatifs jugés importants augmenterait notamment le risque de développer un TAG. Une grande proportion des personnes ayant un TAG associe le début de leur trouble à un événement de vie précis. Il existe, chez les hommes, une association positive entre le nombre d'événements de vie négatifs vécus durant la dernière année et la fréquence du TAG.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 126).

7.4.2 Problèmes familiaux

Les problèmes familiaux, considérés comme des « facteurs de stress chroniques », sont parmi les facteurs environnementaux principaux susceptibles de contribuer au développement et au maintien des troubles anxieux. Les études se sont intéressées à l'environnement familial et en particulier aux :

- Conflits avec et entre les parents.
- Les parents d'abus verbaux, physiques ou sexuels pendant l'enfance, l'alcoolisme du père, la toxicomanie des parents,
- La perte ou la séparation des parents pendant l'enfance seraient tous des facteurs de risque, notamment pour le TAG, chez l'adulte.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 126).

8. Les formes de l'anxiété selon le DSM-5 :

8.1 Anxiété de séparation

Selon le DSM 5 le sujet atteint d'une anxiété de séparation manifeste une peur ou une anxiété concernant la séparation d'avec ses figures d'attachement à un degré inapproprié du point de vue développemental. Il s'agit d'une peur ou d'une anxiété persistante qu'il arrive quelque chose de mal aux figures d'attachement, que des événements conduisent à en être séparé ou à les perdre, et d'une réticence à s'en éloigner avec en plus des cauchemars et des symptômes physiques de détresse. Bien que les symptômes se développent souvent dans l'enfance, ils peuvent également se manifester chez l'adulte. (Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 237)

8.2 Le mutisme sélectif

Le mutisme sélectif est caractérisé par une incapacité régulière à parler dans des situations sociales dans lesquelles l'enfant est supposé parler (p. ex. à l'école), bien qu'il parle dans d'autres situations. L'incapacité à parler a un retentissement significatif sur la réussite scolaire ou professionnelle, ou interfère avec la communication sociale.(Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 237)

8.3 Une phobie spécifique

Les sujets ayant une phobie spécifique sont anxieux ou ont peur d'objets ou de situations bien définis ou les évitent. Ce trouble n'est pas caractérisé par un raisonnement cognitif spécifique comme c'est le cas dans d'autres troubles anxieux. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont presque toujours immédiatement induits par la situation phobogène de manière persistante et disproportionnée par rapport au risque véritablement présent. Il existe différents types de phobies spécifiques : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, situationnel et autres situations. (Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 238)

8.4L'anxiété sociale (phobie sociale)

Dans l'anxiété sociale (phobie sociale), le sujet est anxieux ou a peur ou évite les interactions sociales et les situations qui impliquent la possibilité d'être observé. Cela inclut des interactions sociales telles que les rencontres avec des personnes non familières, les situations dans lesquelles le sujet peut être observé en train de manger ou de boire et les situations de performance dans lesquelles l'individu se trouve face aux autres. Le raisonnement cognitif est caractérisé par la crainte d'être jugé négativement par les autres, d'être embarrassé, humilié ou rejeté, ou d'offenser les autres. (Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 238)

8.5Trouble panique

Dans le trouble panique, le sujet fait l'expérience d'attaques de panique récurrentes et inattendues et présente des préoccupations ou une inquiétude persistante d'avoir de nouvelles attaques de panique, ou il modifie son comportement de manière inadaptée du fait des attaques de panique (p. ex. évitement de l'exercice ou de lieux non familiers). Les attaques de panique sont des montées soudaines de peur intense ou de malaise intense qui atteignent leur acmé en quelques minutes, accompagnées de symptômes physiques et/ou cognitifs.

8.6Agoraphobie

Les sujets présentant une agoraphobie sont anxieux et ont peur de deux ou plus des situations suivantes : utilisation des transports publics, se trouver dans des espaces ouverts, se trouver dans des lieux clos, se trouver dans une file d'attente ou dans une foule, se trouver seul en dehors de la maison dans d'autres situations. Le sujet craint ces situations car il pense qu'il est difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de type panique ou d'autres symptômes gênants. Ces situations induisent presque toujours de la peur ou de l'anxiété, sont souvent évitées ou requièrent la présence d'une autre personne.

8.7L'anxiété généralisée

Les caractéristiques principales de l'anxiété généralisée sont une anxiété excessive et persistante ainsi qu'une inquiétude à propos de domaines variés, y compris les performances scolaires ou professionnelles, que le sujet trouve difficile à contrôler. De plus, la personne éprouve des symptômes physiques comme de l'agitation, une sensation d'être tendu ou énervé, le fait de se fatiguer facilement, des difficultés à se concentrer ou des passages à vide, une irritabilité, une tension musculaire et des perturbations du sommeil. (Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 238)

8.8 Le trouble anxieux induit par une substance/un médicament

Le trouble anxieux induit par une substance/un médicament implique une anxiété induite par l'intoxication par une substance, par le sevrage d'une substance ou par un traitement médicamenteux.

8.9 Le trouble anxieux dû à une autre affection médicale

Dans le trouble anxieux dû à une autre affection médicale, les symptômes anxieux sont la conséquence physiologique d'une autre affection médicale. (Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux, 2013, p 238)

9. Les modèles théoriques de l'anxiété :

9.1 Le modèle psychanalyse :

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

La première théorie (1895) est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du Surmoi), soit par insatisfaction (privation, coït interrompu) ;

La deuxième théorie (1926) est génétique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer Laplanche (Besançon.G, 2016, P 46).

9.1.1 Les quatre modèles de l'anxiété :

a- Angoisse névrotique

L'angoisse névrotique proprement dit n'a pas une cause immédiate mais il y a des conflits infantiles. Elle est due au refoulement d'une représentation intolérable et sur refoulement et double. Il est en effet différent pour la représentation et pour les fêtes qui lui est lié. La représentation elle-même répondit dans l'inconscient disparaît de la conscience alors que l'énergie qui lui était lié et transformer en angoisse.

Les formes d'anxiété sont liés à des conflits inconsciente et que leur traitement relevé de la méthode psychanalytique, c'est-à-dire de la mise à jour d'ici conflits refusé au cours d'une analyse.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 37).

b- L'angoisse actuelle :

L'angoisse actuelle relevé d'un mécanisme différent elle n'est pas liée, avons-nous vu, à des conflits dans l'enfance, mais est due à une insatisfaction sexuelle actuelle entraînant une stase de la libido qui se transforme en angoisse. Des en 1894 dans une lettre à son ami W.Fliess il lui soumet cette conception.

Dans son dernier travail sur l'anxiété en 1932 il y en revient : « une excitation libidinale et provoquer mais non satisfaite, non utilisé, à la place de cette libido déviée de son utilisation surviennent alors l'anxiété. Je me suis même cru autoriser à dire que cette libido insatisfaite se transformait directement en angoisse ».

Hongroise traumatique et du une situation qui provoquait chez le sujet un afflux d'exister qu'il ne peut maîtriser si le phénomène bien connu de la réaction psychique.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 37).

c- L'angoisse traumatique :

L'angoisse traumatique et due à une situation qui provoquait chez les sujets un afflux d'excitation qu'il ne peut maîtriser. C'est le phénomène bien connu de la réaction psychique à une menace souvent brusquement et devant laquelle le sujet se sente désemparée.

Freud il appelle l'énergie lié la tension psychique à laquelle le sujet attribue en cause, établissant ainsi une lésion entre la tension pénible et une représentation. L'énergie libre et celle que le sujet ne peut réaliser a aucune représentation.

Si un sujet a une représentation claire d'une menace de sa nature de ces modalités de sa force il pourra évaluer sa gravité son urgence et envisager des actions de protection. Il sera moins angoisse que s'il ignorait toutes ses caractéristiques le menace mystérieuse et massive créer une anxiété et immatrisable, c'est l'attaque de panique.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 38). :

d- L'angoisse devant un danger :

L'angoisse devant un danger réel a comme l'angoisse précédente une cause externe et sont différencier par le fait que le sujet identifié ce qui est le met en danger. Cette identification

dépendent de l'expérience du sujet expérience insuffisante avec des manques d'information ou expérience douloureuse de situation traumatisante.(Boulenger. (J.PH) et Lépine. (J.P), 2014, P 38).

9.2Le modèle comportementalisme :

Les deux types de conditionnement, celui d'Ivan Pavlov et celui de Burrhus Skinner, ont permis de proposer des modèles pour la compréhension et le traitement des troubles anxieux

Le conditionnement pavlovien repose sur les séquences suivantes : il faut qu'existe déjà un réflexe « inconditionnel » (par exemple, la salivation d'un chien à la vue d'une boulette de viande), auquel on associe un autre stimulus dit « conditionnel » (par exemple, un son de cloche). Le conditionnement skinnérien ne repose pas sur un réflexe déjà établi mais sur la réponse à un comportement : quelle que soit une activité, si elle a un effet agréable le sujet aura tendance à la répéter (c'est le renforcement positif), si elle a un effet désagréable il aura au contraire tendance à l'éviter (c'est le renforcement négatif). (Dominique.S,2012,p 30)

Ces deux types de conditionnements peuvent s'associer ; ainsi, par exemple dans les phobies, le soulagement que le sujet éprouve en évitant le stimulus renforce sa tendance à l'évitement.

9.2.1 Le modèle de Mowrer (1960) :

Mowrer (1960) propose une théorie en deux phases dite « théorie des deux facteurs ». L'anxiété, et particulièrement les phobies, serait acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant. Ce dernier type de conditionnement fait appel à la notion de renforcement. Un comportement dont les conséquences sont positives est positivement renforcé, à l'inverse des émotions désagréables entraînant un renforcement négatif. En outre, l'absence de renforcement mène à l'extinction du comportement. Selon la théorie de Mowrer, au cours d'un événement traumatisique, un stimulus neutre (une situation, un objet, un animal) est fortuitement associé à un stimulus inconditionnel aversif (la douleur) et, ainsi, provoque lui-même la peur. Par la suite, le sujet évite l'objet phobogène et renforce négativement sa peur, c'est-à-dire la maintient.(Dominique.S,2012,p 30)

9.2.2 modèle de Joseph Wolpe (1958) :

Joseph Wolpe (1958), à partir de l'hypothèse que les phobies, et plus généralement les névroses, correspondent à une réponse émotionnelle conditionnée, propose le premier traitement comportemental par désensibilisation systématique. Cette technique est basée sur le

principe de l'inhibition réciproque. Il propose d'inhiber la réponse physiologique en utilisant une réponse « incompatible à l'anxiété » comme la relaxation. Par l'apprentissage de ce nouveau comportement se produit un contre-conditionnement. Dans ce processus, une réponse alternative à l'anxiété ou à la peur est associée systématiquement au stimulus provoquant l'anxiété pour remplacer la réponse émotionnelle inadaptée.(Dominique.S,2012,p 30)

9.3Le modèle cognitif :

D'un point de vue plus cognitif, l'anxiété est présente là où le sujet perçoit un danger ou une menace. Elle est le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affects face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologiques. Des degrés modérés d'anxiété se sont révélés jouer un « rôle tampon » face à divers stresseurs. L'anxiété facilite ainsi l'adaptation, même si elle est déplaisante : elle mobilise les ressources physiques et psychologiques pour faire face à ce qui menace le sujet, ce qui peut permettre des changements bénéfiques et faciliter le développement psychologique. Avant tout, elle nous protège, favorisant la mise en place d'attitudes de défense. Elle a donc un rôle motivant dans la vie de tous les jours.(Graziani.P, 2003, p 10).

On distingue deux modèles cognitifs de Beck (1984) et Young (1990) :

9.3.1 Le modèle cognitif de Beck de traitement de l'information spécifique à l'anxiété :

Beck (1984) reprend le modèle interactionnel de Lazarus (1966) et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Les stimuli sont nocifs s'ils sont interprétés comme tels par le sujet. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé pour mettre en place tel ou tel autre comportement..(Graziani.P, 2003, p 10).

9.3.2 Modèle des schémas cognitifs de Young :

Dans la perspective d'une approche dimensionnelle de la personnalité, Jeffrey Young (1990) a proposé une conception de la personnalité à partir de la théorie des schémas cognitifs. Des schémas dysfonctionnels précoces se mettent en place durant l'enfance, guident

la structuration de la personne et s'étendent à toute sa vie. Ils ont une fonction adaptative et se structurent à partir des besoins de l'enfant lors de son développement (les besoins principaux sont d'être reconnu, encouragé et aimé, de se sentir en sécurité, de pouvoir exprimer ses sentiments et ses désirs, d'accéder à l'autonomie et à la confiance en soi). Si ces besoins ne sont pas comblés, les schémas sont activés et peuvent mener à des pathologies. Les schémas décrits par Young peuvent être assimilés à des traits ou des dimensions de la personnalité activés chez chacun de façon variable et correspondante à une histoire singulière (cf. encadré ci-dessous).

Une étude montre que chez des sujets présentant des troubles anxieux l'ensemble des schémas précoce est activé comparativement à des témoins. (Dominique.S,2012,p 20)

10.L'anxiété et la maladie de cancer

Les phénomènes anxieux observés en cancérologie rendent compte d'une grande richesse clinique renvoyant des niveaux d'analyse sensiblement différents qu'il importe de bien discriminer et d'expliquer en vue de mieux comprendre leur incidence sur la santé.

Notons en outre que l'anxiété est qualifiée de pathologique lorsqu'elle cause des perturbations significatives (détresse psychologique, sidération de la pensée, altération de la qualité de vie et du bien-être, baisse d'estime de soi, désadaptation, repli sur soi, etc.), lorsqu'elle tend à s'intensifier et à se pérenniser, lorsqu'elle semble disproportionnée au regard des risques biomédicaux réellement encourus ou fausse leur appréciation, ou encore, lorsqu'elle tend à perdurer malgré les réassurances médicales. C'est notamment le cas déroutant de l'anxiété résiduelle observée chez certaines femmes après une mammographie ou chez les individus ayant eu recours à un test génétique de dépistage de la polyposse recto colique familiale n'ayant décelé rien d'anormal. L'anxiété liée au cancer peut de surcroît conduire à adopter des comportements d'évitement à visée contrepophobique lorsqu'elle est massive, chronique et/ou difficilement gérable. Elle décourage par exemple l'usage du dépistage préventif et amène à adopter des comportements à risque favorisant la carcinogenèse (tabagisme, etc.) (Bridou.M et Aguerre.C, 2010, P 27).

Il convient en outre de distinguer les manifestations anxieuses en lien avec des peurs bien identifiées (peur de la maladie, des traitements, des conséquences du cancer, de la souffrance, de la mort, etc.) de l'anxiété anticipatoire (peur d'avoir peur), plus diffuse et moins centrée sur un objet phobogène, caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes, voire des soucis pathologiques.

- Le premier type d'anxiété : considéré ci-avant serait plutôt de nature réactionnelle, généré par la confrontation brutale à un danger réel ou imaginé. Il est par exemple couramment observé au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, sachant qu'il s'agit d'une expérience extrêmement angoissante, pouvant parfois donner lieu à un véritable état de stress post-traumatique. Les aspects contraignants et pénibles des traitements pour le cancer et leurs effets secondaires indésirables (douleur, fatigue, perte de cheveux, etc.) peuvent également être redoutés.
- Le second type d'anxiété : résulte plutôt d'un profond sentiment d'incertitude et d'imprévisibilité face à l'avenir, prégnant chez les personnes en attente fébrile de diagnostic, mais aussi chez les cancéreux en phase de rémission et les « survivants » (comme on les appelle communément dans la littérature scientifique) qui peuvent avoir constamment l'impression de vivre avec une « épée de Damoclès » suspendue au-dessus de leur tête, symbolisant leur peur de la récidive.

Cette dernière prend fréquemment la forme d'une anticipation anxiuse de scénarios catastrophiques hypothétiques, plus ou moins probables, qui pourraient s'actualiser si la maladie réapparaissait. Les sujets d'inquiétudes portent autant dit principalement sur les conséquences négatives éventuelles d'une récidive cancéreuse (souffrance physique et morale, déchéance et dépendance physique, déliquescence des liens sociaux, mort, peine causée aux proches, etc.). Il s'agit en oncologie de l'une des formes d'anxiété les plus délétères sur le plan psychologique et l'une des plus souvent rapportées, à des degrés divers, chez les patients les plus réticents à l'idée de guérir quel que soit le type de cancer qu'ils présentent (Bridou.M et Aguerre. C, 2010, P 27).

11.La prise en charge :

Il existe maintenant des interventions psychologiques (et pharmacologiques) efficaces pour les troubles anxieux. Des progrès immenses ont été réalisés dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux au cours des vingt dernières années. (Ladouceur. R et all, 1999, p 05)

11.1 Les traitements pharmacologiques (les médicaments) :

Parmi les médicaments on distingue :

- **Codéine** : soulagé la douleur et calme la toux non productive
- **Inhibiteurs calciques** : stabilise l'angine de poitrine et réduit l'hypertension
- **Antiulcériens** : traitement des ulcères.
- **Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (ISRS)** : traitement de la dépression, de l'anxiété, et de la boulimie.
- **Statine** : réduction de taux de cholestérol
- **Bêta-bloquants** : réduit l'angine de poitrine et l'hypertension artérielle, traite les dysrithmies.
- **Anti arthritiques et anti inflammatoire** : traitent l'arthrite et la douleur.
- **Benzodiazépines (BZD) (classe d'anxiolytiques)** (Elliott. H et Smith. L et all ,2009, p 50.51)

11.2 Le traitement psychologique (Les psychothérapies) :

11.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Les TCC intègrent donc des techniques comportementales et celle du traitement de l'information. Souvent, la thérapie consiste à utiliser des techniques cognitives combinées avec des techniques comportementales.

Comme nous l'avons déjà précisé la thérapie cognitive au comportementales et on prise en charge structurée qui se baser sur une approche scientifique de la psychopathologie. (Graziani.P, 2003, p 84 85).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'approche thérapeutique la plus étudiée et la plus répandue pour le traitement des troubles anxieux. Elle s'est révélée particulièrement efficace et, en raison de ses chances de succès, elle est recommandée comme méthode de traitement privilégiée par les sociétés savantes du monde entier. La TCC se base sur l'hypothèse que les troubles anxieux sont maintenus par des schémas de pensée négatifs et déformés ainsi que par des comportements d'évitement. La thérapie vise à modifier ces schémas de pensée et à réduire les comportements d'évitement, de sorte que les personnes concernées apprennent à maîtriser leur anxiété et à reprendre le contrôle de leur vie. (Ferguson. L et all, 2024, P 79).

a. Les techniques thérapeutiques :

La prise en charge thérapeutique consiste à choisir les techniques les plus pertinentes pour atteindre l'objectif d'une réduction de l'anxiété et la résolution de trouble anxieux, les techniques les plus courants en TCC :

- les techniques d'exposition :**

Un groupe de technique utilisé sur fond sur le principe d'exposition au stimulus anxiogène. Il s'agit d'un munir le patient à se confronter au stimuler qui provoquant chez lui du l'anxiété et en même temps d'éviter la mise en place du comportement de fuite au d'évitement.

- L'exposition graduelle in vivo :**

Se fond sur l'exposition de passion à une hiérarchie du stimulus anxiogène. Ensuite on exposait le sujet un stimulus qui provoque une anxiété. La confrontation avec le stimulus anxiogène et la constatation qu'aucune ne catastrophe ne s'est produit permettant l'extinction de la capacité anxiogène du stimulus.

- L'exposition gardienne en imaginaire :**

Reprendre la même procédure que l'exposition in vivo, mais à la place de frontière en réel les situations, l'individu les affronte on imaginaire.

- La désensibilisation systémique :**

La procédure de cette technique et d'abord de construire une hiérarchie dissimuler anxiogène, puis un repère les stimuli capable dîner libre l'anxiété. Wolpe utiliser la relaxation progressive de Jacobson comme stimulus inhibiteur de l'anxiété la relaxation permet d'obtenir une hypotonie musculaire et d'autres modifications physiologiques un antagoniste à celle de l'anxiété. Une autre technique fréquemment employé et celle de Schultz appeler « training autogène ». La désensibilisation in vivant repose sur le même principe que celle en imagination mais ici le sujet offre progressivement les situations réelles utilisant en même temps des stratégies de relaxation.

- L'implosion et l'immersion :**

La technique de l'implosion confronte le sujet une imaginaire directement aux situations les plus anxiogènes tandis la technique d'immersion le fait dans la réalité. (Graziani.P, 2003, p 95. 96).

- **La restriction cognitive :**

C'est une technique qui vise à modifier directement les pensées dysfonctionnelles et les distorsions cognitives qui provoquant un vécu stressant. Le thérapeute et le patient repéré avec précision les croyances automatiques qui surgissant pendant les transactions stressant afin de les discuter, de les modifier et de les remplacer par des idées plus souple rationnel et adapté.

- **L'affirmation de soi**

Les techniques d'affirmation de soi sont les plus pertinentes pour diminuer l'anxiété chez des patients qui présentant une anxiété importante dans les situations sociales des difficultés à communiquer et un déficit d'affirmation de soi.

Elles sont particulièrement indiquées pour résoudre des difficultés dû à une inhibition sociale et ou en difficulté des compétences sociales. S'affermir ne vont pas dire agresser autrui mais exprimer ses émotions ses pensées et ses comportements de façon adaptée. Pour résoudre ces difficultés le thérapeute cognitivo comportementales proposer des programmes sur l'auto-observation, restriction cognitive, les jeux de rôle enregistrés sur une vidéo, le modeling, l'assignation de tâches et la relaxation. (Graziani.P, 2003, p 97).

11.2.2 La relaxation

Elle permet d'agir sur la réponse physiologique à l'anxiété en diminuant l'activité du système sympathique. On retrouve trois grandes techniques de relaxation :

1. **La relaxation simple** qui consiste en une détente des muscles supérieurs (au niveau du visage, des épaules et des bras) et une respiration contrôlée, lente et abdominale.
2. **Le training autogène du docteur Schultz** : il utilise le principe de l'autohypnose, se pratique en position allongée et se décompose en cinq phases :
 - Pesanteur : visualisation mentale des muscles en train de se détendre avec impression de lourdeur,
 - Chaleur : impression de chaleur douce liée à l'augmentation de la circulation sanguine,
 - Organique : concentration sur les organes internes,
 - Appareil cardiaque : prendre conscience du rythme cardiaque,
 - Respiration : concentration sur sa respiration jusqu'à ce qu'elle devienne ample et régulière.

3. La relaxation musculaire progressive du Docteur Jacobson : elle commence par un repos allongé sur le dos de 10 minutes. Puis le patient va contracter un muscle et se concentrer sur cette tension. Ensuite, il cesse l'effort et se focalise sur la nouvelle sensation de relâchement musculaire. Le patient répète l'exercice pendant 30 minutes par contractions successives. De séance en séance, le thérapeute progresse à travers tout le corps, jusqu'à ce que le patient obtienne un contrôle et une relaxation généralisée. (Delbary. (C.L), 2017, P 125.126)

11.2.3 La thérapie psychodynamique :

Les approches thérapeutiques psychodynamiques visent à identifier et à traiter les causes inconscientes de l'anxiété. La mise en évidence et le traitement progressifs de ces conflits inconscients sont au cœur de la thérapie. Pour ce faire, on utilise une multitude de techniques thérapeutiques qui aident les personnes concernées à prendre conscience des sentiments et des conflits refoulés et à les intégrer. (Ferguson. L et all, 2024, P 107).

La thérapie psychodynamique ne vise pas seulement la réduction des symptômes, mais aussi une compréhension plus profonde des causes émotionnelles et psychologiques du trouble anxieux. En prenant conscience et en traitant les conflits inconscients et les émotions refoulées, les personnes concernées peuvent mieux comprendre leur anxiété et apprendre à la gérer de manière saine. (Ferguson. L et all, 2024, P 109).

Synthèse :

L'anxiété, qui constitue une réaction naturelle face aux dangers perçus, joue un rôle crucial dans la survie en aidant l'individu à réagir face aux menaces. Toutefois, lorsqu'elle devient excessive ou persistante, elle peut nuire à la santé mentale et physique. Il est primordial de comprendre les origines et les manifestations de l'anxiété afin de mieux cerner ses effets dans différents contextes et de mettre en place des méthodes adaptées pour la gérer de manière efficace.

Partie pratique.

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La méthodologie de la recherche occupe une place essentielle dans toute étude scientifique, car elle constitue le fil conducteur qui oriente le chercheur tout au long de son travail. Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord le cadre de l'étude, en décrivant le lieu de recherche ainsi que la population ciblée. Nous exposerons ensuite les différentes méthodes adoptées pour mener l'enquête, ainsi que les techniques spécifiques employées pour la collecte et l'analyse des données.

1. La pré-enquête :

Elle est une phase primordial, d'investigation, préliminaire, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient, fiables, renseignées, argumentées et justifiées.

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

La pré-enquête est une étape importante, dans le cadre de notre recherche sur l'état d'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, nous à mener une pré-enquête à l'association TUDERT, située à Amizour, Bejaia, qui se consacre à l'accompagnement des femmes atteintes de maladies cancéreuses. La première étape a été de contacter la responsable de l'association, avec qui nous avons échangé. Par son intermédiaire, nous avons pris contact avec la psychologue de l'association afin de lui présenter en détail notre thème de recherche. Nous avons eu une discussion approfondie sur les objectifs de notre étude, axée sur l'état d'anxiété des femmes confrontées à un cancer du sein.

Suite à cet échange, nous avons eu l'opportunité de rencontrer plusieurs femmes faisant partie de l'association, toujours dans le respect du consentement éclairé de chacune. Cette pré-enquête s'est avérée précieuse pour enrichir notre démarche, nous offrant une meilleure compréhension du terrain et de l'expérience vécue par ces femmes. Bien que cette étape soit importante, elle a apporté une valeur ajoutée à notre travail, notamment en nous permettant de tester nos approches et de préparer nos futurs entretiens cliniques. Grâce à cette première exploration, nous avons également pu formuler des hypothèses préliminaires, qui orienteront la suite de nos investigations.

2. La méthode de recherche :

2.1 La méthode clinique :

Dans notre recherche, nous allons suivre la méthode clinique, qui nous guide vers une compréhension approfondie et personnalisée des cas étudiés, en nous concentrant sur l'individualité des sujets, plutôt que de viser des résultats généralisables.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Le spécifique de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>).

2.2 L'étude de cas :

L'étude de cas comme méthode de recherche est approprié pour la description l'explication la prédition et le contrôle de processus inhérente à divers phénomènes individuel au collectif.

La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment. L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses. La prédition cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements, ou les évènements.

Enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements des individus. Bien sûr, une combinaison de ces quatre finalités est tout à fait possible.

Les premiers de grandes forces de l'étude de cas comme méthode de recherche est de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La deuxième, elle, offre, la possibilité de développer des paramètres historique. La troisième est d'assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Ce sont ces forces qui en fort une méthode convenant à tout sortes de contextes et quelles que soient les caractéristiques du chercheur.(Canon, Y.C, 2012, P. 2-3).

2.3 La méthode qualitative :

La recherche qualitative est tout type de recherche qui produit des résultats qui ne sont pas obtenus par des procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification. (Lejeune. C, 2019, P.21).

La recherche qualitative en sciences humaines et sociales a comme but premier de comprendre des phénomènes sociaux (des groupes d'individus, des situations sociales, des représentations...). Comprendre, c'est en produire les sens. Il s'agit, selon la tradition de recherche influencée par les travaux de Dilthey, de rendre compte de la réalité sociale telle qu'elle est vraiment vécue et perçue par les sujets ou telle qu'elle se déroule dans les institutions. (N'DA. P, 2015, P. 22).

La recherche qualitative recourt à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers (étude de cas, observation, analyse qualitative de contenu, entretien semi-structuré ou non structuré, etc.). Il ne fournit pas d'emblée des données chiffrées. Ses analyses peuvent se borner à être des descriptions, des énumérations ou déboucher sur des classifications, sur l'établissement de nouveaux liens entre des variables, sur des comparaisons.

Dans la recherche qualitative, le chercheur part de l'expérience (la sienne ou celle des autres), relève des situations typiques d'un phénomène à étudier, les analyse pour les comprendre (produire les sens), en tire si possible les concepts constitutifs et formule une théorie enracinée.

La recherche qualitative se fonde sur une démarche plutôt empirico-inductive le plus souvent, parfois déductive voire hypothético-déductive (et falsificationniste). La recherche quantitative emprunte une démarche hypothético-déductive (et falsificationniste) même si elle n'écarte pas a priori la possibilité d'une démarche inductive.(N'DA. P, 2015, P. 22).

3. Présentation de lieux de la recherche :

Nous avons effectué notre stage au sein de l'association TUDERT, créée le 28 juin 2015 à Ex SNTV Amizour, 06008 Bejaia, par des cadres de la santé, de la solidarité et de la société civile, accompagne les personnes atteintes de cancer dans leur prise en charge multidisciplinaire. Elle vise à apporter aide et assistance aux malades, à renforcer la solidarité pour une meilleure prise en charge, à sensibiliser la population sur le cancer et à collaborer avec les autorités locales pour lutter contre la maladie. L'association assure le transport des

patients (ambulance ou VSL), organise les rendez-vous de radiothérapie, établit des conventions avec des cliniques privées, propose des soins infirmiers à domicile, une prise en charge psychologique, ainsi que la mise à disposition de matériel médical en cas de besoin.

4. Population d'étude et les caractéristiques de la recherche :

Dans le cadre de notre recherche, nous avons étudié huit cas cliniques. Cette étude s'est appuyée sur des critères de sélection jugés essentiels (Critères d'homogénéité), tandis que d'autres éléments n'ont pas été retenus (Critères de non-pertinents) comme déterminants dans la constitution de notre population d'étude.

○ Critères d'homogénéité :

- Les participantes sont exclusivement de sexe féminin.
- Elles sont âgées entre 30 et 60 ans.
- Elles ont toutes été diagnostiquées avec un cancer du sein.
- Elles présentent des signes d'anxiété liés à leur maladie.

○ Critères de non-pertinents pour cette étude :

- La Situation matrimoniale (mariée, célibataire, divorcée, veuve).
- La Situation professionnelle (en activité, sans emploi, au foyer, retraitée, etc.)
- La durée de puis le diagnostic de la maladie.
- Le type de traitement médical suivi.

Tableau N° 01 : Caractéristique de population de l'étude.

Cas	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'étude	profession
Mme J	45 ans	Célibataire	Non scolarisée	Couturière Et femme de ménage
Mme Z	55 ans	Mariée	Non scolarisée	Femme au foyer
Mme K	39 ans	Mariée	Terminale	Femme au foyer

Mme A	34 ans	Célibataire	Diplômée en droit	Avocate
Mme S	46 ans	Mariée	4 éme Année	Femme au foyer
Mme C	34 ans	Mariée	Non scolarisée	Femme au foyer
Mme N	43 ans	Célibataire	Baccalauréat	Sans profession
Mme H	55 ans	Mariée	Non scolarisée	Femme au foyer

5. Les outils d'investigation :

5.1 L'entretien clinique :

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. (<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>).

L'entretien peut être Défini dans un premier temps, comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes.

L'entretien est synonyme de conversation discussion ou dialogue, terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. Il utilise par les psychologues cliniciens afin de viser à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. (Bénony, H et Charhaoui, K, 1999, P.13).

Parmi les trois types de l'entretien, nous avons choisi l'entretien semi directif comme un outil d'évaluation dans notre recherche.

5.1.1 L'entretien semi-directif :

Le second type est l'entretien semi-directif qui a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit par exemple d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance, ou d'une expertise psychologique dans le cadre d'un conflit familial ou d'une affaire judiciaire, ou encore d'un entretien préliminaire à un examen psychologique général. (Chouvier. B et Attgui. P , 2016, p. 46)

5.1.2 Attitude du clinicien lors de l'entretien :

Selon les objectifs la manière d'aborder l'entretien peut varier mais qu'elles que soient ses modalités, un certain nombre de règles technique restent stables par exemple l'attitude du clinicien (respect, neutralité et empathie)

- L'attitude clinique relevée d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet (respect les moments des silences, les arrêts, les discontinuités, les associations).
- Un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le Clinicien ne doit pas formuler de jugement, critique ou de désapprobation à l'égard du sujet, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour laisser s'exprimer librement.
- La dernière dimension de l'attitude clinique est la comprendre de manière exact le monde intérieur du sujet dans sorte d'appréhension intuitive. (Bénony, H et Charhaoui, K, 1999, P20).

5.1.3 Présentation de guide d'entretien :

Le guide d'entretien semi-directif comprend aussi les axes thématiques à traiter. Le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas

posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Bénony, H et Charhaoui, K, 1999, p.69).

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons conçu un guide d'entretien qui servira de fil conducteur pour recueillir les témoignages des femmes atteintes d'un cancer du sein. Cet outil est essentiel pour orienter la discussion tout en laissant suffisamment de liberté aux participantes pour partager leur vécu et leurs ressentis de manière authentique.

Le guide est structuré en cinq grands axes qui couvrent différents aspects de leur expérience :

- **Axe I : Les informations personnelles** : le premier axe concerne les informations personnelles, afin de mieux comprendre le contexte de chaque participante.
- **Axe II : Les informations sur la maladie** : le deuxième axe explore leur parcours face à la maladie, du diagnostic aux traitements suivis.
- **Axe III : Le quotidien avec la maladie** : le troisième axe s'intéresse à leur quotidien depuis l'apparition de la maladie, et aux changements éventuels dans leur vie de tous les jours.
- **Axe IV : L'anxiété** : le quatrième axe porte sur l'anxiété, pour saisir l'impact émotionnel et psychologique de la maladie.
- **Axe V : Relation d'objet** : le cinquième axe aborde la qualité des relations avec l'entourage et les professionnels de santé.

Chaque question a été pensée pour favoriser une expression libre et spontanée, tout en permettant de recueillir des données précises et pertinentes pour notre recherche. Ce guide est donc un outil clé qui nous aidera à mieux comprendre l'expérience intérieure de ces femmes face à la maladie.

5.2 L'échelle d'évaluation d'anxiété de Hamilton (HAM-A) :

1. Définition de l'échelle d'évaluation d'anxiété de Hamilton :

Développée en 1959 par le Dr Max Hamilton, l'échelle s'est avérée utile non seulement pour le suivi de patients individuels, mais également dans la recherche impliquant de nombreux patients. (Leahy, L.G et Kohler, C.G, 2013, p. 431).

L'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (HAM-A) comprend 14 éléments, chacun défini par une série de symptômes, et mesure à la fois l'anxiété psychologique (agitation mentale et détresse psychologique) et l'anxiété somatique (plaintes physiques liées à l'anxiété). (Marshall, B et al, 2025, p. 88).

2. La catégorie d'âge :

Patients âgés de 18 ans et plus. (Marshall, B et al, 2025, p. 88).

3. L'objectif de l'échelle d'anxiété de Hamilton :

La principale valeur d'HAM-A est d'évaluer la réponse du patient à un traitement, plutôt que de l'utiliser comme outil de diagnostic ou de dépistage. En administrant l'échelle en série, un clinicien peut documenter les résultats d'un traitement médicamenteux ou d'une psychothérapie.

L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) est un outil largement utilisé et bien validé pour mesurer la gravité de l'anxiété d'un patient. (Leahy, L.G et Kohler, C.G, 2013, p. 431).

4. La durée de passation :

Prend 15 à 20 minutes pour terminer l'entretien et noter les résultats. (Leahy, L.G et Kohler, C.G 2013, p. 431).

5. La passation de l'échelle :

Le (HAM-A) sonde 14 paramètres et Chaque élément est noté sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (très sévère).

- 0 = Absent.
- 1 = Léger.
- 2 = Modéré.
- 3 = Sévère.
- 4 = Très sévère.(Leahy, L.G et Kohler, C.G, 2013, p. 431).

6. La consigne :

« Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours. »

7. Instructions de notation :

Additionnez les scores des 14 paramètres

- 14-17 : Anxiété légère
- 18-24 : Anxiété modérée
- 25-30 : Anxiété sévère. (Leahy, L.G et Kohler, C.G, 2013, p. 431).

2. Présentation de 14 items de l'échelle :

Tableau N°02 : Présentation de 14 items de l'échelle.

Les 14 items	Le score par items (0-4)
1. Humeur anxieuse : Inquiétude, anticipation du pire, appréhension, irritabilité.	
2. Tension nerveuse : Sentiment de tension, fatigabilité, réaction de sursaut, facilement ému aux larmes, tremblements, sentiment d'agitation, incapacité à se détendre.	
3. Craines : De l'obscurité, des inconnus, de l'abandon, des animaux, de la circulation, la foule.	
4. Insomnie : Difficulté d'endormissement, sommeil fragmenté, sommeil non réparateur et fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes.	
5. Intellectuelle : Difficulté de concentration, problèmes de mémoire.	
6. Humeur dépressive : Manque d'intérêt, absence plaisir associé aux loisirs, dépression, réveil précoce, fluctuations dimes de l'humeur.	

7. Symptôme Somatique (Musculaire) : Douleurs et courbatures, contractions, raideurs, secousses myocloniques, grincement de dents, dysphonie, hypertonie.	
8. Symptôme Somatique (sensoriels) : Acouphènes, vision floue, sueurs froides et bouffées de chaleur, sensation de faiblesse, sensation de fourmillements.	
9. Symptômes cardiovasculaires : Tachycardie, palpitation, oppression thoracique, pulsations vasculaire, sensation d'évanouissement, extrasystoles.	
10. Symptômes respiratoire : Oppression ou constriction thoracique, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée.	
11. Symptômes gastro-intestinaux : Dysphagie, flatulence, douleurs abdominales, sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, borborygmes, selles liquides, perte de poids, constipation.	
12. Symptômes génito-urinaires : Miction fréquentes, miction impérieuses, aménorrhée, ménorragie, début de frigidité, éjaculation précoce, perte de libido, impuissance.	
13. Symptômes du système nerveux autonome : Xérostomie, bouffées vasomotrices, pâleur, tendance à transpirer, vertiges, céphalées de tension, chair de poule.	
14. Comportement durant l'entretien : Signe d'impatience, agité(e) ou fait les cent pas, mains tremblantes, sourcils froncés, visage crispé, soupir ou respiration rapide, pâleur du visage, déglutition, etc.	

(<https://def.psychiatryufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>)

6- Le déroulement de l'enquête :

Notre étude a été menée au sein d'une association. Après avoir obtenu l'accord du président de cette dernière, nous avons pris contact avec le psychiatre, à qui nous avons présenté notre sujet de recherche, avant de commencer la sélection des participants.

L'enquête s'est déroulée du 3 mars au 16 avril auprès de huit participants âgés de 30 à 60 ans.

Nous avons constitué cet échantillon après avoir obtenu le consentement éclairé des personnes concernées. Ces dernières ont été informées des objectifs de la recherche, et nous leur avons garanti la confidentialité des données recueillies. À la suite de ces explications, ils ont accepté de participer à l'étude

7- Les difficultés rencontrées

1. Accès aux participantes :

Il a été compliqué de trouver des femmes prêtes à participer, en raison de la sensibilité du sujet et de leur état de santé.

2. Disponibilité des participantes :

Les rendez-vous ont parfois dû être reportés ou annulés, en raison de traitements médicaux ou de fatigue.

3. Neutralité du chercheur :

Rester neutre face à des récits douloureux a été parfois difficile, surtout sur le plan émotionnel.

4. Gestion du stress personnel :

La pression liée à la réalisation du mémoire, combinée à la nature du sujet, a généré du stress pour nous en tant que chercheur.

8- Les limites de la recherche :

1. Échantillon réduit :

Le nombre de participantes reste limité, ce qui restreint la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes atteintes d'un cancer du sein.

2. Temps de recherche limité :

Le délai imparti pour mener cette étude n'a pas permis d'explorer certains aspects plus en détail, comme l'évolution de l'anxiété sur le long terme.

3. Variabilité individuelle :

Chaque femme vit la maladie de façon unique, ce qui rend difficile une comparaison standardisée entre les cas.

4. Limites documentaires :

L'accès à certaines sources scientifiques récentes ou spécialisées a été limité, notamment en psychologie clinique.

Synthèse :

À travers ce chapitre, j'ai exposé les choix méthodologiques qui ont guidé ma recherche, depuis la sélection de l'approche jusqu'aux outils utilisés pour recueillir et analyser les données. Chaque décision a été prise en cohérence avec les objectifs de l'étude, afin d'assurer une exploration rigoureuse du phénomène étudié. Cette démarche méthodique n'est pas une simple étape technique, mais un véritable fil conducteur qui structure l'ensemble de la recherche. Elle permettra, dans la suite du travail, de donner du sens aux résultats obtenus et de répondre de manière fondée à la question posée.

Chapitre V

*Présentation, analyse des résultats et discussion des
hypothèses*

Préambule

La présentation et l'analyse des résultats constituent une étape essentielle dans toute recherche. Dans ce chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats obtenus à partir des cas que nous avons étudiés.

Après avoir exposé notre problématique de recherche ainsi que les objectifs visés, nous avons rencontré plusieurs femmes atteintes de cancer du sein qui ont accepté de participer à notre étude.

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de l'anxiété :

Mme J

1.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme J :

Madame J est une femme de 45 ans, célibataire. Avant l'apparition de sa maladie, elle travaillait comme couturière dans un atelier, puis comme femme de ménage pendant cinq mois. Elle se trouve actuellement sans emploi.

1. Les informations sur la maladie :

Madame J a été diagnostiquée avec un cancer du sein il y a 8 mois. Elle a très mal vécu l'annonce du diagnostic, réagissant par une forte anxiété et un stress intense elle dit : « *Ur lliy ara trajuy lxbar am waya, truy, irna tqlaqy, oggedy attas amek ara yethdrou.* » (*Je ne m'attendais pas à cette nouvelle, j'ai pleuré et j'ai peur de ce qui va m'arriver.*) Elle a subi une intervention chirurgicale suivie d'un traitement d'hormonothérapie. Elle rapporte rencontrer plusieurs difficultés dans la gestion de sa maladie, notamment liées aux coûts financiers et aux problèmes de transport pour accéder aux soins. Malgré cela, elle reste régulière dans ses rendez-vous médicaux et le suivi post-traitement, ce qui montre une certaine discipline et conscience de l'importance des soins.

2. Le quotidien avec la maladie :

La vie quotidienne de Madame J est profondément bouleversée par la maladie. Elle confie que ses priorités et ses objectifs de vie ont complètement changé, ce qui la rend encore plus anxieuse elle dit : « *kolci ibdel fli.* » (*Ma vie a complètement changé.*) Elle ressent une fatigue persistante après le traitement et décrit des sensations physiques désagréables, notamment une

sensation de brûlure à l'intérieur du corps comme elle nous dit : « *Tusyey, d-xelyiw ryey, asmi ad ssug d wanni.* » (Je ressens une sensation de brûlure dans mon corps). Elle est envahie par des pensées liées à la maladie, aussi dit : « *wissen ma dhluy ? Wissen ma adkmly ithm3ictiw aka ?* » (Est-ce que je vais guérir ? Est-ce que je peux continuer ma vie comme avant ?) Ces interrogations traduisent une angoisse existentielle et une grande incertitude sur l'avenir.

3. L'anxiété :

Madame J dit : « *ih t9l9y fshaynu dunithiw amk aythdrou.* » (Je me suis inquiétée pour ma santé et pour ce qui allait se passer.) Elle s'inquiète constamment pour sa santé et son rétablissement, souffre de palpitations, maux de tête, troubles de la concentration comme elle nous dit : « *ass mara adxmemay f lehlak ay iqrhiyi ogroyiw, oliv ykath, thiswiein ur zmiry ara ad smektiy yef tamsa.* » (Quand je pense à cette maladie, je ressens des maux de tête, des palpitations et des difficultés à me concentrer sur une tâche précise.)

Elle rapporte une perturbation marquée du sommeil : endormissements tardifs, réveils nocturnes, et pensées obsédantes sur la maladie. Avant ses consultations, elle ressent une forte tension émotionnelle, craignant que les résultats révèlent une rechute. Même si elle ne fuit pas les soins médicaux, elle évite parfois d'écouter des discussions sur le cancer, ce qui interprété comme une stratégie d'évitement anxieux dit : « *Ur zmiry ara ad sekkney iseywan-iw, maca kra n tikkelt mi-sley kra n imdanen ad mmeslayen yef lhlak n lqanser, ad rney ad ffey.* » (Je ne peux pas éviter mes rendez-vous, mais lorsque j'entends certaines personnes parler du cancer, j'évite et je fuis la conversation.)

4. Relation d'objet :

Sur le plan relationnel, Madame évoque des relations ambivalentes avec ses proches. Certains l'entourent et la soutiennent, mais d'autres s'éloignent, ce qui accentue son sentiment d'isolement. En revanche, elle affirme avoir établi une relation de confiance avec son équipe médicale. Elle se sent écoutée, comprise et bien accompagnée, ce qui constitue un facteur de résilience important dans son parcours de soin.

1.1.2 Résumé des données d'entretien de cas Mme J :

Madame J, 45 ans, célibataire et sans emploi depuis son diagnostic de cancer du sein il y a 8 mois, souffre d'une forte anxiété liée à la maladie. L'annonce du cancer a provoqué chez elle un choc émotionnel intense. Elle rencontre des difficultés financières et logistiques pour accéder aux soins, mais reste assidue dans son suivi médical.

Elle décrit un profond bouleversement de sa vie, accompagné de symptômes somatiques (fatigue, palpitations, maux de tête) et de troubles psychiques (angoisse, troubles du sommeil, pensées obsessionnelles). Bien qu'elle évite certaines discussions sur le cancer, elle entretient une relation de confiance avec le personnel soignant. Sur le plan relationnel, elle se sent soutenue par certains proches, mais aussi isolée par l'éloignement d'autres.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme J :

L'entretien avec Madame J met en évidence une anxiété marquée, apparue dès l'annonce du diagnostic de cancer du sein. Cette anxiété se manifeste à plusieurs niveaux. Sur le plan émotionnel, elle décrit une peur intense, une angoisse constante quant à l'avenir, et une grande inquiétude pour sa santé. Elle exprime des pensées obsessionnelles liées à la maladie et à la possibilité de rechute, traduisant une anxiété anticipatoire.

Sur le plan somatique, Madame J présente des symptômes typiques : palpitations, maux de tête, fatigue persistante, troubles du sommeil (endormissement difficile, réveils nocturnes) et difficultés de concentration. Comporte mentalement, elle adopte des stratégies d'évitement face aux discussions sur le cancer, bien qu'elle reste rigoureuse dans le suivi médical.

1.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton :

Tableau N° 03 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°01

Dimension	Nombre d'items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique :				
1- Humeur anxiouse	07	03: sévère	0 - 21	Anxiété Modérée
2- Tension nerveuse		04 : très sévère		
3- Craintes		01: Léger		
4- Insomnie		03: sévère		
5- Intellectuelle		04: très sévère		
6- Humeur dépressive		02: Modéré		

7- Somatique (Musculaire)		04 : très sévère		
II- Anxiété somatique :	07		0 - 17	Anxiété
8- Somatique (sensoriels)		03: sévère		Légère
9- Symptômes cardiovasculaires		04 : très sévère		
10- Symptômes respiratoire		02: Modéré		
11- Symptômes gastro- intestinaux		04 : très sévère		
12- Symptômes génito- urinaires		01: Léger		
13- Symptômes du système nerveux autonome		00 : pas du tout		
14- Comportement durant l'entretien		03: sévère		
Score Total	14 items		0 - 38	38 : anxiété très sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de Mme J :

D'après les résultats de Mme J à l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton, son score est de 38, ce qui suggère une anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme J :

D'après les données qui on a obtenues dans l'entretien et les résultats de l'échelle on trouve que Mme J, met en lumière une anxiété sévère déclenchée principalement par l'annonce du diagnostic de cancer du sein. Cette anxiété se manifeste à travers une forte réactivité émotionnelle, des symptômes somatiques marqués et des comportements

d'évitement. La peur de l'avenir, les pensées obsessionnelles de rechute, et les troubles physique associés traduisent un état d'alerte constant, impactant profondément sa qualité de vie.

Le score élevé à l'échelle d'anxiété de Hamilton (38) confirme la gravité de son état anxieux.

Mme Z.

2.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme Z:

Mme Z est une femme de 55 ans, mariée depuis 12 ans, sans enfants. Elle est atteinte d'un cancer du sein depuis un an.

1. Les informations sur la maladie :

Mme Z décrit son expérience du diagnostic comme un choc émotionnel profond, aggravé par une erreur médicale. Elle dit : « *Assemi helkay lahlaka yi uyaley ur xedmay ara lamane gsbiṭar ney ad ssley ismiss thussuy ilaxdae* » (*Quand j'ai appris ma maladie, j'ai eu l'impression que tout m'échappait. Je ne pouvais pas faire confiance à l'hôpital, ni même entendre le nom de l'établissement sans me sentir envahie par un sentiment de trahison.*) Cette perte de confiance a fortement influencé son vécu du diagnostic, accentuant le rejet de l'institution médicale et un sentiment de colère qui persiste. Les traitements, particulièrement la chimiothérapie, ont eu des effets physiques et émotionnels lourds. Les effets secondaires, comme la fatigue intense, les nausées et la perte de cheveux, se sont ajoutés à son anxiété générale, rendant ses journées encore plus difficiles.

Le rejet de l'hôpital par Mme Z pourrait compromettre son suivi médical. Elle admet : « *Tehusuy s laqriḥ assma ar uyaley yer sbiṭar nni. Kul ma qley, iṭṭetfi-yi lexuf.* » (*J'ai de plus en plus de mal à retourner à l'hôpital pour mes contrôles. Chaque visite ravive cette peur, et je me demande si je dois vraiment y retourner.*) Ce sentiment de rejet affecte la régularité de ses consultations, compromettant potentiellement son suivi à long terme.

2. Le quotidien avec la maladie :

Le quotidien de Mme Z est profondément marqué par sa maladie. Un sentiment d'épuisement physique et émotionnel, alimenté par les traitements, a transformé sa routine et sa perception des priorités. La peur est omniprésente dans son discours. Elle confie : « *Ur teħamaley ara ad ruħey yer sebitar. Tagadey ani id tenkwaley seg yides, tetħtruy tagadey. Aħnej ayi ay diqel ddewa nni ur texd̥dem ara.* » (*Je ne supporte plus l'idée d'aller à l'hôpital, ni de parler de la maladie. Ça m'angoisse au point de me réveiller en pleurs la nuit. J'ai peur que le cancer revienne, que les traitements ne suffisent pas...*) Cette peur, exacerbée par son expérience médicale traumatisante, renforce son sentiment d'insécurité et d'impuissance.

3. L'anxiété :

L'avenir est une source constante d'anxiété pour Mme Z. Elle partage : « *Texmimay accu ad yedrun, mala ad iliy daggi. Iseggassen id yeteddun.* » (*Je pense constamment à ce qui va se passer, si je vais m'en sortir, si je serai encore là dans quelques années.*) L'incertitude autour de sa santé et du pronostic engendre un stress quotidien. Les manifestations physiques de cette anxiété sont marquées : « *Seeiy laqrih nettiwa, laqrih uqerruy, ulliw iggar aṭṭas.* » (*J'ai souvent des douleurs dans le dos, des maux de tête et des palpitations. C'est comme si mon corps était toujours en alerte.*) Ces symptômes psychosomatiques traduisent l'impact du stress sur son bien-être.

Les consultations médicales sont une épreuve. Elle dit : « *Uqbel qd seeadiy, tagadey ayen aydifyen, ayen aydhären.* » (*Avant chaque rendez-vous, je suis terrifiée. J'ai peur des résultats, peur de ce qu'on va me dire.*) L'attente devient un moment de vulnérabilité. Mme Z évite certains lieux liés à sa maladie. Elle dit : « *Ur zmirey ara ad uyaley yer sebitar bla ma hussey ilexalea. Ur zmirey ara ad ruhey bbla laqrih nni deg lestomaynu.* » (*Je ne peux plus retourner à l'hôpital sans être envahie par une sensation de panique. Je n'arrive plus à y aller sans avoir cette boule dans l'estomac.*) Cet évitement traduit un mécanisme de défense contre le traumatisme vécu. Les troubles du sommeil sont fréquents. Elle dit : « *Yanney nek, tewaqrahey, tenkalyed tameddit. Texmimay f lahlakiw, f ddewa nni. Twurugey amzun ur zmirey ad seħbsay anecht ayi.* » (*Je dors mal, je me réveille souvent pendant la nuit, je pense à ma maladie, aux traitements, et je fais des cauchemars. C'est comme si je n'arrivais pas à couper avec tout ça.*)

4. Relation d'objet :

Les interactions de Mme Z avec ses proches sont tendues. Son anxiété et son rejet des soins perturbent ses relations. Elle se sent isolée et incomprise, incapable de partager pleinement ses émotions. Elle dit : « *Ula dassemi ayteiwinen, teħussuy ur twaqbley ara ayen sseddayey, amzun yiwen ur yezri.* » (*Même quand ils essaient de m'aider, je me sens rejetée. C'est comme si mes souffrances étaient invisibles aux yeux des autres.*) Cette distanciation émotionnelle renforce son sentiment de solitude, malgré la présence physique de ses proches.

2.1.1 Résumé des données d'entretien de cas Z :

Mme Z, 55 ans, atteinte d'un cancer du sein depuis un an, présente une anxiété marquée et persistante, étroitement liée à son expérience médicale. Une erreur au moment du diagnostic a altéré sa perception du système de soins, engendrant un rejet de l'hôpital et une

perte de confiance. Cette anxiété se manifeste psychologiquement (peur constante, anticipation négative, difficulté à se projeter), physiquement (palpitations, douleurs, troubles du sommeil), et comportementalement (évitement des lieux médicaux). Les relations sociales sont également touchées : Mme Z se sent incomprise, isolée, et incapable de partager son vécu, ce qui accentue son mal-être et sa solitude.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme Z :

L'anxiété de Mme Z est omniprésente et étroitement liée à son vécu du cancer. Le diagnostic, marqué par une erreur médicale, a provoqué une perte de confiance envers les professionnels de santé et alimenté une peur constante. Cette anxiété se traduit par des troubles physiques, un évitement des soins, des troubles du sommeil, ainsi qu'un repli sur soi. Elle se sent isolée et incomprise, ce qui renforce son mal-être psychologique et son sentiment d'abandon face à la maladie.

2.3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme Z :

Tableau N° 04 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas N°02

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxieuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique	07	03: sévère 02: Modéré 02: Modéré 03: sévère 03: sévère 01: Léger 03: sévère	0 – 17	Anxiété Légère

(Musculaire)				
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes respiratoire 11- Symptômes gastro-intestinaux 12- Symptômes génito-urinaires 13- Symptômes du système nerveux autonome 14- Comportement durant l'entretien	07	03 : sévère 02 : Modéré 03 : sévère 01 : Léger 01 : Léger 00 : pas du tout 02 : Modéré	12	Anxiété Légère
Score Total	14		29	Anxiété sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme Z :

Madame Z a obtenu un score de 29 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, indiquant un état d'anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme Z :

L'évaluation clinique de Madame Z met en évidence un état d'anxiété sévère, confirmé par un score de 29 à l'échelle d'anxiété de Hamilton. Son anxiété est profondément enracinée dans son expérience du cancer, aggravée par une erreur médicale ayant généré une perte de confiance envers le corps médicale. Ce contexte anxiogène se manifeste par des symptômes physiques, des troubles du sommeil, un évitement des soins et un isolement social marqué.

Mme K

3.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme K :

Mme K, âgée de 39 ans, est mariée et mère d'un enfant. Elle a un niveau d'études de terminale et ne travaille pas actuellement.

1. Les informations sur la maladie :

Elle a été diagnostiquée avec un cancer du sein il y a un mois. Lors de l'annonce de sa maladie, elle a ressenti un véritable choc. Actuellement, elle se prépare à subir une chirurgie après avoir terminé le traitement permettant de retirer la tumeur. Mme K exprime une grande peur et beaucoup d'émotions à propos de ce qui pourrait arriver après l'opération. Elle confie en pleurant : « *Thosuy imaniw daey g dunith ayi* », ce qui peut être interprété comme (*j'ai perdu ma confiance en la vie dans ce monde*). Elle suit néanmoins ses rendez-vous médicaux avec sérieux.

2. Le quotidien avec la maladie :

Elle affirme que la maladie a profondément bouleversé sa vie. Depuis qu'elle a appris qu'elle était malade, elle se sent constamment stressée, anxieuse et angoissée. Elle dit : « *Khley irna tqlqy bezzaf mi iydanen belli adxedmy aprasyon ogady* », ce qui signifie : (*J'ai très peur quand je pense que je vais faire l'opération très bientôt.*)

3. L'anxiété :

Mme K rapporte avoir des pensées très négatives concernant sa santé. Elle s'inquiète beaucoup de son avenir, de l'évolution de sa maladie et de son état de santé. Elle souffre également de bouffées de chaleur, de maux de tête fréquents et de difficultés de concentration. Elle explique : « *Ur zmiry ara ad koncentriy ge atass lhwayj, lhsab itroh leqliw g xmam* », c'est-à-dire : (*Je n'arrive plus à me concentrer sur certaines tâches, mon esprit est submergé par les pensées.*)

Elle mentionne aussi ressentir une boule dans la gorge, accompagnée d'une perte d'appétit. Son sommeil est perturbé ; elle dit : « *Ogany ara bien thiswiein, olac nudam ikl* », signifiant : (*Je ne dors plus bien, je n'arrive pas à fermer l'œil.*) Concernant ses ressentis avant les consultations médicales, elle parle de bouffées de chaleur, de palpitations, et décrit une peur intense pendant l'attente des résultats. Elle confie : « *Akomtidiniy sah qlqy bzaf qrib ayfy leql* », ce qui pourrait être traduit par : (*Cela me fait vraiment peur, je sens que je suis proche de perdre la tête.*)

4. Relation d'objets :

Malgré toutes ces difficultés, Mme K indique qu'elle entretient de bonnes relations avec ses proches, notamment sa famille, qui lui apporte du soutien. Elle dit également avoir une bonne relation avec l'équipe soignante, se sentant écoutée et comprise.

3.1.1 Résumé des données d'entretien de cas K :

Mme K, âgée de 39 ans, mariée et mère d'un enfant, a été récemment diagnostiquée avec un cancer du sein. L'annonce de la maladie a provoqué chez elle un choc émotionnel intense. Depuis, elle se trouve dans un état d'anxiété généralisée. Elle exprime des peurs persistantes concernant l'opération à venir, l'évolution de sa maladie et son avenir, ce qui la plonge dans une angoisse quotidienne.

Mme K rapporte des symptômes physiques liés à l'anxiété : bouffées de chaleur, maux de tête, palpitations, troubles du sommeil, ainsi qu'une sensation de boule dans la gorge accompagnée d'une perte d'appétit. Elle souligne également des troubles cognitifs comme une difficulté de concentration et des pensées envahissantes, souvent négatives.

Elle décrit une peur intense avant les consultations médicales et une grande nervosité lors de l'attente des résultats, au point de se sentir proche de la perte de contrôle mental. Malgré cela, elle reste assidue dans son suivi médical et bénéficie d'un bon soutien de la part de ses proches et de l'équipe soignante. L'anxiété de Mme K se manifeste donc à la fois sur les plans émotionnel, somatique et cognitif, et affecte considérablement sa qualité de vie depuis le diagnostic.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme K :

Mme K, 39 ans, récemment diagnostiquée avec un cancer du sein, présente un état d'anxiété important. Elle vit dans la peur constante de l'opération et de l'évolution de sa maladie. Cette anxiété se manifeste par des troubles du sommeil, des maux de tête, une boule dans la gorge, des difficultés de concentration et des pensées négatives récurrentes. Bien qu'elle reste régulière dans son suivi médical, elle souffre émotionnellement, surtout avant les consultations et en attendant les résultats. Elle est néanmoins soutenue par ses proches et son équipe soignante.

3.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme K :

Tableau N° 04 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme K

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : <ul style="list-style-type: none"> 1- Humeur anxieuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire) 	07	03 : sévère 02 : Modéré 02 : Modéré 04 : très sévère 03 : sévère 02 : Modéré 03 : sévère	19	Anxiété Modérée
II- Anxiété somatique : <ul style="list-style-type: none"> 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes respiratoire 11- Symptômes gastro-intestinaux 12- Symptômes génito-urinaires 13- Symptômes du système nerveux autonome 14- Comportement durant l'entretien 	07	03 : sévère 03 : sévère 01 : Léger 02 : Modéré 00 : pas du tout 02 : Modéré 03 : sévère	14	Anxiété Léger

Score Total	14		33	Anxiété Très sévère
--------------------	-----------	--	-----------	--

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme K :

L'évaluation de Madame K à l'aide de l'échelle d'Hamilton révèle un score de 33, permettant de la situer dans la catégorie d'anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme K :

En somme, Mme K présente un état d'anxiété sévère en lien avec son diagnostic récent de cancer du sein. Son vécu émotionnel est marqué par une peur constante de l'intervention chirurgicale et de l'évolution de la maladie, avec des manifestations somatiques cognitives significatives telles que des troubles du sommeil, des maux de tête, une boule dans la gorge, des difficultés de concentration et des pensées négatives récurrentes.

Le score de 33 obtenu à l'échelle d'Hamilton confirme cliniquement cet état d'anxiété sévère.

Mme A

4.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme A:

Madame A est une femme célibataire, âgée 34 ans, diplômée en droit et exerçant le métier d'avocate.

1. Les informations sur la maladie :

Elle a été diagnostiquée d'un cancer du sein il y a trois mois. L'annonce du diagnostic a été extrêmement difficile à vivre pour elle. Elle a d'abord refusé d'accepter la réalité de la maladie, se sentant choquée, abattue et profondément triste. Elle pleurait fréquemment et exprimait son désarroi par la phrase suivante : « *Dyn niy asen d yi thebs d unith yur-i ad mthy* » (*ce jour-là, j'ai dit que ma vie s'était arrêtée pour moi et que j'allais mourir.*) Ce qui témoigne de l'effondrement qu'elle a ressenti. Le traitement qu'elle suit est la chimiothérapie, mais ce dernier a engendré chez elle une forte phobie, notamment à cause de la chute de ses cheveux, qu'elle a vécue comme une atteinte à son image et à sa féminité. Elle a déclaré : « *Mam lxdmayno hbsayt, ur zmiry ara ad ruhay aka y uxeddin-iw. Tqlqy atas, uyaley tugady la chimio ayi.* » (*J'ai arrêté de travailler, je ne pouvais pas aller au travail dans cet état. J'étais très anxieuse et j'ai commencé à avoir peur de cette chimiothérapie.*) Ce témoignage met en lumière une forte détresse psychologique et une angoisse anticipatoire à chaque séance de traitement.

2. Le quotidien avec la maladie :

Depuis le début de sa maladie, elle a cessé de travailler régulièrement, se disant profondément triste, abattue, anxieuse, et incapable de reprendre ses activités normales. Elle affirme que sa vie a totalement changé, que ses priorités et ses objectifs ont été bouleversés, et qu'elle n'a plus la force de poursuivre ses projets.

3. L'anxiété :

Elle ressent une anxiété constante, nourrie par des pensées négatives et envahissantes concernant l'évolution de sa maladie, son avenir et sa santé. Cette anxiété se manifeste par des symptômes physiques tels que des palpitations fréquentes, des maux de tête, des douleurs musculaires, ainsi qu'une oppression dans la gorge. Elle présente également des troubles cognitifs légers, comme des oubli et des difficultés de concentration, liés à ses ruminations mentales. Chaque consultation médicale devient une épreuve, provoquant une phobie et une angoisse importante, surtout en période d'attente des résultats. Par ailleurs, elle souffre de

troubles du sommeil, notamment de cauchemars où elle rêve que son sein est enlevé, ce qui l'amène à se réveiller en pleurs et à éprouver des difficultés à se rendormir. Elle exprime clairement : « *seg mi hlkagh , nak tqlqgh kul ass* » (*Depuis ma maladie, je suis anxieuse tout le temps*).

4. Relation d'objet :

Malgré l'intensité de sa souffrance psychique, Madame A bénéficié d'un bon soutien familial et décrit des relations positives avec le personnel soignant, ce qui constitue un facteur protecteur non négligeable dans son vécu.

4.1.1 Résumé des données d'entretien de cas A :

Mme A est une femme célibataire, âgée 34 ans, diplômée en droit, exerçant comme avocate. Diagnostiquée d'un cancer du sein il y a trois mois, elle a très mal vécu l'annonce de sa maladie, marquée par un choc émotionnel intense, un refus initial de la réalité, de la tristesse et des pleurs fréquents. Le traitement par chimiothérapie a engendré une forte phobie, notamment à cause de la chute de cheveux, perçue comme une atteinte à son image et à sa féminité. Depuis le début de sa maladie, Mme A a cessé de travailler et se dit épuisée, triste, anxieuse, et incapable de poursuivre ses projets.

Elle présente une anxiété, alimentée par des pensées négatives sur l'évolution de sa maladie, son avenir et sa santé. Cette anxiété s'exprime par des symptômes somatiques (palpitations, maux de tête, douleurs musculaires, boule dans la gorge) et cognitifs (oubli, troubles de concentration), ainsi que par des troubles du sommeil (cauchemars, insomnies). Les consultations médicales sont vécues comme une source d'angoisse majeure.

Malgré cette souffrance psychique, Mme A bénéficié d'un bon soutien familial et entretient une relation de confiance avec l'équipe soignante.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme A :

Mme A, présente une anxiété marquée, nourrie par des pensées négatives sur sa santé et son avenir. Cette anxiété se manifeste par des symptômes cognitifs (ruminations, troubles de mémoire et de concentration), somatiques (palpitations, maux de tête, boule dans la gorge) et des troubles du sommeil (cauchemars, insomnies). La chimiothérapie a renforcé cette anxiété, notamment à travers la perte de cheveux qu'elle vit très mal.

4.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme A :

Tableau N° 06 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme A

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxieuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire)	07	03 : sévère 02 : Modéré 02 : Modéré 04 : très sévère 03 : sévère 03 : sévère 02 : Modéré	19	Anxiété Modérée
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes respiratoire 11- Symptômes gastro-intestinaux 12- Symptômes génito-urinaires 13- Symptômes du système nerveux autonome	07	02 : Modéré 04 : très sévère 01 : Léger 03 : sévère 00 : pas du tout 02 : Modéré	15	Anxiété Léger

14- Comportement durant l'entretien		03 : sévère		
Score Total	14		34	Anxiété Très sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme A :

Chez Madame K, l'analyse de l'échelle d'anxiété de Hamilton révèle un score de 34, indiquant un état d'anxiété très sévère.

Synthèse générale de cas Mme A :

Madame A, présente un état d'anxiété très sévère comme en atteste son score de 34 à l'échelle d'anxiété de Hamilton. Cette anxiété est alimentée par des pensées négatives persistantes concernant sa santé et son avenir, exacerbées par les effets secondaires de la chimiothérapie, notamment la perte de cheveux qu'elle vit comme une atteinte importante à son image corporelle. Cliniquement, son anxiété se manifeste à travers des symptômes cognitifs (ruminations, troubles de mémoire et de concentration), somatique (palpitations, maux de tête, sensation d'un poids dans la gorge) ainsi que de trouble de sommeil (insomnies, cauchemars).

Mme S**5.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme A:**

Mme S, âgée de 46 ans, mariée et mère de deux enfants, ayant un niveau d'étude de 4^e année primaire, est femme au foyer.

1. Informations sur la maladie :

Diagnostiquée avec un cancer du sein il y a cinq mois, l'annonce de la maladie lui a été faite par son mari. Elle témoigne : « *Mi iydina urgaz iw bli hleky, chukiy, truy, txxmam iylid fo9royiw, surtu yef waraw iw.* » (*Quand mon mari m'a dit que j'avais un cancer du sein, j'ai eu un choc, j'ai pleuré, toutes les pensées sont venues à mon esprit, surtout par rapport à mes enfants.*)

L'annonce brutale, sans accompagnement médical, a provoqué un choc émotionnel intense, renforçant son traumatisme initial. Non préparée psychologiquement, elle a également évoqué la survenue de pensées obsessionnelles et irréelles.

Suite à la consultation médicale, une opération d'urgence lui a été prescrite, suivie d'une chimiothérapie. Actuellement, elle suit un traitement médicamenteux d'une durée de cinq ans et réalise régulièrement des consultations de contrôle.

2. Le quotidien avec la maladie :

Depuis l'apparition de la maladie, sa vie a complètement basculé. Devenue nerveuse et sujette à une tristesse persistante, elle affirme néanmoins que ses priorités et objectifs demeurent inchangés, étant principalement centrés sur ses enfants.

Le diagnostic a profondément affecté son équilibre émotionnel, marquant son quotidien d'instabilité et de détresse psychologique.

3. L'anxiété :

L'inquiétude quant à sa santé et la crainte d'une rechute sont omniprésentes. Elle fait régulièrement face à des crises de larmes et rencontre des difficultés de concentration dues aux pensées négatives. La patiente décrit divers symptômes somatiques d'anxiété, tels que Tremblements, Palpitations, Troubles de la mémoire (oubli fréquents), Sensation de boule dans la gorge.

Les troubles du sommeil sont également marqués par des cauchemars récurrents : « *asse mara ad gnay, twurugay amdan iqariyid atmthet, adkray w ar truy, xxl3ay ogady.* »

(Pendant que je dors, je rêve d'un homme qui me dit que je vais mourir. Quand je me réveille, je pleure. Cela me fait peur et m'angoisse.)

L'attente des résultats médicaux est une source majeure de stress, accompagnée de pensées catastrophiques. De même, les consultations médicales sont précédées de manifestations physiques d'angoisse telles que des bouffées de chaleur et des palpitations.

Elle souligne que la maladie et ses traitements contribuent largement à l'intensification de son anxiété.

4. Relation d'objet :

Malgré la difficulté de sa situation, elle bénéficie d'un solide soutien familial et social, ainsi que de bonnes relations avec l'équipe médicale, éléments qui constituent des facteurs protecteurs dans son parcours de soins.

5.1.1 Résumé des données d'entretien de cas Mme S :

Mme S, 46 ans, mariée et mère de deux enfants, femme au foyer avec un niveau d'études primaire, a été diagnostiquée d'un cancer du sein il y a cinq mois. L'annonce de la maladie par son mari, sans accompagnement médical, a provoqué un choc émotionnel intense, entraînant des pensées obsessionnelles et irréelles.

Après une opération d'urgence et une chimiothérapie, elle suit actuellement un traitement de cinq ans accompagné de contrôles réguliers. Depuis le diagnostic, sa vie quotidienne a profondément changé : elle se décrit comme nerveuse et triste, bien que ses priorités familiales restent intactes.

Mme S présente de nombreux signes d'anxiété : crises de larmes, difficultés de concentration, tremblements, palpitations, troubles de la mémoire, boule dans la gorge, ainsi que des troubles du sommeil marqués par des cauchemars angoissants. L'attente des résultats médicaux et les consultations renforcent son stress.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme S :

Mme S, diagnostiquée d'un cancer du sein il y a cinq mois, présente une anxiété importante liée à plusieurs facteurs : l'annonce brutale de sa maladie, la peur de la rechute, l'attente des résultats médicaux et les effets secondaires des traitements.

Son anxiété se manifeste par de nombreux symptômes somatiques et psychiques : tremblements, palpitations, troubles de la mémoire (oublis fréquents), boule dans la gorge, troubles du sommeil marqués par des cauchemars, crises de larmes, stress anticipatoire et pensées catastrophiques.

La maladie a profondément affecté son équilibre émotionnel, accentuant ses inquiétudes pour l'avenir, notamment pour ses enfants, malgré un soutien familial et médical solide.

5.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme S :

Tableau N° 07 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme S

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxiuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire)	07	02 : Modéré 02 : Modéré 03 : sévère 03 : sévère 02 : Modéré 01 : Léger 04 : très sévère	17	Anxiété Légère
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes	07	03 : sévère 03 : sévère 02 : Modéré	13	Anxiété Légère

respiratoire				
11- Symptômes gastro-intestinaux		02 : Modéré		
12- Symptômes génito-urinaires		00 : pas du tout		
13- Symptômes du système nerveux autonome		01 : Léger		
14- Comportement durant l'entretien		02 : Modéré		
Score Total	14		30	Anxiété sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme S :

Mme S, dans l'échelle d'Hamilton de l'anxiété, a obtenu un score de 34, ce qui montre qu'elle souffre d'un état d'anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme S :

Mme S, après l'annonce de sa maladie, présentait une anxiété sévère, objectivée par un score de 30 sur l'échelle de Hamilton. Cette anxiété est liée à la fois à la maladie elle-même et aux effets du traitement anticancéreux. Elle se manifeste tant sur le plan somatique que psychique. Sur le plan somatique, elle souffre de tremblement, de palpitation, d'une boule dans la gorge et de troubles du sommeil marqués par des cauchemars. Sur le plan psychique, on note des troubles de la mémoire, des crises de larmes, un stress anticipatoire et des pensées catastrophiques récurrentes.

Mme C

6.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme C :

Madame C, âgée de 34 ans, est une femme mariée et mère de trois enfants. Non scolarisée, elle occupe le rôle de femme au foyer. Elle a été diagnostiquée avec un cancer du sein il y a dix mois.

1. Informations sur la maladie :

Au moment du premier diagnostic, Madame C n'a pas pris la maladie au sérieux, étant alors en période d'allaitement. Ce n'est qu'après le sevrage de son enfant, à l'âge de 18 mois, qu'elle a repris un suivi médical qui a confirmé la gravité de la situation. À l'annonce du diagnostic, elle a été profondément bouleversée. Elle décrit avoir ressenti un « mal étrange », un état de confusion mentale et émotionnelle, marqué par des pleurs incontrôlables sans en comprendre la cause. Elle témoigne : « *Amkn ufhimy ara dacu thussoy, txxmam iw ixrb, ur elimy ara acu ara xdmy.* » (*J'ai ressenti une sensation étrange que je ne comprenais pas. Mes pensées étaient confuses et je ne savais pas quoi faire.*)

Le traitement entrepris est la chimiothérapie, qu'elle décrit comme la période la plus éprouvante de sa vie, tant sur le plan physique (perte de cheveux, vomissements, etc.) que psychologique (anxiété, peur, nervosité). Malgré ces difficultés, elle reste rigoureuse et régulière dans ses rendez-vous médicaux.

2. Le quotidien avec la maladie :

Dans son quotidien, la maladie a totalement bouleversé sa vie. Ses journées sont désormais rythmées par les traitements, l'attente des résultats médicaux et une peur constante de l'avenir. Elle exprime un changement radical dans ses priorités et objectifs de vie, se sentant envahie par des pensées obsédantes sur l'issue de sa maladie. Sa routine est largement affectée par une angoisse permanente, l'empêchant de se projeter sereinement. Elle avoue porter un regard négatif sur sa vie, dominée par le doute, la tristesse et l'inquiétude.

3. L'anxiété :

Sur le plan de l'anxiété, Madame C présente des signes très marqués : une inquiétude constante pour son état de santé, des maux de tête fréquents liés à une surcharge mentale, des palpitations cardiaques et des troubles de la concentration. Elle confie : « *thusy ilqrih g 9ruyiw sba nuxmam n dima ur zmiry ara adkunsontriy yef lhwayj dayen thusy iwuliw yugar*

bzaf. » (À cause des pensées qui sont toujours dans mon esprit, je souffre de maux de tête, j'ai des difficultés de concentration et je ressens des tremblements au niveau du cœur.)

Elle ne parvient pas à dormir la nuit ; elle reste éveillée, jouant avec ses cheveux qui tombent, les larmes aux yeux jusqu'à l'aube. Elle décrit une forte angoisse à l'approche de ses séances de chimiothérapie, au point d'éviter d'en prononcer ou d'en entendre le mot. Elle affirme : « *asse mara adyawd wass n lachimyu ad lliy tqlqy ogady, xləay.* » (Quand arrive le jour de ma chimiothérapie, je ressens de la peur, de l'angoisse, du stress.)

Les pensées négatives s'intensifient particulièrement avant ses examens médicaux ou lors de l'attente des résultats, ce qui aggrave son stress. Sa peur est telle qu'elle évite les discussions liées à la maladie ainsi que les lieux médicaux, qui lui rappellent constamment sa condition.

4. Relation d'objet :

Sur le plan relationnel, Madame C se sent de plus en plus seule. Son anxiété a affaibli sa relation avec son mari, marquée par une perte de communication et un éloignement émotionnel. Toutefois, elle trouve un certain réconfort auprès de l'équipe médicale, avec qui elle entretient une relation de confiance. Elle se sent écoutée et comprise par le personnel soignant, ce qui l'aide à maintenir une certaine stabilité psychologique dans le cadre de ses soins.

6.1.1 Résumé des données d'entretien de cas C :

Madame C, 34 ans, femme mariée et mère de cinq enfants, a été diagnostiquée avec un cancer du sein il y a dix mois. Dès l'annonce du diagnostic, elle a manifesté une grande détresse psychologique, marquée par un état de confusion, des pleurs inexpliqués et un profond bouleversement émotionnel. L'anxiété s'est installée durablement dans son quotidien, nourrie par la peur de l'avenir, l'attente angoissante des résultats médicaux et les effets éprouvants de la chimiothérapie.

Elle présente des signes cliniques d'anxiété sévère : ruminations constantes, maux de tête, troubles du sommeil, palpitations cardiaques, difficultés de concentration et angoisses anticipatoires avant les séances de traitement. Cette anxiété a un impact négatif sur sa perception de la vie, sa motivation et ses relations familiales, notamment avec son mari. Elle trouve toutefois un soutien partiel dans la relation avec l'équipe médicale, qui lui offre une écoute bienveillante et un sentiment de sécurité.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme C :

Madame C, présente un tableau anxieux marqué dès l'annonce du diagnostic. Cette anxiété se manifeste par des symptômes physiques (palpitations, maux de tête, insomnie), cognitifs (ruminations, troubles de concentration) et émotionnels (peur, tristesse, pleurs). La chimiothérapie accentue ses angoisses, notamment par l'anticipation négative des séances. Sur le plan relationnel, son anxiété engendre un isolement affectif, notamment au sein du couple.

6.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme C :

Tableau N° 07 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme C

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxieuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire)	07	03 : sévère 02 : Modéré 01 : Léger 03 : sévère 02 : Modéré 01 : Léger 03 : sévère	15	Anxiété Légère
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes	07	03 : sévère 03 : sévère 01 : Léger	14	Anxiété Légère

respiratoire				
11- Symptômes gastro-intestinaux		02 : Modéré		
12- Symptômes génito-urinaires		01 : Léger		
13- Symptômes du système nerveux autonome		00 : pas du tout		
14- Comportement durant l'entretien		04 : très sévère		
				Anxiété
Score Total	14		28	sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme C :

Madame C a obtenu un score de 28 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, indiquant un état d'anxiété très sévère.

Synthèse générale de cas Mme C :

Mme C présente un état d'anxiété marqué, survenu dès l'annonce du diagnostic de son cancer. Cette anxiété se manifeste à plusieurs niveaux : physiquement (palpitation, céphalées, insomnie), cognitivement (ruminations, trouble de concentration) et émotionnellement (peur, tristesse, pleurs fréquents)

L'anticipation des séances de chimiothérapie intensifie ses angoisses, traduisant une peur persistante face aux effets de traitement.

Le score de 28 obtenu à l'échelle d'Hamilton valide la présence d'un état d'anxiété très sévère.

Mme N

7.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme N :

Mme N., âgée de 43 ans, est célibataire, titulaire d'un baccalauréat et sans emploi au moment de l'entretien.

1. Informations sur la maladie :

Elle a été informée de son diagnostic de cancer du sein il y a un an, une annonce qui a profondément bouleversé son équilibre psychologique. Mme N. dit : « *truy, tqlqy, irnu ogady* » (*j'ai pleuré, j'étais stressée et j'avais peur*). Elle évoque un choc intense à ce moment-là, accompagné de larmes, de peur et d'un stress important. Ces réactions traduisent une vulnérabilité émotionnelle accentuée par l'incertitude liée à la maladie, suggérant un niveau élevé d'anxiété dès la phase initiale.

Le protocole thérapeutique qu'elle a suivi comprenait la chimiothérapie, la radiothérapie ainsi qu'une intervention chirurgicale avec ablation du sein. Parmi ces traitements, la chimiothérapie a été particulièrement éprouvante selon ses dires, notamment en raison de la chute de ses cheveux, des douleurs physiques constantes et de la transformation de l'apparence de sa peau. Ces effets secondaires ont entraîné une atteinte de son image de soi et un sentiment d'insécurité corporelle. Elle dit : « *oyaly tnerviy bzaf* » (*je suis devenue très nerveuse*), ce qui renforce ainsi son anxiété et sa nervosité.

2. Le quotidien avec la maladie :

Au quotidien, Mme N. observe un bouleversement notable de son mode de vie. Elle fait état de changements à la fois positifs et négatifs, bien que les difficultés dominent. Après chaque séance de chimiothérapie, elle dit ne plus avoir la force d'effectuer les tâches ménagères les plus simples. Elle insiste sur le poids psychologique et physique de la maladie, qu'elle décrit comme omniprésent.

3. L'anxiété :

L'anxiété est fortement présente dans son discours. Elle dit : « *tqlqay atass fshaynu d amk aythdrou g dunith* » (*je m'inquiète beaucoup pour ma santé et mon avenir*), ce qui exprime des préoccupations constantes à propos de son état de santé et de son futur. Elle ajoute également : « *thsoy amkan d Buol g tgrjotiw tali th ttar, thusy i lhamu yesli g l'corp ynu* », rapportant des manifestations somatiques telles qu'une sensation de boule dans la gorge, et une chaleur ascendante partant des jambes vers le haut du corps. À cela s'ajoutent des

troubles du sommeil, des céphalées fréquentes et une tension psychologique intense, notamment lors de l'attente des résultats médicaux. Elle se décrit elle-même comme extrêmement anxieuse, tendue et envahie par la peur.

4. Relation d'objet :

Mme N. évoque un isolement familial important. Elle ressent un manque de soutien de la part de ses proches, ce qui contribue à sa détresse psychologique. En revanche, elle établit une relation de confiance avec l'équipe médicale, auprès de laquelle elle se sent écoutée, accompagnée et comprise.

7.1.1 Résumé des données d'entretien de cas N :

Mme N., 43 ans, célibataire et sans emploi, a été diagnostiquée d'un cancer du sein il y a un an. L'annonce de la maladie a généré chez elle un choc émotionnel intense, marqué par des pleurs, une peur aiguë et un stress profond. L'anxiété s'est installée dès cette phase initiale et s'est intensifiée au fil du traitement, notamment durant la chimiothérapie, en raison des effets secondaires affectant son apparence physique et son image de soi. Elle décrit une nervosité accrue, des troubles du sommeil, des céphalées, des sensations somatiques (boule dans la gorge, chaleur corporelle) ainsi qu'une peur constante pour sa santé et son avenir. Le manque de soutien familial accentue sa détresse, bien qu'elle trouve un certain apaisement auprès de l'équipe médicale, en qui elle a confiance. L'ensemble de ces éléments traduit une anxiété généralisée et persistante, influençant fortement sa qualité de vie et son état psychologique global.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme N :

Mme N., 43 ans, vit une forte anxiété depuis l'annonce de son cancer du sein. Ce bouleversement s'est manifesté par un choc émotionnel, une peur intense et un stress permanent. Les effets secondaires des traitements, notamment la chimiothérapie, ont accentué cette anxiété à travers une altération de l'image corporelle et des symptômes somatiques (boule dans la gorge, chaleur corporelle, insomnie, céphalées). Son isolement familial aggrave son mal-être, bien qu'un lien rassurant avec l'équipe médicale lui apporte un certain soutien. Son vécu révèle une anxiété profonde et persistante, affectant son équilibre psychologique au quotidien.

7.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme N :

Tableau N° 09 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme N

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxiueuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire)	07	03 : sévère 02 : Modéré 02 : Modéré 03 : sévère 02 : Modéré 01 : Léger 02 : Modéré	15	Anxiété Légère
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes respiratoire 11- Symptômes gastro-intestinaux 12- Symptômes génito-urinaires 13- Symptômes du système nerveux autonome	07	04 : très sévère 04 : très sévère 00 : pas du tout 02 : Modéré 00 : pas du tout 02 : Modéré	14	Anxiété Légère

14- Comportement durant l'entretien		02 : Modéré		
Score Total	14		29	Anxiété sévère

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme N:

Madame N a obtenu un score de 29 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, indiquant un état d'anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme N :

Mme N présente une anxiété sévère, apparue à la suite de l'annonce de son cancer de sien. Cette anxiété se manifeste à la fois sur le plan psychique, par une peur intense, un stress permanent et un profond bouleversement émotionnel, et sur le plan somatique, par des symptômes tels qu'une boule dans la gorge, une sensation de chaleur corporelle, des céphalées et des troubles de sommeil.

Les effets secondaires de la chimiothérapie, notamment l'altération de l'image, ont contribué à intensifier ces manifestation.

Le score de 29 obtenu à l'échelle de Hamilton confirme un état d'anxiété sévère, impactant lourdement son équilibre psychologique.

Mme H

8.1 Présentation et analyse de résultats de l'entretien de Mme H :

Mme H une femme de 50ans, mariée avec 4 enfants, a été diagnostiquée d'un cancer du sein depuis 1ans et demi.

1. Les informations sur la maladie

Mme H été diagnostiquée d'un cancer du sein depuis 1ans et demi. Le parcours médical de Mme H a commencé par une radiothérapie, suivie de chimiothérapie, puis d'une intervention chirurgicale pour l'ablation de son sein. Ces différentes étapes ont constitué un véritable chemin de souffrance, tant sur le plan physique qu'émotionnel. L'annonce de la maladie a été vécue comme un choc, et même si elle a suivi les traitements prescrits, elle n'a jamais accepté ce qu'elle vivait. Elle a du mal à se réconcilier avec sa nouvelle réalité. Elle exprime cette douleur liée à la perte de son sein de manière poignante : « *xedmey laradio oumbeed la chimio , deg taggara dacerreg iwakken iydkssen le sein yernu , mi ur qbiley ara ayen iyidran.* » (J'ai fait de la radiothérapie, puis de la chimiothérapie, et enfin, l'opération pour enlever mon sein, mais je n'ai jamais accepté ce qui m'arrivait.)

Cette parole reflète non seulement l'ampleur du processus médical qu'elle a dû traverser, mais aussi la souffrance psychologique liée à la perte de son corps tel qu'elle le connaissait. L'ablation du sein, en particulier, a eu un impact majeur sur son image de soi et son acceptation de sa nouvelle apparence.

2. Le quotidien avec la maladie :

Elle souligne qu'elle ne se reconnaît plus dans son ancienne vie. Son rôle de mère et son identité de femme ont été gravement affectés par la maladie, comme elle le dit : « *dunitiw ikkel tbeddel miydnan , mačči dyiwen laebed illiy.* » (Ma vie a complètement changé depuis le diagnostic, je ne suis plus la même personne.)

Cette phrase résume bien l'ampleur du choc qu'elle a ressenti à l'annonce de sa maladie, ainsi que l'impact qu'elle a eu sur son quotidien et ses relations personnelles.

La maladie a changé le quotidien de Mme H de manière radicale. Ses journées sont désormais marquées par la fatigue, l'anxiété, la douleur et la solitude. Elle exprime des difficultés à remplir son rôle de mère, autrefois central dans sa vie. Elle n'arrive plus à s'occuper de ses enfants de la même manière qu'auparavant, et son incapacité à se réengager pleinement dans sa famille accentue son sentiment de perte. Le rapport à son corps et

l'isolement émotionnel sont des facteurs clés de ce bouleversement. Elle explique : « *uyaley ur telthayey ara g warraw-iw amek ituy , kullec iqquel iweer, tehussuy daeey.* » (Je n'arrive plus à m'occuper de mes enfants comme avant, tout est devenu trop difficile, et je me sens perdue.)

Cette parole illustre la déconnexion de Mme H par rapport à ses anciennes habitudes de vie et à son rôle familial. Elle ne parvient pas à concilier son identité de mère avec la nouvelle réalité de la maladie et des traitements. Son quotidien est désormais rythmé par les effets secondaires des traitements et les angoisses liées à la maladie, créant un fossé entre ce qu'elle était avant et ce qu'elle vit maintenant.

3. L'anxiété

L'anxiété est un élément central dans l'expérience de Mme H. Elle vit constamment dans la peur de l'avenir et de l'évolution de sa maladie. Chaque consultation médicale, chaque contrôle et chaque rendez-vous est une source de stress intense. Elle souffre également de symptômes physiques liés à cette anxiété, comme des palpitations et des troubles du sommeil. Ces symptômes, en plus de la maladie, contribuent à un cercle vicieux de souffrance. Elle confie : « *qbbel melmi seeddiy , seeiy ul-iw iggar aṭṭas texmimay yef lehlakiw , tagadey aydiqqel.* » (Avant chaque consultation, j'ai des palpitations et je ne cesse de penser à ma maladie, j'ai peur que cela recommence.)

Cette parole met en évidence l'angoisse omniprésente de Mme H. Elle est constamment envahie par des pensées concernant sa maladie et son avenir, ce qui impacte son bien-être physique et émotionnel. Cette anxiété est également exacerbée par l'incertitude autour de son rétablissement et la crainte d'une rechute. Les symptômes physiques de l'anxiété, tels que les palpitations, renforcent son sentiment de vulnérabilité et d'impuissance.

4. Relation d'objet :

La maladie a également modifié profondément les relations de Mme H, tant avec ses proches qu'avec ses soignants. Bien qu'elle ait un soutien familial, elle se sent très seule dans son expérience de la maladie, comme si personne ne pouvait comprendre pleinement ce qu'elle traverse. Cette solitude émotionnelle est accentuée par le fait qu'elle ne se sent pas écoutée par son équipe médicale, ce qui rend encore plus difficile son parcours de soin. Elle exprime son isolement avec ces mots : « *teḥussuy imaniw weḥdi g meċwar agi yass tawacult-iw dagi , yiwen ur yezmer ifhem ayenni iteḥussuy.* » (Je me sens seule dans cette épreuve, même si ma famille est là, personne ne peut comprendre ce que je ressens vraiment.) Cette

parole résume le sentiment de Mme H d'être coupée de son entourage, malgré leur présence physique.

8.1.1 Résumé des données d'entretien de cas H :

Mme H, âgée de 50 ans, a été diagnostiquée d'un cancer du sein il y a un an et demi. Malgré les traitements médicaux lourds (radiothérapie, chimiothérapie et mastectomie), elle n'a jamais réellement accepté sa maladie, ce qui a profondément influencé son état psychologique.

L'anxiété constitue un élément central dans son vécu. Elle se manifeste par une peur constante de l'avenir, notamment d'une récidive, et par une tension psychique intense lors de chaque rendez-vous médical. Mme H rapporte des palpitations, des ruminations mentales sur sa maladie, et un état d'alerte permanent, en disant :

« Avant chaque consultation, j'ai des palpitations et je ne cesse de penser à ma maladie, j'ai peur que cela recommence. »

Cette angoisse chronique affecte son sommeil, sa concentration et son rapport à soi et aux autres. Elle se sent dépassée, isolée et incomprise, malgré la présence physique de sa famille. Son sentiment de solitude émotionnelle aggrave son anxiété, créant un cercle vicieux entre souffrance psychologique et symptômes somatiques.

Synthèse de l'analyse de l'entretien Mme H :

Mme H, présente une anxiété importante liée à sa maladie. Elle vit dans une peur constante de la récidive, avec des palpitations, des troubles du sommeil et une rumination mentale avant chaque consultation. Cette anxiété est nourrie par la douleur physique, la perte de son sein, une image corporelle altérée.

8.2 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton de cas Mme H :

Tableau N° 10 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) de cas Mme H

Dimension	Nombres items	Score par item (0-4)	Score Totale par dimension	Résultats
I- Anxiété psychique : 1- Humeur anxieuse 2- Tension nerveuse 3- Craintes 4- Insomnie 5- Intellectuelle 6- Humeur dépressive 7- Somatique (Musculaire)	07	02 : Modéré 03 : sévère 01 : Léger 03 : sévère 02 : Modéré 02 : Modéré 02 : Modéré	15	Anxiété Légère
II- Anxiété somatique : 8- Somatique (sensoriels) 9- Symptômes cardiovasculaires 10- Symptômes respiratoire 11- Symptômes gastro-intestinaux 12- Symptômes génito-urinaires 13- Symptômes du système nerveux autonome 14- Comportement durant l'entretien	07	02 : Modéré 03 : sévère 02 : Modéré 02 : Modéré 01 : Léger 00 : pas du tout 02 : Modéré		Anxiété Légère

Score Total	14		27	Anxiété sévère
--------------------	-----------	--	-----------	-----------------------

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HMA-A) de Mme H :

L'évaluation de Madame H à l'aide de l'échelle d'Hamilton révèle un score de 27, permettant de la situer dans la catégorie d'anxiété sévère.

Synthèse générale de cas Mme H :

Mme H, présente une anxiété sévère en lien direct avec sa maladie. Elle est constamment envahie par la crainte d'une rechute, ce qui génère des réactions physique telles que des palpitations, des troubles du sommeil et une activité mentale excessive, en particulier avant les suivis médicaux. Son état anxieux est amplifié par la douleur, la mastectomie, et une perception négative de son corps.

L'échelle d'Hamilton révèle un score de 27, plaçant son anxiété dans une catégorie sévère, avec un impact notable sur son bien-être.

2. Discussion des hypothèses :

Dans ce chapitre, nous allons discuter les hypothèses que nous avons formulées afin de répondre à la problématique de notre recherche. Nous avons étudié huit cas de femmes âgées entre 30 et 60 ans. D'après les résultats qui on a obtenu dans la présentation et analyse des résultats on va faire une discussion de notre hypothèse.

Première hypothèses :

« Les femmes atteintes de cancer du sein souffrent d'un niveau d'anxiété significativement élevé, manifeste par des crises d'angoisse, des sentiments de peur, des troubles du sommeil, palpitations, des pensées obsessionnelles liées à la maladie. »

Tableau N° 11 : présentation des résultats des cas étudié :

Les cas	Les scores	Les résultats
Mme J	38	Anxiété Très sévère
Mme Z	29	Anxiété sévère
Mme K	33	Anxiété Très sévère
Mme A	34	Anxiété Très sévère
Mme S	30	Anxiété sévère

Mme C	28	Anxiété sévère
Mme N	29	Anxiété sévère
Mme H	27	Anxiété sévère

D'après les observations présentées à partir des résultats qui ont obtenu dans l'analyse des résultats de l'entretien clinique et l'échelle de l'anxiété pour chaque patiente, la première hypothèse est bien confirmée pour tous les cas.

Deuxième hypothèse :

« Le cancer du sein influence l'anxiété chez les femmes en générant des sentiments de peur, d'incertitude et d'inquiétude face à l'évolution de la maladie, aux effets des traitements, avec des symptômes variant. »

- Dans le cas de Mme J, on observe :

Une anxiété sévère déclenchée par l'annonce du diagnostic, une peur de l'avenir, des pensées obsessionnelles de rechute, des symptômes somatiques et un état d'alerte constant et des comportements d'évitement, signes typiques d'hyper vigilance.

- Dans le cas de Mme Z, on observe :

Son anxiété est profondément liée à son expérience du cancer, Erreur médicale qui génère perte de confiance, ce qui renforce l'incertitude et la peur. Et symptômes : troubles du sommeil, évitement des soins, isolement social, qui traduisent une hyper vigilance et une angoisse face à la maladie.

- Dans le cas de Mme K, on observe :

La peur de l'avenir, l'angoisse liée au traitement, et des répercussions psychocorporelles sévères.

Les symptômes sont nombreux et caractéristiques : Somatiques (maux de tête, boule dans la gorge.) Et cognitifs (troubles du sommeil, difficultés de concentration, pensées négatives récurrentes.)

- Dans le cas de Mme A, on observe :

La peur de l'évolution de la maladie, l'angoisse liée aux traitements, l'altération de l'image corporelle Et la présence de symptômes anxieux typiques.

- Dans le cas de Mme S, on observe :

Crainte de l'évolution de la maladie, effets psychiques et physiques des traitements, et manifestations anxieuses intenses.

Symptômes somatiques : tremblements, palpitations, boule dans la gorge, cauchemars indiquent un état d'alerte constant.

Symptômes psychiques : troubles de mémoire, stress anticipatoire, pensées catastrophiques, crises de larmes → signes typiques de peur et d'angoisse face à l'avenir.

- Dans le cas de Mme C, on observe :

L'anxiété est apparue dès l'annonce du diagnostic, ce qui indique un lien direct avec la maladie, Peur de la maladie et de son évolution, Anxiété liée aux traitements (chimiothérapie) et Manifestations cliniques typiques de l'angoisse.

- Dans le cas de Mme N, on observe :

Peur de l'évolution de la maladie, Anxiété face aux traitements (chimiothérapie), Altération de l'image corporelle et Symptômes psychiques (peur intense, stress permanent, bouleversement émotionnel) et somatiques marqués (boule dans la gorge, chaleur corporelle, céphalées, troubles du sommeil).

- Dans le cas de Mme H, on observe :

L'anxiété Chez Mme H été manifeste par une Peur de l'évolution de la maladie (rechute), Effet des traitements (mastectomie, douleurs), Perception négative du corps et Symptômes d'angoisse.

D'après les observations présentées à partir des résultats qui ont obtenu dans l'analyse des résultats de l'entretien clinique pour chaque patiente, la deuxième hypothèse est bien confirmée pour tous les cas.

Chaque femme montre des signes clairs d'anxiété liés au cancer du sein, que ce soit à cause du diagnostic, des traitements, de la peur de l'avenir. Les symptômes varient, mais l'anxiété est présente dans toutes les situations analysées.

Donc, nos hypothèses de recherche sont confirmées et validées pour les huit cas étudiés. Cependant, nos résultats restent réfutables, car nous avons étudié une petite population de seulement huit cas. Nous ne pouvons donc pas généraliser nos résultats à l'ensemble de la population.

Synthèse :

Après avoir mené une étude sur l'état d'anxiété chez huit femmes atteintes d'un cancer du sein et analysé les résultats obtenus à partir des entretiens semi-directifs et de l'échelle d'anxiété de Hamilton, nous avons discuté nos hypothèses.

Finalement, nous avons constaté que celles-ci étaient confirmées dans tous les cas étudiés

Analyse générale des résultats

Analyse générale des résultats

À travers les résultats auxquels nous sommes parvenus après l'entretien que nous avons mené auprès de huit femmes atteintes d'un cancer du sein, on trouve que nos hypothèses sont confirmées pour tous les cas étudié.

Nous avons observé qu'elles souffrent toutes de plusieurs symptômes d'anxiété divers, tels que palpitation, boule dans la gorge, peur, trouble de sommeil, nervosité, troubles de la mémoire, maux de tête, pensées obsessionnelles et difficultés de concentration.

Nous avons également constaté que le cancer du sein affecte l'anxiété chez les femmes en générant des sentiments de peur, d'incertitude et d'inquiétude quant à la progression de la maladie et aux effets des traitements.

Les résultats de l'échelle confirment l'ampleur de leur forte anxiété. Les scores varient entre 39 et 27. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de l'entretien.

Nous retrouvons également les résultats d'études antérieures, notamment une étude menée par mekbal Mawlooda et Hadeel Yamina, en 2012, intitulée : « L'anxiété chez les femmes atteintes de cancer : une étude comparative du cancer du sein et de l'utérus ». Les résultats de cette étude ont montré que les femmes atteintes d'un cancer du sein étaient plus anxiées. Cela s'explique par le fait que le cancer du sein affecte directement l'image corporelle et la féminité d'une femme, augmentant ses sentiments d'anxiété et de stress.

Une autre étude menée par Turki Amal et Fatima Al-Zahraa Al-Abdi en 2020 était intitulée : « Implications psychologiques de l'anxiété et de la dépression chez les femmes atteintes de cancer ». Les résultats ont montré que les femmes atteintes d'un cancer et soumises à une chimiothérapie présentaient des taux élevés de dépression et d'anxiété. La gravité de ces troubles varie en fonction de l'évolution de la maladie et de son traitement. Les chercheurs ont également constaté que des niveaux élevés d'anxiété affectent l'environnement social de la femme concernée.

Une autre étude réalisée par Abdul Muhammad et Fayssan Hassi en 2018 était intitulée : « La vie psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein ». Les résultats de cette étude indiquent que la vie psychologique de la femme infectée est gravement affectée et se caractérise par l'anxiété, la peur et le refus de croire à la réalité de la maladie, dès le moment du diagnostic et de l'annonce du cancer aux patients.

Les résultats des études précédentes sont cohérents avec les résultats que nous avons obtenus dans notre étude. Par conséquent nos hypothèses ont été respectées chez toutes les femmes que nous avons étudiées dans cette recherche.

Conclusion générale.

Conclusion générale :

Pour conclure, le cancer du sein est une maladie grave qui touche principalement les femmes. Ce n'est pas seulement un problème physique, mais aussi un bouleversement psychologique important.

Dès l'annonce du diagnostic et souvent jusqu'à la fin de la maladie, les patientes souffrent sur le plan mental (psychique) et émotionnel. Dans notre travail, nous nous sommes particulièrement intéressés à la problématique de l'anxiété chez ces femmes.

Dans notre travail, nous avons d'abord abordé le cancer du sein sous un angle médical, en présentant ses formes, facteurs de risque, mécanismes physiopathologiques, ainsi que les méthodes de dépistage et de traitement actuelles. Ensuite, nous avons analysé l'anxiété comme phénomène psychologique, en explorant ses types, ses causes dans le contexte du cancer, et ses effets sur la santé mentale.

Enfin, la partie pratique s'est appuyée sur une étude qualitative de huit cas cliniques, à l'aide de l'échelle d'anxiété de Hamilton, pour illustrer comment l'anxiété se manifeste et est vécue par les femmes atteintes de cette maladie.

L'utilisation de cette échelle nous a permis d'ajouter une base solide à notre méthode de travail. Elle nous a aidés à mieux observer les différences de niveau d'anxiété selon les étapes du traitement, les capacités d'adaptation personnelles et le soutien psychologique reçu. Grâce à cela, nous avons compris à quel point il est important d'avoir un accompagnement adapté à chaque patiente, en fonction de ce qu'elle vit. Cela a aussi montré l'importance d'un suivi bienveillant, qui écoute la patiente et lui donne de l'importance.

Les résultats obtenus montrent que l'anxiété ne doit pas être considérée comme un simple effet secondaire, mais comme un élément central dans le vécu de la maladie. Elle peut avoir des conséquences sérieuses, comme le refus des traitements, une baisse de la qualité de vie, des conflits avec l'entourage, ou encore l'apparition de troubles comme la dépression ou l'insomnie. Ne pas prendre en compte cette souffrance psychique, c'est passer à côté d'une partie essentielle de ce que vivent les patientes.

C'est pourquoi il est nécessaire aujourd'hui de penser la prise en charge autrement. Il ne suffit pas de soigner le corps : il faut aussi tenir compte de la dimension psychologique et

sociale de la maladie. Cela suppose une meilleure collaboration entre les différents professionnels de santé : médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales... Il faudrait aussi que le soutien psychologique soit proposé dès le début, au moment du diagnostic, comme une partie normale et essentielle du parcours de soin.

En résumé, faire face au cancer du sein signifie aussi affronter l'anxiété qu'il provoque. C'est un combat à la fois médical et psychologique qui demande de la compréhension, de l'écoute, et des moyens adaptés pour accompagner les patientes.

À travers ce travail, nous avons voulu apporter une contribution simple mais sincère, en défendant une approche plus humaine de la santé, où la femme est soutenue dans tous les aspects de sa vie : physique, mental et émotionnel. En tenant compte de cette réalité, nous espérons aider, à notre niveau, à améliorer le quotidien des femmes touchées par cette maladie.

Enfin, d'après les études intérieures ainsi que notre propre travail montrent que les femmes atteintes d'un cancer du sein ressentent souvent de l'anxiété, qui peut apparaître sous différentes formes. Cette anxiété commence généralement dès l'annonce du diagnostic et peut s'aggraver avec les traitements, leurs effets secondaires et les changements liés à la maladie.

Il est important de préciser que notre étude ne permet pas de tirer des conclusions générales, car elle s'appuie sur un petit groupe de huit patientes.

Liste bibliographiques

Liste bibliographique :

Ouvrage :

1. Aktouf, O. (1987). *Méthodologie de science social et approche quantitative des organisation, un introduction à la démarche clinique et une critique*. Québec. Canada : presses de l'université Montréal.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5 éd). Paris. France : Masson.
3. Arnal, B et al . (2018). *du sein ce qu'on ne vous dit pas*. Suiss : SNI.
4. Bénony, H et Charhaoui, K. (1999). *L'entretien clinique* . Paris. France : Dunod
5. Besançon, G.(2016). *Manuel de psychopathologie*. Paris. France : Dunod.
6. Bickley, L.S. (2014). *Guide de poche pour l'examen clinique et l'interrogatoire*(3°éd). Paris. France : Arnette .
7. Boulanger, J.Ph et Lépine, J.P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris. France : Lavoisier.
8. Chouvier, B et Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique* (2 éd). Paris. France : Armand Colin.
9. Doron, R et Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie* (3 éd). Paris. France :Puf.
10. Elliott, H et all. (2009). *Guérir l'anxiété pour les nuls* (1 éd). Paris. France : wiley Publishing.Inc.
11. Ferguson, L et all. (2024). *Troubles anxieux, Diagnostic, causes, thérapie, nouvelles connaissances* (1 éd) : Bremen University Press.
12. Ferrandez, J.C et serin, d. (2006). *Rééducation et cancer du sein* (2°éd). Paris. France :Elsevier Masson.
13. Fitoussi, A et all. (2011). *Chirurgie du cancer du sein*. Paris. France : Elsevier Masson
14. Ganon, Y.C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2 éd). Québec. Canada : Presses de l'université du Québec.
15. Grand Dictionnaire de la psychologie.(2011). Paris. France : Larousse.
16. Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris. France : Nathan
17. Ladouceur, R. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Paris. France : Masson.
18. Leahy, L.G et Kohler, C.G.(2013). *Manual of clinical psychopharmacology for nurses*. London. England : American psychiatric publishing.

19. Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative* (2 éd). Paris. France : de Book Supérieur.
20. Mallecourt, P. (2008). *Mieux comprendre le cancer du sein du dépistage à la guérison*. Paris. France : Lanore poche.
21. Marshall, B et al. (2025). *Psychiatric-mental Health guidelines*. American : Springer publishing.
22. N'DA, P. (2015). *Recherche et méthodologie en science social et Humaine*. Paris. France : L'Harmattan.
23. Puddo, M et Tafforeau, J. (2005). *Opportunité de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49ans*. Bruxelles. Belgique : IPH/EPI Reports NS.
24. Servant, D. (2022). *Gestion du stress et de l'anxiété* (4 éd). Paris. France : Elsevier Masson.
25. Servant, D. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété* (3 éd). Paris. France : Elsevier Masson.

Revue

26. Bridoux, M et Aguerrie, C. (2010). Spécificités, déterminants et impact de l'anxiété au cancer. *Revue de questions des apports de l'apports de l'approche cognitive-comportementale*, 4, 26-32.
27. Dany.L et all. (2009). *Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale, psycho-oncologique*, 3, 110-117.
28. Tassin, S. (2011). Aspects psycho-sociaux du cancer du sein. *Rev Med Liège*, 66 (5-6), 315-319

Article :

29. Ait-kaci, F. (2021). *Prise en charge de la souffrance psychique en cancérologie : point de vue du psychologue*. Haut-De-France. ONCO
30. Dauchy, S et Rouby, P. (2006). *Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme*. 322- 327 : hal-03574975.
31. Institut national du cancer du sein. (2007). *Comprendre le cancer du sein*. Paris. France.
32. Lantheame, S et all. (2016). *Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie*. Paris. France : Elsevier Masson .

33. Lasnier, A. (2024). *Le cancer du sein : physiopathologie, prédispositions génétiques et stratégies thérapeutiques*. Paris, France : Dumas_04425205
34. Manuel de prise en charge de cancer de sein. (2016). Direction générale des structures de santé. Algérie.

Thèse :

35. Beaumont, C. (1989). *Effets d'une activité préventive de dessin périodique sur Les enfants vivants des symptômes d'anxiété au niveau primaire*. L'université du Québec à Trois-Rivières.
36. Belbary, C.L. (2017). *L'anxiété : la comprendre pour mieux la traiter*. Université de le noges.
37. Fall, D. (2023). *Adhésion thérapeutique aux thérapies anticancéreuses orales : Revue de la littérature*. Sciences pharmaceutiques. Université de Rouen Normande.

Site Web :

38. <https://sylvie.dolbeault.free.fr/Publication/Fichiers/SDoRP-CommKBrochur-2005.pdf>
39. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sein>.
40. <https://def.psychiatryufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>.
41. <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>.
42. https://cahier_recherche_cancer_environnement_05.pdf (Ruraux, N.(2014). *Cancer et environnement* : HAL anses-01569337).
43. <https://shs.cairn.info/deaes-60-fiches-derevisions--9782311210095-page-40>

Annexes

Annexe N° 01 : Le guide d'entretien.

Axe I : Les informations personnelles :

- Nom :
- Prénom :
- Âge :
- Situation matrimoniale :
- Niveau d'étude :
- Situation professionnelle :

Axe II : Les informations sur la maladie :

- Depuis combien de temps avez-vous été diagnostiquée avec un cancer du sein ?
- Comment avez-vous réagi à l'annonce de votre diagnostic ?
- Quelle le traitement de votre maladie ?
- Avez-vous de difficultés rencontrées dans la gestion de la maladie ?
- Comment vous sentez-vous physiquement et émotionnellement après avoir suivi les traitements ?
- Êtes-vous régulière dans vos suivis médicaux et rendez-vous post-traitement ?

Axe III : Le quotidien avec la maladie :

- De quelle manière votre vie a-t-elle évolué depuis que vous vivez avec cette maladie ?
- Comment se déroulent vos journées depuis le début du traitement ?
- Rencontrez-vous certains obstacles particuliers dans votre quotidien à la suite du traitement ? Pouvez-vous m'en parler ?
- Cette expérience a-t-elle influencé vos ambitions ou modifié vos perspectives d'avenir ?
- Votre état de santé a-t-il eu un impact sur votre manière d'organiser vos journées ou vos habitudes ?
- Si vous deviez faire le point sur votre vie aujourd'hui, que diriez-vous ?

Axe IV : L'anxiété :

- Avez-vous des moments où vous vous inquiétez de votre santé future ou de votre rétablissement ? Si c'est oui, explique-moi ?

- Avez-vous ressenti de nerveuse, des tensions musculaires, des maux de tête ou des palpitations plus fréquentes ? Si c'est ou, dites-moi par a pour ou quoi ?
- Avez-vous des difficultés de concentration ou de mémoire ? si oui, explique ?
- Est-ce qu'il vous arrive de ressentir une sensation de boule dans la gorge ? Si oui, pouvez-vous me décrire ce moment ?
- Avez-vous remarqué des troubles du sommeil, comme des difficultés à vous endormir, des réveils fréquents, ou des cauchemars en lien avec votre maladie ou traitement ?
- Avez-vous des pensées répétitives ou concernant l'évolution de votre maladie ?
- Comment vous sentez-vous émotionnellement avant vos consultations médicales ou lors de l'attente des résultats ?
- Avez-vous tendance à éviter des activités ou des lieux qui vous rappellent la maladie (comme l'hôpital ou les rendez-vous médicaux) ?
- Avez-vous anxieuse ?

Axe V : Relation d'objet :

- Depuis le début de votre maladie, comment se passent vos interactions avec vos proches ?
- Est-ce que vous vous sentez soutenue ou au contraire isolée par les personnes autour de vous ?
- Comment décririez-vous votre relation avec vos médecins et votre équipe médicale ? Vous sentez-vous écoutée et comprise ?
- Avez-vous développé des liens de confiance avec certains membres de votre équipe soignante, ou au contraire, ressentez-vous une distance émotionnelle ?

Annexe N° 02 : L'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (HAM-A) :

	0 = Pas du tout	1 = Un peu	2 = Modérément	3 = Beaucoup	4 = Énormément
1. Humeur anxiuse Inquiétude, anticipation du pire, appréhension, irritabilité.	<input type="checkbox"/>				
2. Tension Sentiment de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilement ému aux larmes, tremblements, sentiment d'agitation, incapacité à se détendre.	<input type="checkbox"/>				
3. Craintes De l'obscurité, des inconnus, de l'abandon, des animaux, de la circulation, de la foule.	<input type="checkbox"/>				
4. Insomnie Difficulté d'endormissement, sommeil fragmenté, sommeil non réparateur et fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes.	<input type="checkbox"/>				
5. Dysfonction intellectuelle Difficultés de concentration, problèmes de mémoire.	<input type="checkbox"/>				
6. Humeur dépressive Manque d'intérêt, absence plaisir associé aux loisirs, dépression, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur.	<input type="checkbox"/>				
7. Symptômes somatiques (musculaires) Douleurs et courbatures, contractions, raideurs, secousses myocloniques, grincement de dents, dysphonie, hypertonie.	<input type="checkbox"/>				
8. Symptômes somatiques (sensoriels) Acouphènes, vision floue, sueurs froides et bouffées de chaleur, sensation de faiblesse, sensation de fourmillements.	<input type="checkbox"/>				
9. Symptômes cardiovasculaires Tachycardie, palpitations, oppression thoracique, pulsations vasculaires, sensation d'évanouissement, extrasystoles.	<input type="checkbox"/>				
10. Symptômes respiratoires Oppression ou constriction thoracique, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée.	<input type="checkbox"/>				
11. Symptômes gastro-intestinaux Dysphagie, flatulences, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, borborygmes, selles liquides, perte de poids, constipation.	<input type="checkbox"/>				
12. Symptômes génito-urinaires Mictions fréquentes, mictions impérieuses, aménorrhée, ménorrhagie, début de frigidité, éjaculation précoce, perte de libido, impuissance.	<input type="checkbox"/>				
13. Symptômes du système nerveux autonome Xérostomie, bouffées vasomotrices, pâleur, tendance à transpirer, vertiges, céphalées de tension, chair de poule.	<input type="checkbox"/>				
14. Comportement durant l'entretien Signes d'impatience, agité(e) ou fait les cent pas, mains tremblantes, sourcils froncés, visage crispé, soupir ou respiration rapide, pâleur du visage, déglutition, etc.	<input type="checkbox"/>				

Résumé :

Le cancer du sein touche principalement les femmes et a des répercussions non seulement physiques, mais aussi psychiques. Parmi ces effets psychiques, on retrouve l'anxiété. Notre étude porte précisément sur l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. L'objectif de cette recherche est d'évaluer le niveau d'anxiété chez ces femmes et de comprendre comment la maladie influence leur état psychologique. Pour cela, nous avons formulé une problématique ainsi que des hypothèses de recherche.

Nous avons mené notre étude sur huit cas de femmes atteintes d'un cancer du sein. Nous avons adopté la méthode clinique et la méthode qualitative, en utilisant l'entretien semi-directif et l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton comme outils de collecte de données. Les résultats ont révélé que les huit femmes étudiées présentent un niveau d'anxiété élevé. Nos hypothèses ont ainsi été confirmées pour l'ensemble des cas analysés.

Mots-clés : sein, cancer du sein, anxiété.

Abstract:

Breast cancer primarily affects women and has repercussions not only physical level but also psychological repercussions. Among these psychological effects is anxiety. Our study focuses specifically on anxiety in women with breast cancer. The objective of this research is to assess the level of anxiety in these women and to understand how the disease influences their psychological state. To this end, we formulated a research question and hypotheses.

We conducted our study on eight cases of women with breast cancer. We adopted both clinical and qualitative methods, using semi-structured interviews and the Hamilton Anxiety Rating Scale as data collection tools. The results revealed that all eight women studied exhibited a high levels of anxiety. Our hypotheses were thus confirmed for all the cases analyzed.

Keywords: breast, breast cancer, anxiety.